



WHO/RHR/01.29
Distr.: General

Manual de capacitación
para administradores y responsables
de programas de salud

Organización Mundial de la Salud

Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva



Índice

1 Primera parte: Introducción	
3	Operacionalizando El Cairo y Beijing
6	¿Qué ofrece este manual de capacitación?
8	El abordaje participativo
9	Planificando el curso
13	¿Cómo usar el manual?
16 Segunda parte: Módulos de enseñanza	
17 Módulo de apertura	
20	Sesión 1: Bienvenida y presentación
22	Sesión 2: Asuntos administrativos y logísticos
24	Sesión 3: El contrato grupal
28	Sesión 4: Marco general del curso
35 Módulo 1: Género	
40	Introducción al Módulo de Género
41	Sesión 1: La construcción social del género
49	Sesión 2: Conceptos y herramientas para el análisis de género
57	Sesión 3: Inequidades de género - las evidencias
70	Sesión 4: Transversalizando la equidad de género en las instituciones
81	Sesión 5: Relacionando género y salud
89	Resumen del módulo
91 Módulo 2: Determinantes sociales	
97	Introducción al Módulo de Determinantes Sociales
98	Sesión 1: Determinantes de la salud y enfermedad
106	Sesión 2: Desigualdades e inequidades en salud
111	Sesión 3: Marco conceptual de múltiples niveles para comprender los determinantes sociales de la salud
118	Sesión 4: Explorando los vínculos entre género y otros determinantes de la salud
125	Resumen del módulo
127 Módulo 3: Derechos	
134	Introducción al Módulo de Derechos
135	Sesión 1: Los derechos humanos desde la perspectiva personal
139	Sesión 2: Introducción a los derechos humanos internacionales en relación con la salud reproductiva
152	Sesión 3: Equilibrando las cargas y los beneficios de los derechos humanos con relación a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva
163	Sesión 4: Políticas de población y derechos reproductivos
179	Sesión 5: Trabajando con los derechos sexuales
187	Sesión 6: Aplicando el marco de los derechos a la salud sexual y reproductiva
197	Sesión 7: Utilizando los derechos humanos internacionales para traducir los compromisos de los gobiernos en acciones
204	Resumen del módulo
205 Módulo 4: Evidencia	
212	Introducción al Módulo de Evidencia
213	Sesión 1: Recolectión e interpretación de datos
221	Sesión 2: El proceso de investigación paso a paso
244	Sesión 3: Cuestiones éticas en la investigación en salud reproductiva
255	Sesión 4: Evidencia para la planificación: conciliando evidencia de diferentes fuentes (caso: salud materna)
261	Sesión 5: Evidencia para las políticas y los programas: seleccionando tecnologías apropiadas para la regulación de la fecundidad
275	Sesión 6: Evidencia para el monitoreo: indicadores de salud reproductiva
291	Sesión 7: Evidencia para la evaluación del servicio: ejercicios aplicados
299 Módulo 5: Políticas	
305	Introducción al Módulo de Políticas
306	Sesión 1: ¿Qué es una política?
314	Sesión 2: Marco para el análisis de los procesos de formulación e implementación de políticas
346	Sesión 3: Herramientas para influir en los procesos de formulación e implementación de políticas
360	Sesión 4: Estudios de caso de procesos de cambio e implementación de políticas
369	Sesión 5: Ejercicio de aplicación: desarrollando una estrategia para influir en o implementar una política
376	Sesión 6: Consolidación de estrategias para influir en o implementar una política
381 Módulo 6: Sistemas de salud	
388	Introducción al Módulo de Sistemas de Salud
389	Sesión 1: El macrocontexto: la reforma del sector salud
396	Sesión 2: Desarrollando un marco para la provisión de servicios de salud
415	Sesión 3: Incorporando las dimensiones sociales y de género a la planificación de programas de salud
424	Sesión 4: Datos sobre prevalencia y consideraciones de costos en la planificación de servicios: el caso del cáncer de cuello de útero
432	Sesión 5: <i>Trabajadores de la salud por el cambio</i> : una herramienta de gerenciamiento en salud
444	Sesión 6: La evaluación de servicios como una herramienta para el gerenciamiento del sistema de salud
457	Sesión 7: Ejercicio de aplicación: desarrollo de una intervención para mejorar la calidad de la atención
463 Módulo de cierre	
466	Sesión 1: Ejercicio de consolidación
470	Sesión 2: Revisando las expectativas
472	Sesión 3: Certificados y cierre del curso
473	Sesión 4: Despedida
475 Tercera parte: Anexos	
477	Anexo 1: Recursos para la capacitación participativa
478	Anexo 2: Rompehielos, energizantes y cierres del curso
482	Anexo 3: Ideas para coordinar las sesiones participativas
484	Anexo 4: Modelos de agenda
486	Anexo 5: Instrumento para que los/las participantes evalúen el curso
491	Anexo 6: Formulario de evaluación para el/la facilitador/a

Manual de capacitación
para administradores y responsables
de programas de salud

Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva

Jane Cottingham
Sharon Fonn
Claudia García-Moreno
Sofia Gruskin
Barbara Klugman
Adelina Ndeto Mwau
TK Sundari Ravindran
Rachel Snow
Makhosazana Xaba

Editado por TK Sundari Ravindran



Organización Mundial de la Salud

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Familia y Salud Comunitaria

2001

Citar como:

Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001

(WHO/RHR/01.29).

©Copyright: Organización Mundial de la Salud, 2001

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización se reserva todos los derechos. Sin embargo, el documento podrá ser revisado, resumido o reproducido en forma parcial. No podrá ser usado en parte o en su totalidad con fines comerciales.

Las autoras son responsables por el contenido y las opiniones expresadas en este documento.

Traducido al español por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). El CEDES se responsabiliza por la calidad de la traducción.

Reconocimientos

La preparación del curso sobre género y derechos en salud reproductiva y de este manual de capacitación son resultado del trabajo en conjunto de tres organizaciones:

- François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos
- Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica
- Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

El proyecto en su totalidad fue concebido y desarrollado por un equipo de expertas internacionales que trabajan en investigación, desarrollo de políticas, provisión de servicios de salud, capacitación y *advocacy* en salud reproductiva y sexualidad y equidad de género: Jane Cottingham y Claudia García-Moreno (Organización Mundial de la Salud, Suiza); Sharon Fonn, Barbara Klugman y Makhosazana Xaba (Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Sudáfrica); Sofia Gruskin (François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Estados Unidos); Adelina Ndeto Mwau (Coalition on Violence Against Women, Kenia); TK Sundari Ravindran (Rural Women's Social Education Centre, India); Rachel Snow (Institute for Tropical Health, University of Heidelberg, Alemania).

Cada módulo fue preparado por una o dos integrantes del equipo con aportes sustanciales de otros miembros.

En la elaboración final de todos los módulos y sesiones colaboraron las siguientes personas, quienes también participaron en la adaptación regional del manual: Mónica Gogna, Mariana Romero y Silvina Ramos, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina; Fang Jing, Li Xiaoliang, Li Jianhua, Liu Wei, Zhao Jie y Zhang Kaining, Yunnan Reproductive Health Research Association, China; Jill Astbury y Martha Morrow, Key Centre for Women's Health, Australia; Esther Sempebwa Nagawa y Mary T Mujomba, Centre for African Family Studies, Kenia.

Las revisiones independientes fueron realizadas por: Lesley Doyal, University of Bristol, Reino Unido; Alice Miller, Columbia University, Estados Unidos; Ranjani K Murthy, consultora independiente sobre desarrollo, Chennai, India.

En las tareas de apoyo administrativo participaron Manuela Colombini, Erin Gibson, Karie Pellicer, Jenny Perrin, Sinead Ryan, Tracy Slanger y Elizabeth Torpey-Sirven.

Agradecemos a todas estas personas y a sus organizaciones por la gran cantidad de tiempo, ideas y energía que le han dedicado a este proyecto. Nuestro agradecimiento también a Paul Van Look, Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, de la Organización Mundial de la Salud, por su continuo apoyo y estímulo, y al resto del personal del Departamento por sus revisiones y contribuciones.

Una amplia variedad de donantes ha aportado fondos para apoyar esta iniciativa de capacitación a través de sus contribuciones a la Organización Mundial de la Salud, subvenciones para el desarrollo institucional para los cursos regionales, y

becas para los/las participantes. Agradecemos el apoyo de: Gobierno de Holanda; Fundación Ford; Fundación John D. y Catherine T. MacArthur; Fundación Rockefeller; Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Banco Mundial; donaciones anónimas a la Universidad de Harvard.

Deseamos agradecer en forma particular a la Fundación Rockefeller por el apoyo brindado a través del Centro Bellagio en Italia, donde se realizaron dos grupos de estudio del comité coordinador, en noviembre de 1999 y mayo de 2000.

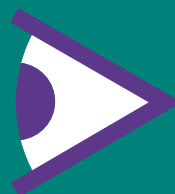
Agradecemos a los siguientes donantes que han contribuido con fondos para la preparación de los cursos y/o con becas para los cursos regionales: Centre for African Family Studies, Kenia: Fundación Rockefeller, Fundación Ford, FNUAP Nigeria y Uganda, OMS Ghana; Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina: Fundación Ford, FNUAP, Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS, UNICEF Argentina, PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición, Ministerio de Salud, Argentina), Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), Universidad Peruana Cayetano Heredia, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad; Key Centre for Women's Health in Society, Australia: Fundación Ford (a través del Center for Educational Exchange with Viet Nam), Sr. Kare Lotsberg (Noruega), National Family Planning Coordinating Board (Indonesia), Pakistan Voluntary Health and Nutrition Association, University of Krida Wacana (UKRIDA) (Indonesia), FNUAP Filipinas, World Population Foundation (Holanda); Women's Health Project, Sudáfrica: Comisión Europea, ICCO Holanda, Oxfam Canadá, Fundación Rockefeller, Terre des Hommes, FNUAP, Banco Mundial, OMS; Yunnan Reproductive Research Association, China: Fundación Ford, China.

Introducción

Principio 4 del **Programa de Acción** de la CIPD

Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo.

Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y jóvenes son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.



La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

Introducción

Operacionalizando El Cairo y Beijing

El título de este manual –*Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*– refleja los objetivos de la iniciativa. La meta es reformar los sistemas de salud con el fin de procurar que los servicios de salud reproductiva (y todos los demás servicios de salud) tengan sensibilidad de género y respeten y defiendan los derechos. La currícula fue evolucionando durante un proceso de cinco años que congregó a personas con habilidades diversas provenientes de diferentes regiones del mundo, e incluyó el dictado del curso en distintos países y el aprendizaje derivado de las experiencias de los/las participantes de los talleres.

El manual constituye un recurso de capacitación para ser utilizado en el entrenamiento de administradores/as, formuladores/as de políticas y planificadores/as del campo de la salud, y demás personas que tengan responsabilidades respecto de la salud reproductiva. Presenta una currícula de entrenamiento singular, diseñada para equipar a los/las participantes con las herramientas y las habilidades analíticas necesarias para operacionalizar políticas y programas de salud reproductiva, como se establece en el *Programa de Acción* de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 y en la *Plataforma de Acción* de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing (CCMM) en 1995.

La CIPD cambió el foco de las políticas de población, que hasta ese momento habían apuntado a cumplir metas demográficas y regular la fecundidad de las mujeres. El Programa de Acción de la CIPD enfatiza que las políticas de población deben concentrarse en el bienestar y la calidad de vida de los individuos, en el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre sus cuerpos y en otros aspectos que afectan su salud reproductiva. Además, resalta la necesidad de crear programas integrales de salud y población centrados en el desarrollo sostenible y en la erradicación de la pobreza, basados en las normas y estándares de derechos

humanos. El empoderamiento de las mujeres –su autonomía y autodeterminación en todas las esferas de la vida, particularmente respecto de la sexualidad y la reproducción– fue considerado la piedra fundamental de todos los programas de salud y población.

Si bien la nueva agenda delineada en las recomendaciones de la CIPD y la CCMM ha recibido amplio apoyo por parte de los gobiernos nacionales, las ONGs y las agencias multilaterales, su implementación se ha demorado. Uno de los factores clave que ha impedido su implementación es la falta general de capacidad para identificar de qué manera integrar efectivamente la perspectiva de género y derechos en las actividades de planificación y determinación de prioridades.

Como resultado, los cambios en las políticas y programas que tuvieron lugar luego de la CIPD, se han centrado en cómo integrar lo que frecuentemente se denomina las tres “patas” de la salud reproductiva: salud materna, planificación familiar, y prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, la agenda de salud reproductiva establecida en las recomendaciones abarca mucho más que la incorporación de algunos componentes a los programas de salud materno-infantil y planificación familiar existentes. Requiere enfoques precisos para integrar la problemática de los derechos humanos y para abordar la inequidad de género dentro de un marco general de equidad y justicia social.

Breve historia de la iniciativa

La iniciativa de la cual este manual es producto comenzó en 1996 con el título “Operacionalizando El Cairo y Beijing”. Se trata de un trabajo conjunto entre:

- El Programa de Salud de la Mujer y Desarrollo y el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza (secretaría)
- El Women’s Health Project (WHP) de la Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica
- François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Estados Unidos.

La iniciativa está dirigida por un comité coordinador de nueve miembros, integrado por especialistas en género y salud reproductiva que pertenecen a países en desarrollo y países industrializados.

El objetivo principal de la iniciativa es incrementar el número de administradores/as de programas, planificadores/as, formuladores/as de políticas y capacitadores/as que comprendan las perspectivas de género y derechos y que cuenten con las herramientas de análisis que los/las ayuden a aplicarlas en los programas y políticas de salud reproductiva. Para lograr este objetivo centramos la atención en el fortalecimiento de la posibilidad de capacitación en los países. Para muchas personas que trabajan en el campo de la salud reproductiva, el género y los derechos humanos constituyen una nueva orientación analítica. Además, las manifestaciones de las inequidades de género y las violaciones de los derechos humanos varían en las distintas sociedades. Por lo tanto, desde su comienzo, la iniciativa se desarrolló como un proceso de colaboración entre distintos países. Se diseñó una currícula base cuya prueba piloto se realizó en Johannesburgo, Sudáfrica, en agosto-septiembre de 1997. Luego esta currícula fue difundida en centros de capacitación de distintas regiones del mundo y se seleccionaron cuatro instituciones para el dictado del curso en sus respectivas regiones: el Centre for African Family Studies (CAFS), Nairobi, Kenia; el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina; el Key Centre for Women's Health in Society, Universidad de Melbourne, Victoria, Australia; y la Yunnan Reproductive Health Research Association, Kunming Medical College, Yunnan, China.

En noviembre de 1998, participantes de cada uno de estos centros de capacitación se reunieron en Ginebra con el comité coordinador en un Taller de Adaptación Regional de once días de duración, en el cual se revisó la currícula aplicada en Sudáfrica en 1997. Entre 1999 y 2000 se dictaron seis cursos regionales: dos en Victoria, dos en Kunming, uno en Nairobi y uno en Buenos Aires, utilizando la versión de la currícula adaptada por cada centro colaborador para su región. Paralelamente se ofrecieron tres cursos más en Sudáfrica.

En marzo de 2000, el equipo internacional se reunió nuevamente en un Taller Regional de Evaluación para consolidar las lecciones aprendidas en la adaptación y aplicación regional de la currícula. Sobre la base de esta evaluación, la currícula fue revisada nuevamente y probada en campo en Sudáfrica en agosto-septiembre de 2000.

La currícula presentada en este manual es el producto final de ese proceso de colaboración internacional de múltiples etapas.

¿Qué ofrece este manual de capacitación?

Este manual ofrece una currícula basada en sesiones y casos sobre cómo promover la equidad de género y los derechos reproductivos mediante el uso de la evidencia, el desarrollo de políticas y la provisión de servicios. La currícula se basa en la premisa de que el desarrollo de programas de salud reproductiva viables requiere capacitaciones que no sólo incluyan nuevas aptitudes técnicas sino que enfrenten de manera directa el desafío de cambiar abordajes y perspectivas. El curso aspira a transformar a los/las trabajadores/as de la salud, los/las administradores/as y formuladores/as de políticas en agentes activos de cambio comprometidos con la transformación de los sistemas de salud.

Transformación

La currícula tiene como eje la transformación. Aporta herramientas y capacidades para el análisis conceptual y para efectuar cambios positivos dentro del sistema de atención de la salud.

Módulos Básicos seguidos de Módulos de Aplicación

En lugar de estar organizado por temas de salud reproductiva (por ejemplo: salud adolescente, aborto, ITS, participación masculina), el manual comienza con Módulos Básicos sobre género, determinantes sociales de la salud, y derechos. Estos Módulos Básicos brindan a los/las participantes una perspectiva de género y derechos que les permite desplegar una mirada crítica sobre sus propias políticas y programas de salud.

Los Módulos Básicos son seguidos por tres Módulos de Aplicación: el Módulo de Evidencia, cuyo objetivo es mejorar la habilidad de los/las participantes para mirar la evidencia existente a través del lente del género y los derechos, y generar nueva evidencia tendiente a transformar los sistemas de salud; el Módulo de Políticas, que provee capacidad analítica y práctica para producir pequeños y/o grandes cambios; y el Módulo de Sistemas de Salud, que imparte la información y las aptitudes necesarias para implementar, administrar y sustentar la transformación de los sistemas de salud.

Entretejiendo el género y los derechos dentro de cada módulo

En este manual el género y los derechos están incorporados en cada uno de los módulos del curso, en lugar de ser tratados como

temas adicionales a la salud reproductiva, como suele suceder comúnmente en otros cursos. Aquí, cada Módulo Básico refuerza el análisis y el abordaje de la salud reproductiva desde una perspectiva de género y derechos. Cada uno de los Módulos de Aplicación ayuda a poner en práctica estas herramientas en los distintos elementos de la reforma del sector salud: investigación, planificación de políticas y programas, y monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

Salud sexual y reproductiva

Temas de salud sexual y reproductiva, como las infecciones del tracto reproductivo, los cánceres de los órganos reproductivos, la anticoncepción, el embarazo y el parto, la salud adolescente, el aborto, y la violencia sexual, constituyen el contenido de los estudios de caso, los ejercicios, las actividades grupales y las bases de datos que se utilizan en los distintos módulos.

Habilidades de comunicación

El manual también apunta a mejorar la confianza y las habilidades de los/las participantes para la comunicación acerca de cuestiones relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de modo que puedan presentar argumentos coherentes sobre estos temas y planear intervenciones en su(s) propio(s) lugar(es) de trabajo.

Integración de contenidos y metodología

El cambio de paradigma que representa la CIPD coloca a las personas en el centro de los programas. La mejor manera de transmitir esto es a través de metodologías de capacitación que hagan lo mismo. Una metodología educativa que descansa sólo en conferencias a cargo de expertos dice algo acerca de dónde esperamos encontrar las soluciones de los problemas. Los métodos participativos reafirman el valor de la sabiduría y el conocimiento que toda persona aporta a una situación problemática.

Cómo está organizado este manual

El manual está organizado en tres partes. La parte introductoria incluye la ya mencionada descripción breve de los antecedentes del programa, datos prácticos sobre a quién está dirigido el curso, cuáles son los contenidos, cómo se dicta, y quién puede dictarlo. La segunda parte contiene seis módulos de enseñanza con un módulo de apertura y otro de cierre, y la tercera parte presenta los

anexos con las herramientas y los recursos para la capacitación participativa, para coordinar sesiones participativas, algunos ejemplos de ejercicios participativos, formularios de evaluación y un ejemplo de agenda para el curso.

¿Para quién es el curso?

Este curso apunta a construir una masa crítica de profesionales de la salud que sean capaces de implementar los compromisos de El Cairo y Beijing usando un enfoque de género y derechos. Por lo tanto, está dirigido principalmente a administradores/as, capacitadores/as y formuladores/as de políticas del sector salud. Este curso también será útil para quienes participan en *advocacy* y buscan generar cambios en las políticas y programas para implementar programas de salud reproductiva, como por ejemplo activistas, ONGs, personal de agencias bilaterales y multilaterales, y donantes. La currícula está especialmente diseñada para ser utilizada por capacitadores/as académicos/as y activistas que ofrezcan cursos sobre investigación y programación en salud y también sobre género.

¿Cuánto tiempo dura?

Si se dicta completo, el curso dura tres semanas.

Integración del curso con otras capacitaciones

El curso fue originalmente diseñado para dictarse como un único curso corto, pero puede ser útil como un módulo en programas de posgrado, programas profesionales o como parte de la currícula universitaria de materias de sistemas de salud, derechos o género.

El abordaje participativo

Nuestro abordaje de capacitación es participativo y basado en la resolución de problemas. En cada sesión se presentan situaciones y se plantean problemas. Los/las participantes trabajan en conjunto en la búsqueda de soluciones y el/la facilitador/a aporta sus comentarios y sugerencias.

La educación mediante el planteo de problemas se basa en la creatividad y estimula la reflexión y la acción sobre la realidad (Freire P., *Pedagogía del Oprimido*, Siglo XXI Editores, México, D. F. -Madrid, 1994). No es igual a la transmisión de conocimientos o

hechos a un receptor pasivo, donde el/la capacitador/a es visto/a como poseedor/a de toda la información esencial y los miembros de la audiencia como “recipientes vacíos” que necesitan ser llenados de conocimientos.

La elección de los métodos participativos fue deliberada: existe coherencia entre los valores que promovemos y las formas que usamos para difundirlos. Desde el comienzo, todos/as los/las participantes son reconocidos como personas pensantes y creativas con capacidad de acción. Cada persona contribuye por medio de sus diferentes percepciones basadas en su propia experiencia.

Es necesario hacer un esfuerzo deliberado para usar los métodos participativos, permitiendo verdaderamente que las personas aumenten su sensibilidad, conciencia, madurez y confianza en sí mismas (véase Anexo 3 para un mayor análisis sobre la coordinación de sesiones participativas).

Planificando el curso

La currícula

La currícula está integrada por seis módulos de enseñanza y un módulo de apertura y otro de cierre, que son cubiertos en un curso de capacitación de tres semanas de duración (véase Anexo 4 para modelos de agenda).

Los Módulos Básicos son:

- Género
- Determinantes Sociales
- Derechos.

Los Módulos de Aplicación son:

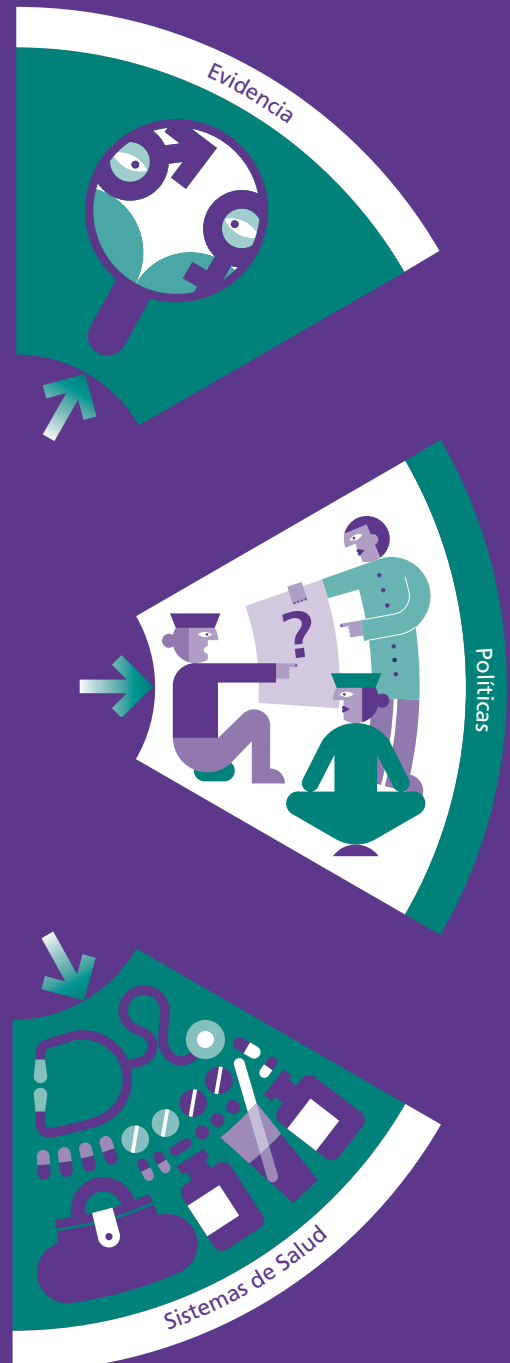
- Evidencia
- Políticas
- Sistemas de salud.

Ningún módulo trata específicamente de un tópico particular de la salud reproductiva. Pero a lo largo de los módulos se abordan aspectos específicos de la salud reproductiva en lugar de grupos de población, como los adolescentes, las mujeres de la tercera edad, las refugiadas y las migrantes. No obstante, dado que la

Módulos Básicos



Módulos de Aplicación



adolescencia es un momento crucial para el desarrollo de la identidad sexual, el conocimiento del propio cuerpo, la sexualidad y el embarazo, y que existen necesidades especiales en salud sexual y reproductiva durante esa etapa de la vida, varias de las sesiones focalizan la atención en este grupo poblacional.

Los temas de salud reproductiva cubiertos son:

- morbilidad y mortalidad materna
- tecnologías anticonceptivas
- aborto
- VIH/SIDA
- ITS e ITR (infecciones del tracto reproductivo)
- cáncer de cuello de útero
- sexualidad
- violencia contra la mujer
- infertilidad.

Cada uno de estos temas es abordado por lo menos en un módulo. Por ejemplo, violencia contra la mujer es cubierto principalmente en el Módulo de Determinantes Sociales, aborto en el Módulo de Políticas y en el de Derechos, VIH/SIDA en el Módulo de Derechos, salud materna y tecnologías anticonceptivas en el Módulo de Evidencia, cáncer de cuello de útero en el Módulo de Sistemas de Salud, etc. Al planificar el curso de capacitación, se espera que sus organizadores/as modifiquen la lista de temas y desarrollen las sesiones de acuerdo con las prioridades locales.

No es siempre posible incluir todos los temas prioritarios de salud reproductiva en los seis módulos. Por lo tanto sugerimos incorporar en el programa del curso sesiones especiales y conferencias de expositores invitados sobre debates actuales en salud reproductiva que resulten relevantes para el país o la región donde se dicta el curso. Algunos de los debates que se han incluido en los cursos ofrecidos hasta el momento son: métodos médicos de aborto, años de vida ajustados por discapacidad (*DALYs: disability adjusted life years*) y su uso en las decisiones sobre políticas, involucramiento del varón en la salud reproductiva, y anticonceptivos inyectables.

El equipo de facilitadores/as

Cada uno de los módulos requiere que sus facilitadores/as cuenten con considerable experiencia y manejo acerca del tema

en estudio, comprendan la perspectiva de género y derechos, y estén dispuestos a aplicar los métodos participativos. Para obtener los mejores resultados, es necesario contar con un equipo de al menos tres o cuatro facilitadores/as, que incluya mujeres y varones provenientes de diferentes disciplinas (entre ellas, economía, estudios de género, derecho, medicina y salud pública) y que estén familiarizados/as tanto con la perspectiva de género y derechos como con los métodos de enseñanza participativos.

Se requiere también que todos los/las facilitadores/as se reúnan por lo menos una vez antes de comenzar el curso para discutir cómo se vinculan entre sí sus respectivos módulos y sesiones.

Si bien puede contarse con otros recursos humanos para el dictado de sesiones específicas (por ejemplo, conferencistas invitados para las sesiones sobre debates de actualidad), este curso no puede ser conducido sólo por expertos/as con una participación puntual y familiarizados/as exclusivamente con el pequeño número de sesiones a su cargo.

Debe haber un/a coordinador/a general que garantice que las conexiones entre los diferentes módulos y sesiones resulten claras y que exista continuidad y armonía en los conceptos presentados y en los puntos de vista expuestos por los/as facilitadores/as.

Evaluación

En Sudáfrica, donde se realizó la prueba piloto del curso, fue dictado (y aún lo es) como un curso que incluye una evaluación formal y al final del cual los/las participantes que lo aprueban reciben un certificado de la Universidad de Witwatersrand. Sin embargo, no todos los cursos ofrecidos en las diferentes regiones fueron evaluados formalmente y calificados.

En este manual, cada Módulo de Aplicación incluye un ejercicio de aplicación para ser completado por los/las participantes, y sobre el cual los/las facilitadores/as proporcionan sus críticas y comentarios detallados. Estos ejercicios de aplicación pueden ser corregidos o calificados en el caso de que se requieran certificados formales. En las correspondientes descripciones de las sesiones se proveen los criterios para evaluar los ejercicios (véanse Sesión 7, Módulo de Evidencia; Sesión 5, Módulo de Políticas y Sesión 6, Módulo de Sistemas de Salud).

Se puede otorgar igual peso a cada uno de los ejercicios de aplicación (por ejemplo 30% a cada uno). A la participación en clase

se le puede dar el 10% de la calificación (o en cambio, se puede otorgar 5% por regularidad en la asistencia y 5% por participación en clase). En el caso del curso de Sudáfrica, a cada participante se le asigna una sesión donde debe presentar “los puntos principales para el cierre de la sesión” y es calificado/a por el/la facilitador/a. El curso también requiere que, para recibir el certificado, los/las participantes deben obtener como mínimo una calificación de 50% en cada uno de los seis módulos, de acuerdo con los requisitos de la universidad que emite los certificados. Este requisito variará según la institución o universidad que dicte el curso.

Sería útil que los/las participantes evalúen el curso. En el Anexo 5 se incluye un formulario para realizar esta evaluación, que debe ser completado el último día.

Cómo usar el manual

La síntesis del módulo

Cada módulo comienza con una síntesis donde se describen de manera general los objetivos del módulo (“¿Qué obtendrán los/las participantes de este módulo?”), se presentan el marco conceptual y el contenido de las sesiones (“Ideas que sustentan el módulo”), se ilustra de qué forma las sesiones están conectadas entre sí (“Estructura del módulo”), y se presenta una tabla que contiene los objetivos, el formato y la duración de todas las sesiones (“Esquema del Módulo”). Use estos apartados de la síntesis del módulo en la sesión de introducción de cada módulo, y en el resumen y la consolidación al final.

Descripción de las sesiones

A continuación de la síntesis del módulo se encuentra la descripción de las sesiones, con las actividades presentadas en la secuencia esperada. La descripción de las sesiones contiene:

- lo que obtendrán los/las participantes de la sesión
- duración
- materiales (guías y otros insumos)
- listado de lecturas para el/la facilitador/a
- listado de lecturas para los/las participantes
- cómo conducir la sesión
- actividades y secuencias

- puntos principales para el cierre de la sesión
- apuntes para el/la facilitador/a
- guías.

Se presenta una guía detallada acerca del tipo de preguntas que se podrán formular a los/las participantes y sus respuestas más corrientes (sobre la base de la experiencia pasada) y respecto de cómo dirigir el proceso hacia el logro de los objetivos de la sesión. Hay sesiones en las que se requiere proveen una selección de actividades posibles. Algunas requieren que usted prepare previamente algún material. Esto se indica claramente al comienzo de la sesión con el título “Preparación previa”.



Filminas

Cuando se utilizan filminas se indica con el símbolo [filmina]. Usualmente se incluyen en la descripción de la sesión, el texto, las tablas o los diagramas que serán presentados en filminas. Otras veces, se deben preparar filminas sobre los apuntes del/de la facilitador/a o las guías de trabajo. Además, puede ser útil para el/la facilitador/a presentar filminas de las secciones “¿Qué incluir en la discusión?” y “Puntos principales para el cierre de la sesión”.



Guías

Las guías se incluyen a manera de ilustración. Si los estudios de caso y los ejercicios que se presentan no fueran adecuados para su grupo, puede modificarlos según sea necesario. Los datos y la información provistos también deberán ser actualizados.



Apuntes para el/la facilitador/a

Para las sesiones que implican exposiciones prolongadas por parte del/de la facilitador/a, se proveen apuntes o notas. Éstos contienen un bosquejo de la exposición y estudios de caso ilustrativos que podrán ser adaptados para su audiencia particular.

Lecturas y la carpeta del curso

La lista de lecturas de cada sesión para el/la facilitador/a contiene una serie de publicaciones y artículos que dieron sustento al contenido de la sesión. Su propósito es ayudar al/a la facilitador/a a preparar la sesión. Las lecturas para los/las participantes deben ser incluidas en las carpetas que se entregan al comienzo del curso (véase Módulo de Apertura, sesión 2, Paso 3). **Los/las**

organizadores/as del curso deben asegurarse de que se soliciten los permisos de copyright para fotocopiar artículos publicados.

Las carpetas deben prepararse con anterioridad y ser entregadas a los/las participantes al completar su ficha de inscripción el día que se inicia el curso. Las carpetas contendrán:

- Lecturas para los/las participantes
- Agenda del curso
- Detalles de logística y temas administrativos respecto del curso (véase Sesión 2, Módulo de Apertura, pág. 22)
- Resúmenes de los tres Módulos Básicos y los tres Módulos de Aplicación.

Evaluación de este manual

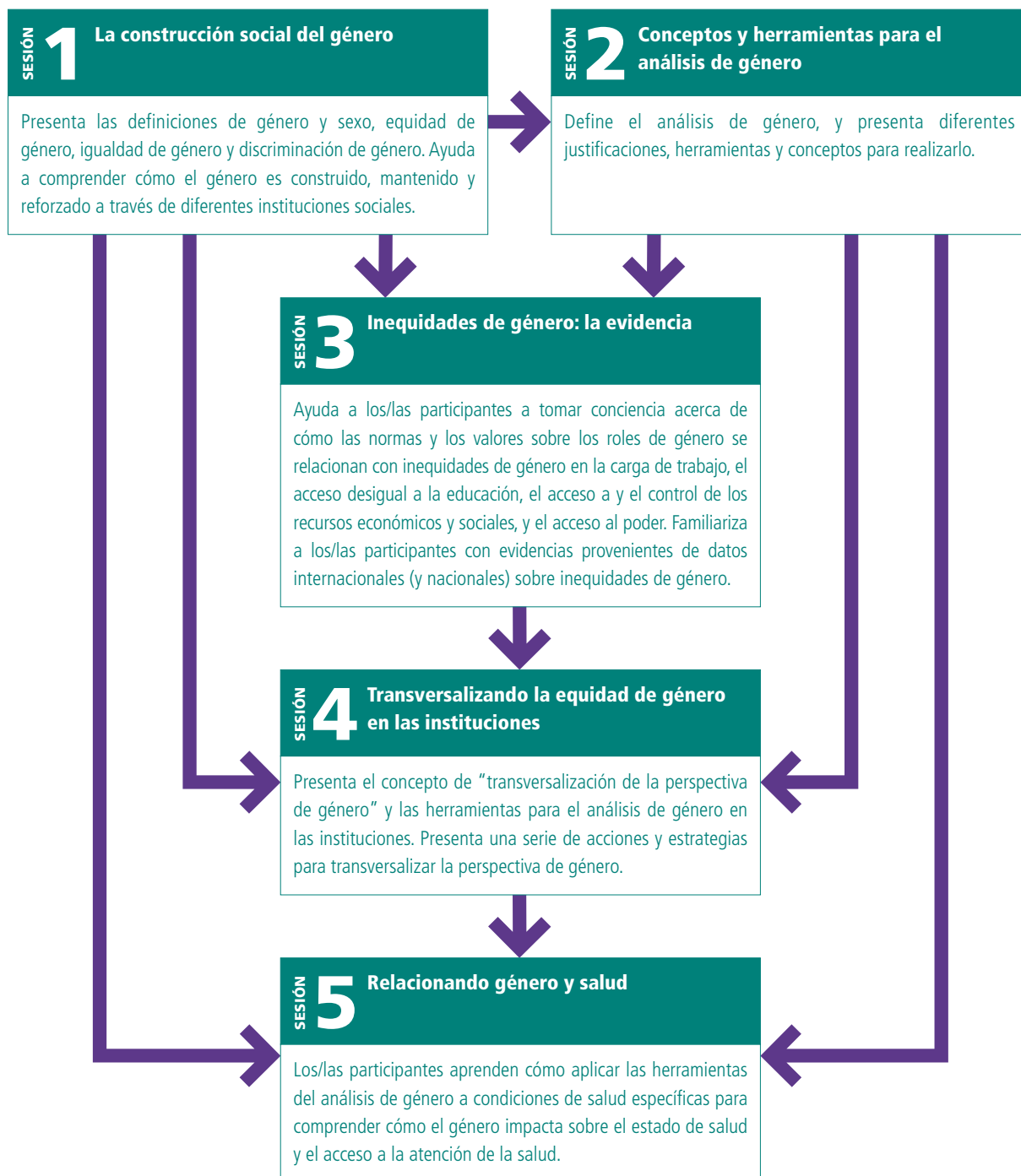
Este manual ha ido evolucionando durante cinco años, período en el que fue testeado y aplicado en diferentes lugares. Esperamos que continúe evolucionando a medida que sea utilizado y adaptado por grupos e instituciones en diferentes contextos. Indudablemente, al utilizarlo encontrará elementos que pueden ser mejorados y otros que funcionan bien. Le solicitamos que dedique unos minutos para completar el formulario de evaluación que se encuentra al final del libro y que lo envíe a nuestra dirección. También puede hacernos llegar comentarios a la dirección de correo electrónico del WHO Department of Reproductive Health and Research: rhrpublications@who.int

Módulos de enseñanza

Módulo 1: **Género**



Estructura del Módulo de Género



MÓDULO 1

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Género

Los/las participantes:

- se familiarizarán con las diferencias conceptuales entre sexo y género, y comprenderán cómo el género es construido, mantenido y reforzado
- reconocerán las similitudes y las variaciones en la construcción del género en los diferentes contextos sociales y culturales
- comprenderán y aplicarán los conceptos y las herramientas para el análisis de género, incluidas las herramientas para transversalizar la perspectiva de género
- tomarán conciencia de cómo las normas y los valores sobre los roles de género se relacionan con las inequidades de género en la carga de trabajo, el acceso desigual a la educación, el acceso a y el control de los recursos sociales y económicos, y el acceso al poder
- examinarán e interpretarán evidencia proveniente de datos internacionales (y nacionales) sobre inequidades de género en educación y en la condición económica, social y política
- aprenderán cómo aplicar las herramientas de análisis de género a condiciones de salud específicas y comprenderán cómo el género impacta sobre la salud.

Ideas que sustentan el módulo

El género como una construcción social

El módulo comienza con las experiencias de vida de los/las participantes, y presenta el concepto de género como una construcción social. El módulo analiza de qué forma el género como construcción social atribuye diferentes roles y responsabilidades a las mujeres y a los varones, generando desigualdades en el acceso a los recursos y al poder. Usted introduce las herramientas que ayudan a que los/las participantes comprendan los mecanismos que subyacen tras las diferencias de género, y aplica esas herramientas a temas de salud para analizar el impacto del género sobre la salud. El Módulo de Género sienta las bases para entender los temas de los tres módulos de aplicación: cómo los temas de género permean la información sobre la salud; las evidencias utilizadas para tomar decisiones en el sector salud; las políticas de salud, y la planificación e implementación de los programas de salud.

La Sesión 1 ayuda a que los/las participantes comprendan cómo el género es construido, mantenido y reforzado. También aclara términos como igualdad de género, equidad de género y discriminación basada en el género. La sesión empieza con las experiencias de vida de los/las participantes sobre la manera en que fueron socializados para cumplir los roles de género. Luego usted los ayuda a descubrir que los roles de género que desempeñan como adultos son el resultado de los mensajes que han aprendido e

internalizado desde la infancia. Además, comienzan a visualizar los roles que desempeñan la familia, la escuela, las instituciones religiosas, las instituciones de trabajo, los medios de comunicación y otras instituciones sociales en la construcción de lo que hacen los varones y las mujeres en la sociedad. Mediante la reflexión acerca de sus propias experiencias, comienzan a comprender que la construcción social del género también puede estar determinada por la raza, la clase, la casta, la edad, el estado civil, etc.

(Sugerimos que la primera sesión del Módulo de Género esté programada para el día que se inicie el curso, a continuación del Módulo de Apertura. Para las demás sesiones de este módulo se necesitará otro día completo.)

En la Sesión 2, los/las participantes revén los conceptos de género y sexo y hacen un ejercicio para clarificar las diferencias entre los dos conceptos. A veces las diferencias de género se confunden con la biología: por ejemplo, cuando damos por supuesto que las mujeres son más aptas para las profesiones que implican brindar cuidados, como enfermería y la atención de los niños, porque tienen una tendencia natural a realizar ese tipo de tareas. Esta sesión también presenta algunos conceptos básicos y herramientas para el análisis de género: la división del trabajo basada en el género; los roles y las normas de género; el acceso a los recursos y su control, y el acceso a la toma de decisiones y al poder.

La Sesión 3 ilustra cómo la división del trabajo basada en el género está lejos de ser una simple distribución de responsabilidades, y es una causa fundamental de la subvaloración y de la condición social desventajosa de la mujer. Usted presenta los datos internacionales (y/o nacionales) que muestran cómo las diferencias de género se transforman en inequidades de género en la distribución de los recursos y el poder. Los/las participantes luego aplican los conceptos de género que han aprendido en las sesiones previas para interpretar esos datos.

La Sesión 4 presenta el concepto de transversalización de la perspectiva de género. La inequidad de género está inserta en muchas instituciones de la sociedad, inclusive las instituciones de salud. Si la sociedad no valora los aportes de las mujeres, es probable que las instituciones sociales tampoco lo hagan. Si la sociedad no les da a las mujeres acceso a la toma de decisiones, las instituciones sociales tampoco lo harán. De la misma manera, si la sociedad no valora la salud de las mujeres, las instituciones de salud probablemente tampoco. También es importante analizar si y cómo las instituciones refuerzan las inequidades de género en forma activa y explícita, o más pasivamente, por omisión.

Esta sesión está dirigida a sensibilizar a los/las participantes respecto del modo en que las habilidades, la información y las herramientas que presentó durante el curso pueden ayudarlos/as a transversalizar la perspectiva de género en sus propias instituciones de salud, así como en los programas de salud que dirigen, financian o usan.

La Sesión 5 ayuda a trazar las conexiones entre género y salud. Usando el estudio de caso de una condición de salud que afecta a mujeres y varones, los/las participantes dilucidan los diferenciales entre varones y mujeres respecto de la condición de salud, los comportamientos de búsqueda de atención de la salud y las consecuencias que son producto de diferencias biológicas más que de género.

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: 9 hrs 30 mins
Sesión introductoria	Introducción al Módulo de Género	<ul style="list-style-type: none"> conocerán la estructura, los objetivos y el contenido del módulo 	Aporte de información	15 mins
SESIÓN 1	La construcción social del género	<ul style="list-style-type: none"> conocerán las definiciones de sexo y género comprenderán cómo el género es construido, mantenido y reforzado, así como el significado de equidad de género, igualdad de género y discriminación de género tomarán conciencia sobre las similitudes y diferencias en la construcción del género en los diferentes contextos sociales y culturales 	Trabajo individual	15 mins
			Trabajo en pares	15 mins
			Discusión plenaria	1 hr 30 mins
SESIÓN 2	Conceptos y herramientas para el análisis de género	<ul style="list-style-type: none"> internalizarán las diferencias conceptuales entre sexo y género conocerán las herramientas y conceptos para el análisis de género 	Trabajo individual	10 mins
			Discusión plenaria y resumen	1 hr
			Aporte de información y discusión	30 mins
SESIÓN 3	Inequidades de género: las evidencias	<ul style="list-style-type: none"> tomarán conciencia acerca de cómo las normas y los valores sobre los roles de género se relacionan con las inequidades de género en la carga de trabajo, el acceso desigual a la educación, el acceso a y el control de los recursos sociales y económicos, y el acceso al poder aprenderán a examinar e interpretar evidencias provenientes de datos internacionales (y nacionales) sobre inequidades de género en la educación, y en la conducción económica y política 	Actividad grupal	1 hr
			Discusión plenaria	1 hr 15 mins
SESIÓN 4	Transversalizando la equidad de género en las instituciones	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán el concepto de "transversalización" de la perspectiva de género tomarán conciencia de los pasos y cambios necesarios para lograr la equidad de género dentro de sus organizaciones 	Aporte de información	1 hr 30 mins
SESIÓN 5	Relacionando género y salud	<ul style="list-style-type: none"> aprenderán a aplicar las herramientas del análisis de género a condiciones de salud específicas y comprenderán cómo el género impacta sobre el estado de salud 	Aporte de información	20 mins
			Trabajo grupal	30 mins
			Discusión plenaria y resumen	50 mins
Sesión de conclusiones	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> tendrán una revisión consolidada de las herramientas y los conceptos presentados en el módulo, y de las conexiones entre éstos 	Aporte de información	10 mins

Introducción al Módulo de Género

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



Usted presentará a los/las participantes la estructura, los contenidos y los objetivos del módulo.

15 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión de aporte de información.



Haga la presentación del módulo usando las **filminas** de:

- “¿Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Género?”
- “Estructura del Módulo de Género”
- “Esquema del módulo”.

SESIÓN

1

La construcción social del género

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- conocerán las definiciones de sexo y género
- comprenderán cómo el género es construido, mantenido y reforzado, así como el significado de equidad de género, igualdad de género y discriminación de género
- tomarán conciencia sobre las similitudes y diferencias en la construcción del género en los diferentes contextos sociales y culturales.



2 hrs

2 horas aproximadamente

Materiales

- marcadores
- por lo menos tres láminas de papelógrafo divididas en cinco columnas como se muestra a continuación:

Edad	Personas involucradas	Lugar	¿De qué se trató el incidente?	Sentimientos asociados con el incidente
------	-----------------------	-------	--------------------------------	---

- filmina o lámina: "Sexo y género", de la pág. 43
- filmina o lámina: "Igualdad de género, equidad de género y discriminación de género", de la pág. 43

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Oakley A. *Sex, gender and society*, reedición Bath, Pitman Press, 1982.
2. United Nations Division for the Advancement of Women/Office of the High Commissioner for Human Rights/United Nations Development Fund for Women. Documento de trabajo preparado para el DAW/OHCHR/UNIFEM Expert Group Meeting on Gender and Racial Discrimination (Zagreb, 21-24 de noviembre de 2000). Nueva York, United Nations, 2000.
3. United Nations Division for the Advancement of Women/Office of the High Commissioner for Human Rights/United Nations Development Fund for Women. Report of the Expert Group Meeting on Gender and Racial Discrimination, Zagreb, Croacia. Disponible online en: www.un.org/womenwatch/daw/csw/genrac/report.htm (fecha de acceso: febrero de 2001).

Lecturas sugeridas en español

Kabeer N. Tácticas y compromisos: nexos entre género y pobreza. En: Arriagada I. y Torres C. (eds.) *Género y pobreza, Nuevas dimensiones*. Santiago de Chile, ISIS Internacional, 1998.

Lamas M. La perspectiva de género. En: *Hablemos de sexualidad. Lecturas*. Ciudad de México, CONAPO, Mexfam, 1997.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. En la primera, cada participante escribe su primera experiencia de cuando se dio cuenta de que era diferente de las personas del sexo opuesto. Luego los/las participantes comentan sus experiencias en pares. La segunda actividad es una discusión grupal.



30 mins

Actividad 1: Volviendo a la infancia



15 mins

Paso 1: Trabajo individual

Pida a los/las participantes que se remonten en el tiempo lo más que puedan y escriban la primera experiencia de su vida en la que se dieron cuenta de que eran diferentes de los miembros del sexo opuesto y/o que se esperaba que se comportaran y que fueran tratados de manera diferente de los miembros del sexo opuesto.

En uno o dos párrafos deberán registrar:

- qué edad tenían
- quién estuvo involucrado/a
- dónde tuvo lugar el incidente
- de qué se trató el incidente
- cómo se sintieron
- cómo otros aspectos de su identidad (raza, identidad religiosa, nacionalidad, etnia y casta) incidieron en ese momento.



15 mins

Paso 2: Compartiendo las historias en pares

Los/las participantes comparten sus historias con un/a compañero/a.

1 hr
30 mins

Actividad 2: Explorando el sexo, el género y la socialización



20 mins

Paso 1: Puesta en común con todo el grupo

Cuelgue las láminas que preparó. Pida que uno de los pares de participantes se ofrezca para contar al resto del grupo las historias de cada uno/a. Escriba los datos esenciales en las columnas específicas.

Probablemente el tiempo no será suficiente para que todos los pares puedan contar sus historias. Pida ejemplos que involucren a diferentes actores y que ocurran en distintos lugares. Por ejemplo, si el primer dúo contó algo que pasó en su casa y que involucró a miembros de la familia, pida que alguien que haya tenido un incidente en la escuela se ofrezca para relatarlo, etc.

Cuando los/las participantes cuentan historias sobre diferencias físicas/biológicas, por ejemplo cuando mencionan las diferencias de genitales y la menstruación, aliéntelos para que den también otros ejemplos que no sean sobre características físicas sino sobre comportamientos socialmente esperados.



Paso 2:
El aporte del/de la facilitador/a: presentando sexo y género

Éste es el momento apropiado para presentar las definiciones de sexo y género. Dirija la atención de los/las participantes hacia el hecho de que las diferencias entre niños y niñas no son sólo aquellas que se relacionan con su anatomía y fisiología. A los niños y a las niñas se les enseña a vestirse de maneras diferentes, a comportarse de maneras diferentes, a realizar diferentes tareas, etc.

Muestre una lámina de papelógrafo o una **filmina** preparada con anterioridad con las siguientes definiciones de sexo y género.



Sexo y género

Sexo es la diferencia biológica entre varones y mujeres.

Género se refiere a las características y oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular en un determinado momento.

A continuación, presente los términos igualdad de género, equidad de género y discriminación de género en otras láminas del papelógrafo o **filminas**. El propósito de esto es ayudar a que los/las participantes desarrollen un vocabulario común para describir los distintos elementos de las diferencias de género.



Igualdad de género, equidad de género y discriminación de género

- **Igualdad de género** significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.
- **Equidad de género** significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las inequidades existentes.
- **Discriminación de género** se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.



Paso 3:
Discusión grupal: experiencias personales

Lea cada una de las columnas de la lámina del papelógrafo que usted ha completado, y comience la discusión.

Qué incluir en la discusión

Edad

Usualmente es interesante destacar la edad más joven de manera de resaltar lo temprano que comienza la socialización. El rango usual es de cinco a diez años.

Las personas involucradas

Los familiares, los compañeros, las/los maestras/os y las personas de instituciones educativas y religiosas son generalmente las primeras en introducir a un/a niño/a a los códigos apropiados para el comportamiento de género.

Lugar

El lugar por lo general se corresponde con las personas involucradas: el hogar, la escuela, la iglesia.

De qué se trató el incidente

Esto usualmente incluye:

- **División del trabajo:** el tipo de tareas domésticas que se espera que hagan las niñas en comparación con los niños; las niñas trabajan dentro del hogar y los niños fuera; las niñas trabajan para los demás dentro de la casa, por ejemplo, cocinan, lavan los platos, limpian la casa y lavan la ropa; a los niños se los manda afuera a hacer mandados; las niñas hacen cosas para los niños, como servir la comida, y limpiar y lavar lo que ellos ensucian; en algunas culturas los niños deben escoltar a las niñas en público.
- **Códigos de vestimenta:** en las diferentes culturas, se espera que las niñas y los niños se vistan de manera diferente desde el momento en que nacen. Estas diferencias varían en las distintas culturas y sociedades.
- **Segregación física de niños y niñas:** en muchas culturas, especialmente en Asia, la segregación física comienza a edad temprana. Algunas experiencias comunes incluyen que se les diga que no jueguen con miembros del sexo opuesto, o que no participen en ninguna actividad en la cual haya contacto físico con personas del sexo opuesto.
- **Los tipos de juegos para los niños y las niñas:** a las niñas no se las alienta para que jueguen al fútbol o juegos que impliquen una actividad física fuerte y contacto físico con los demás; a los niños frecuentemente no se les permite jugar con muñecas o a "la casita". Los niños que no participan en juegos físicos rudos son considerados afeminados.
- **Respuestas emocionales:** se espera que las niñas y los niños respondan de maneras diferentes frente al mismo estímulo; mientras que es aceptable que las niñas lloren, esto es visto como un signo de debilidad en los niños varones.
- **Respuestas intelectuales:** se espera que las niñas no respondan o expresen sus opiniones. Esto muchas veces se menciona respecto de la escuela y de que los/las maestros/as prestan mayor atención a los niños ya que esperan más de ellos. En un programa de capacitación, una participante de Japón contó que una vez cuando estaba en el colegio y obtuvo la calificación más alta de la clase, el maestro la llamó aparte y le pidió que consintiera que se le diera la calificación más alta al niño que había quedado segundo. El maestro le explicó que no sería bien visto que un niño estuviera en segundo lugar, y que además los niños no la tratarían bien si a ella le fuera mejor que a ellos.

Diferencias de clase, casta, etnia y otras

Explore de qué forma las diferencias de clase, casta, etnia y nacionalidad afectan las conductas esperadas de los niños y las niñas. Por ejemplo, la segregación física de niños y niñas en otras partes del mundo puede ser menos estricta que en los países del sur y el oeste de Asia. Pueden existir diferencias en la división de tareas por sexo y clase: usualmente se espera

que las niñas de los sectores más pobres carguen con muchas de las responsabilidades del hogar, y que los niños salgan a trabajar para ganar dinero, mientras que las niñas y niños de sectores más ricos tienen una crianza muy protegida y sin grandes responsabilidades.

Las distintas respuestas de mujeres y varones a esta actividad

Esta actividad puede causar estrés y lágrimas entre algunas mujeres del grupo que recuerden experiencias muy dolorosas. Pueden sentirse enojadas por no haber tenido los ojos abiertos para ver lo que les estaba pasando. Algunas mujeres han usado esta oportunidad para dar ejemplos sobre cómo ellas mismas han perpetuado la opresión y el abuso de las mujeres, y se sienten mal al darse cuenta de que han estado atrapadas.

En algunos grupos, las mujeres expresan sentimientos negativos específicamente acerca del incidente relatado: resentimiento, enojo, desilusión, frustración, confusión, rechazo, aislamiento y soledad e inferioridad.

Los hombres, por otro lado, muchas veces han expresado sentimientos positivos: sentirse superiores, sentirse hombres, sentirse poderosos y respetados. Sin embargo, algunos varones pueden expresar que sienten como una carga el hecho de que se espere que sean los proveedores en sus hogares y que sean fuertes y que nunca se quiebren frente a circunstancias adversas.

Los hombres también pueden sentirse inseguros o ponerse en una posición defensiva especialmente si son minoría dentro del grupo. Mucho de esto depende también del tono del facilitador/a. Estereotipar a los varones como las causas de los problemas, o culparlos por los problemas que afectan a las mujeres es injusto y resulta contraproducente.

Cierre

Pregunte a los/las participantes cómo se sintieron durante el ejercicio, y maneje con sensibilidad las emociones que puedan surgir.

Una pregunta que comúnmente surge durante esta discusión es: ¿por qué las mujeres oprimen a otras mujeres? O: ¿no son las mujeres las principales responsables de la opresión de otras mujeres?

No evada la pregunta, pero haga comparaciones con otras formas de opresión como el racismo y la discriminación de casta o clase. Explique que es común que ciertos individuos dentro de grupos oprimidos manejen su frustración de ser oprimidos o discriminados reforzando la posición del grupo opresor.

Las mujeres frecuentemente carecen de recursos y poder propios. Obtienen su poder de su relación con los varones, lo cual hace que las mujeres que dependen de un mismo hombre (por ejemplo la suegra y la nuera) compitan entre sí.

Señale que la discriminación de casta, clase, raza, etnia y género muchas veces es simultánea y afecta a mujeres de varios grupos.

Explique que lo que se está discutiendo es una visión del mundo, una ideología que ubica a los varones como inherentemente superiores a las mujeres. Esta ideología, llamada "patriarcado", puede ser sostenida y perpetuada tanto por mujeres como por varones. Mencione ejemplos de trabajadores/as que oprimen a otros trabajadores/as y pida al grupo que aporte otros ejemplos.



30 mins

Paso 4: **Discusión grupal:** **instituciones de** **socialización de** **género**

Conduzca la discusión más allá de las experiencias personales y los incidentes individuales de la infancia, hacia las normas, prácticas y estructuras institucionales y los patrones de distribución de recursos.

Fomente la discusión haciendo las siguientes preguntas:

- ¿A qué instituciones pertenecían las personas que los introdujeron a o que les reforzaron las normas de género? ¿Cuáles son las normas y prácticas de esas instituciones? ¿A quién privilegian esas normas y prácticas?
- ¿Se les dieron las razones por las cuales se suponía que ustedes debían comportarse de una manera en particular?
- ¿Ustedes cuestionaron esas normas? ¿Conocen a otros que las hayan cuestionado? En caso afirmativo, ¿qué sucedió? En caso negativo, ¿por qué no?

Qué incluir en la discusión

Las instituciones sociales que introducen y refuerzan las normas de género

Detrás de las personas que introducen y refuerzan las normas de género existe una variedad de instituciones sociales: la familia, las instituciones religiosas, la comunidad, la escuela, los medios de comunicación, y el Estado. De éstas, la familia, los medios de comunicación y la escuela desempeñan un rol muy importante desde muy temprano en la vida de las personas.

Las reglas y prácticas de estas instituciones son percibidas como imposibles de cambiar. En muchas instancias, las niñas y los niños no reciben ninguna explicación acerca de por qué se deben comportar de una determinada forma. Cuando se les da alguna razón, ésta por lo general incluye motivos culturales y religiosos.

Algunos/as participantes pueden decir que la razón por la cual no desafiaron ciertas ideas fue porque aceptaron que la cultura y la religión no podían ser cuestionadas. Si esto sucede en su grupo, es importante señalar que la cultura es cambiante y que es constantemente definida y redefinida por la gente. Proporcione ejemplos relevantes o pida al grupo que los dé.

Cuando los/las niños/as cuestionan ciertas ideas muchas veces se los/las desalienta, se los/las amonesta y hasta se los/las castiga. Más tarde en la vida, quienes se atreven a hacer las cosas diferentes son etiquetados y muchas veces aislados, y se les recuerda constantemente su condición de diferentes.

El razonamiento circular que subyace tras los estereotipos de género

Señale también el razonamiento circular que subyace tras los estereotipos de género. A las niñas y a los niños se les enseña sistemáticamente a hacer o no hacer ciertas cosas, o a no comportarse de determinadas maneras, y luego afirmamos que “los varones no son buenos para las tareas del hogar o para cuidar bebés”, o que “las mujeres no pueden manejar situaciones de crisis”. Parece poco razonable que después de determinar que las niñas/mujeres y los niños/hombres desempeñan diferentes roles, la sociedad perciba a las mujeres como menos valiosas que los varones.

La dificultad para cuestionar las normas y prácticas de género

La amenaza de agresión y hasta violencia socialmente tolerada persigue a aquellos que se atreven a desafiar las normas y códigos de comportamiento aceptados –por ejemplo, las mujeres que salen solas de noche o las personas homosexuales–. En algunas culturas, las mujeres que sufren violencia conyugal no cuentan con el apoyo de sus familias de origen para que las ayuden a escapar de esas situaciones. Señale que esta violencia o

agresión puede ser amplificada o afectada por la raza, etnia, nacionalidad, etc., y que aunque las mujeres en general sean oprimidas por los roles de género, éstas tendrán distintas habilidades para buscar modos de remediar su situación.

Para los varones y las mujeres es más fácil adaptarse a los roles de género socialmente prescriptos que soportar las consecuencias de la disconformidad con esos roles. Las repercusiones son muy difíciles de soportar o no vale la pena enfrentar el costo social que acarrear.

Las leyes y políticas de un país pueden formalizar las normas de género

Las normas de género frecuentemente han sido formalizadas en leyes y políticas. Por ejemplo, las leyes de herencia comúnmente favorecen al varón, y las leyes de matrimonio y divorcio en muchos países tratan a la mujer como subordinada al hombre. La mayoría de los países no tienen leyes sobre la violencia doméstica, o no hacen cumplir las existentes, y la violación dentro del matrimonio raramente es identificada como un delito. Pida a los/las participantes que expongan ejemplos de sus propios países. Señale la diferencia que existe entre las políticas que pueden servir para eliminar la inequidad de género pero que no se utilizan y la falta de leyes para proveer soluciones, o las leyes que sirven para perpetuar la inequidad de género.

Puntos principales para cerrar la sesión

Los roles de género son aprendidos

Los roles de género no son roles naturales: a los niños y las niñas se les enseña sistemáticamente a ser diferentes entre sí. La socialización de género comienza temprano en la vida. Esto incluye aprender a ser diferente, por ejemplo en términos de:

- apariencia y vestimenta
- actividades y pasatiempos
- comportamiento
- emociones que demostramos
- responsabilidades
- metas intelectuales.

Los roles de género se aprenden y por lo tanto pueden ser “desaprendidos”. No son imposibles de cambiar.

El rol de la familia, otras instituciones sociales y las mismas mujeres

Los roles de género son enseñados y reforzados por instituciones sociales variadas: la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el lugar de trabajo, la sociedad representada por los compañeros y vecinos, sólo para mencionar algunas. Las mujeres desempeñan un rol tan importante como los varones en la socialización de los niños y las niñas dentro de sus roles de género.

Por lo general la sociedad valora menos a las mujeres que a los hombres

La sociedad prescribe roles específicos para las niñas y los niños, las mujeres y los varones, pero los valora de manera diferente. En casi todas

las sociedades se valora menos a las niñas y las mujeres que a los niños y los hombres. Este valor desigual es la fuente de la discriminación y opresión de las mujeres y explica la condición inferior que se les otorga en la sociedad.

Es difícil ejercer presión para que la familia cambie

La familia es una de las instituciones sociales más importantes que sostiene y refuerza las inequidades de género. Aun así, el hecho de que la familia corresponde a la esfera privada (comparada con instituciones de la esfera pública como el lugar de trabajo, la escuela y las instituciones del Estado) ha ayudado a mantener lo que ocurre dentro de la familia separado de las fuerzas de cambio y de las presiones que pueden ejercer las políticas para la equidad de género.

El cumplimiento de los roles de género es controlado mediante un espectro de comportamientos de control. Éstos van desde una simple aprobación/desaprobación hasta el ostracismo social y la agresión e inclusive la violencia socialmente tolerada (como el asesinato por honor de las mujeres que se casan en contra de los deseos de sus familias en algunas sociedades). La no intervención de terceros en lo que sucede dentro del hogar, otorgando poder absoluto al jefe masculino del hogar, es una de las herramientas más poderosas para mantener las inequidades de género.

La inequidad de género frecuentemente está escrita en leyes y políticas

La inequidad de género es sistemáticamente legitimada e institucionalizada mediante leyes y políticas. Esto dificulta extremadamente la tarea de cuestionar y romper los roles de género.

Los varones también están constreñidos por la construcción de la masculinidad

Si bien las diferencias de género representan una desventaja mayor para las mujeres que para los varones, éstos también están constreñidos por la construcción de la masculinidad. Por lo tanto pueden existir varones que estén también preocupados por redefinir los roles y las relaciones de género.

Luchar contra la inequidad de género significa desafiar una ideología

El tema de la inequidad de género no se trata simplemente de varones contra mujeres o de mujeres que tienen que pelear contra los varones, sino que es mucho más complejo. Se trata de desafiar una ideología que valora a los varones como superiores a las mujeres (una ideología que es perpetuada tanto por hombres como por mujeres) y que los dota de gran poder. Se trata también de cuestionar las instituciones que sostienen estos valores.

Sesión desarrollada por Makhosazana Xaba

SESIÓN 2

Conceptos y herramientas para el análisis de género

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- internalizarán las diferencias conceptuales entre sexo y género
- conocerán las herramientas y los conceptos para el análisis de género.

1 hora y 40 minutos



Materiales

- Guía 1: "Enunciados sobre sexo y género"
- Guía 2: "Conceptos y herramientas para el análisis de género"
- filmina: "La construcción social de la sexualidad", en la pág. 51
- filmina: "Resumen de sexo y género", en la pág. 52
- filmina de la Guía 2
- filmina: "Acceso a y control de los recursos" en la pág. 53

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Canadian International Development Agency. *A handbook for social/gender analysis*. Ottawa, Coady International Institute, y CIDA, 1989.

2. Moffat L.; Geadah Y. y Stuart R. *Two halves make a whole: balancing gender relations in development*. Ottawa, Canadian Council for International Co-operation, MATCH International and Association Québécoise des Organismes de Coopération Internationale, 1991.

Lecturas sugeridas en español

Rebolledo L. Género y desarrollo. En: Montecino S. y Rebolledo L. *Conceptos de género y desarrollo*. Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1996.

UNIFEM. *Guía para la formulación y ejecución de políticas municipales dirigidas a mujeres*. Cuaderno de Trabajo 72, 2000.

UNIFEM. *Planificación local con perspectiva de género*. Cuaderno de Trabajo 62, Quito, Oficina Regional para Brasil y Conosur, 2000.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. En la primera, cada participante recibe una hoja con una serie de enunciados que deberá identificar como sexo o género. Luego, todo el grupo discute las respuestas de los/las participantes, y usted resume las diferencias entre sexo y género. Si presta atención a algunos de los enunciados, usted también podrá utilizar esta discusión para

abordar conceptos como la división del trabajo basada en el género, y las normas y roles de género. La segunda actividad es una presentación del/de la facilitador/a sobre los conceptos y herramientas comúnmente utilizados para el análisis de género.



Actividad 1: ¿Sexo o género?



Paso 1: Trabajo individual

A cada participante se le entrega la Guía 1 con los enunciados sobre las diferencias entre varones y mujeres, que resultan del sexo en algunos casos y del género en otros. Pida a los/las participantes que escriban la letra G junto a los enunciados que piensan que se refieren al género y la letra S junto a los que creen que se refieren al sexo.



Paso 2: Discusión grupal

Lea en voz alta cada enunciado de la Guía 1 y pida a los/las participantes que digan si se refiere a una diferencia biológica (sexo) o a una diferencia socialmente construida (género).

Los enunciados que se refieren a diferencias de género ofrecen muchas posibilidades para la discusión, que pueden conducir a los conceptos para el análisis de género. Lea los enunciados en subgrupos, comenzando con todos los que se refieren al sexo. Éstos son los enunciados número 1, 4 y 7. Luego lea los enunciados que se refieren al género:

Los enunciados 2, 6 y 8 presentan el concepto de división del trabajo basada en el género

- La división del trabajo basada en el género es una construcción social; varía en las distintas sociedades y culturas; también ha variado en el tiempo.
- Actualmente, el trabajo doméstico y reproductivo de la mujer no se cuenta en el cálculo de su contribución a la economía (enunciado 2).

El enunciado 3 es sobre los roles y las normas de género

Este enunciado es sobre un niño que fue criado como una niña y que luego de descubrir que era un varón mejoró su rendimiento en la escuela. Conduce a la discusión sobre las normas y roles de género y las expectativas sociales acerca de lo que se supone que deben hacer las niñas en comparación con los niños. Refiérase a la sesión previa, y reitere la poderosa influencia que las expectativas sociales tienen sobre los roles a los que se ajustan las mujeres y los varones.

El enunciado 5 es sobre sexualidad y comportamiento sexual

El enunciado 5 introduce por primera vez las normas socialmente construidas sobre sexualidad y comportamiento sexual. Este enunciado debe usarse como disparador de la discusión sobre las normas de comportamiento sexual aceptadas. Usted puede señalar que la relación entre género y sexualidad es fuerte, pero que gran parte del trabajo actual muestra que no son sistemas de control idénticos. Algunos de los ejemplos que se presentan a continuación, combinan género y sexualidad. Una manera de comenzar a aclarar esto es señalar las formas muy variadas en que las personas no coinciden, en las relaciones sexuales, con las identidades dominantes asociadas con el género y la sexualidad, como las “lesbianas femininas”.

Pida a los/las participantes que identifiquen otras creencias similares sobre la sexualidad de las mujeres y los varones –por ejemplo, que el deseo sexual de los varones es mayor, y que cuando están excitados no pueden controlar su comportamiento–. (Puede alentar a los/las participantes a que piensen cómo funciona esto en relación con los varones gay, o los hombres que tienen sexo con hombres, quienes, de todos modos, pueden actuar en forma coincidente con los estereotipos masculinos.) Hágalos explorar la idea de que las mujeres deben ser reprimidas y que no deben actuar de maneras que puedan provocar sexualmente a los varones, como estar solas con un hombre o vestirse de tal o cual forma.

Muestre una **filmina** con el cuadro que se presenta a continuación para introducir la idea de que la sexualidad está compuesta por varios elementos, no sólo los fisiológicos.



La construcción social de la sexualidad

Fuente: Extraído de Dixon-Mueller R. Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En: Zeidestein S. y Moore K., eds. *Aprendiendo sobre sexualidad: una manera práctica de comenzar*. Nueva York, The Population Council and International Women's Health Coalition, 1995.

La construcción social de la sexualidad es el proceso mediante el cual se interpreta y se adscribe significado cultural a los pensamientos, conductas y condiciones sexuales (por ejemplo, la virginidad). [1, 2]

Incorpora las creencias colectivas e individuales sobre la naturaleza del cuerpo, sobre lo que se considera erótico u ofensivo, como también qué y con quién es apropiado o inapropiado que los hombres y las mujeres hagan o digan en el ámbito de la sexualidad (de acuerdo con su edad y otras características).

En algunas culturas, las ideologías sobre la sexualidad enfatizan la resistencia femenina, la agresión masculina y el antagonismo en el acto sexual; en otras, se enfatiza la reciprocidad y el placer mutuo. [3]

La construcción social de la sexualidad reconoce que los cuerpos de las mujeres y los varones desempeñan un papel fundamental en su sexualidad, pero también considera cuidadosamente los contextos sociales y culturales específicos para lograr comprender de qué forma las creencias y significaciones específicas sobre sexualidad son generadas, adoptadas y adaptadas.

Referencias

1. Ortner S. B. y Whitehead H., eds. *Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality*. Cambridge, Cambridge University Press, 1981.
2. Vance C. S. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. *Social Science and Medicine*, 1991: 33(8):875-884.
3. Standing H. y Kisekka M. N. *Sexual behaviour in sub-Saharan Africa: a review and annotated bibliography*. Londres, Overseas Development Administration, 1989.



15 mins



Paso 3: Resumen

Enunciados 9 y 10: Elementos del sexo y género

Tal vez los/las participantes tengan respuestas divididas respecto del enunciado 9 sobre la violencia como una conducta masculina natural. Algunos la marcarán como sexo y otros como género. Algunos pueden argumentar que los varones son biológicamente más proclives al comportamiento agresivo, mientras que otros pueden sostener que la conducta agresiva y violenta se aprende. Si bien la biología puede tener que ver con la agresividad y la toma de riesgos en los varones, la socialización de los niños y la tolerancia de la violencia masculina desempeñan un papel mayor.

Pida a los participantes varones que cuenten experiencias sobre cómo se les enseñó a ser agresivos. Las participantes mujeres también podrán comentar incidentes donde hayan visto que se aliente a los varones a ser agresivos.

El enunciado 10 tiene tanto el sexo como el género como causa subyacente. Las mujeres son más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual debido a su biología pero también porque la construcción social de la sexualidad masculina tolera los comportamientos sexuales irresponsables por parte de los varones, un factor de género. (Para ampliar este tema refiérase a la Guía 1 "¿Pero por qué?" en la Sesión 3 del módulo de Sistemas de Salud.)

Paso 3: Resume en una **filmina** los siguientes puntos sobre sexo y género.

Resumen de sexo y género

- El género identifica las características socialmente construidas que definen las maneras de ser y las conductas femeninas y masculinas dentro de contextos históricos y culturales específicos. El género también se refiere a la red de símbolos culturales, normas, estructuras institucionales y autoimágenes internalizadas que, mediante procesos de construcción social, definen qué se entiende por "masculino" y "femenino".
- La socialización de los roles de género también prescribe qué es lo apropiado para los roles y las conductas sexuales femeninas y masculinas. En muchas culturas, se considera una norma la resistencia femenina, la agresión masculina, y el antagonismo en el acto sexual.
- El género es un concepto que se debe contextualizar: las relaciones de género varían de acuerdo con el grupo étnico, la clase, la cultura, etc. Esto remarca la importancia de tener en cuenta la diversidad cuando se hace un análisis de género.
- Las relaciones de género han cambiado a través del tiempo porque se nutren de factores cambiantes. Esto significa que las relaciones de género actuales no son necesariamente fijas, y que pueden ser modificadas mediante intervenciones.
- Las relaciones de género son personales y también políticas. Personales, porque los roles de género que hemos adoptado definen quiénes somos, qué hacemos y cómo pensamos de nosotros/as. Políticas, porque las normas y los roles de género son mantenidos y promovidos por las instituciones sociales. Cuestionar esto significa desafiar la manera en que la sociedad está organizada actualmente.
- La comprensión de la sexualidad por parte de las personas está culturalmente condicionada y cambia a lo largo del tiempo. La relación entre género y sexualidad es fuerte, aunque muchas teorías sostienen que son sistemas de significados conectados pero no idénticos.



30 mins

Actividad 2: Herramientas y conceptos para el análisis de género



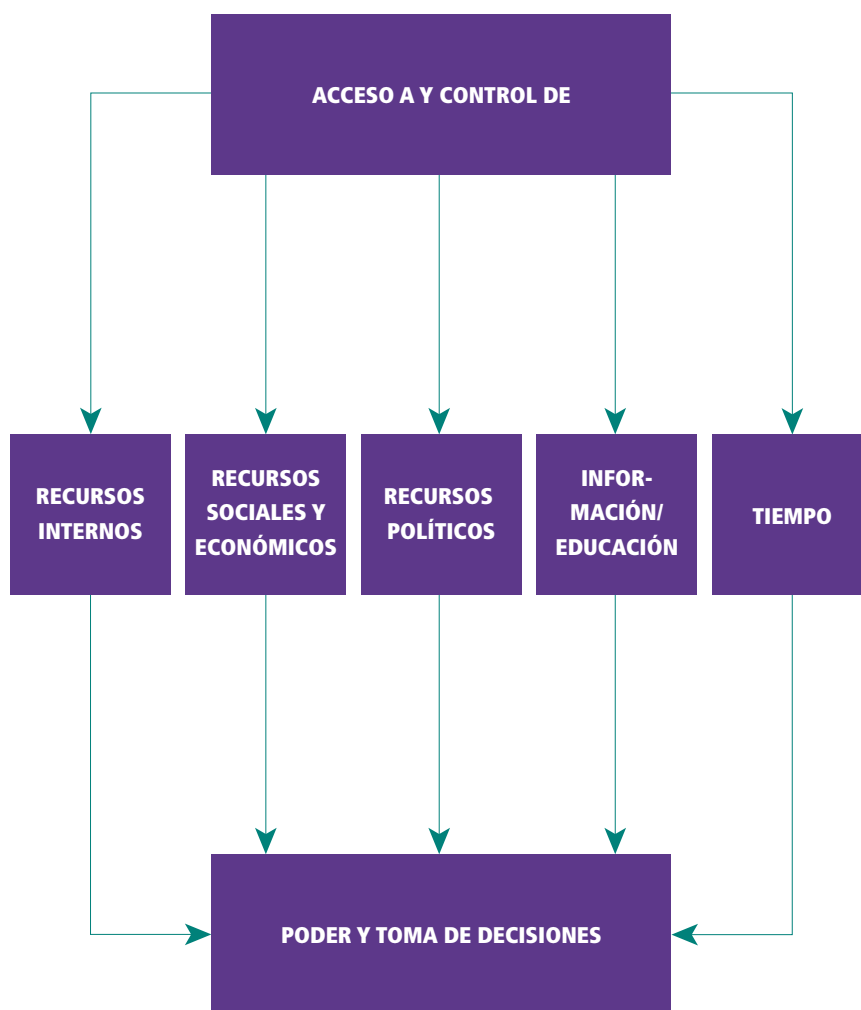
10 mins

Paso 1: Definiciones Distribuya la Guía 2 a los/las participantes para que la lean individualmente en diez minutos. Esta guía define conceptos asociados al género que se utilizan comúnmente: división del trabajo basada en el género, roles y normas de género, el acceso a y control de los recursos y el poder.



20 mins

Paso 2: Aclarando algunos conceptos Muestre las **filminas** de la Guía 2, y vea si los/las participantes tienen alguna pregunta. Por ejemplo, puede ocurrir que usted deba aclarar la diferencia entre acceso y control utilizando más de un ejemplo. También puede mostrar la filmina con el diagrama que figura a continuación.



Muchos de estos conceptos han sido introducidos anteriormente en esta sesión y también en la sesión 1. El propósito de esta actividad es destacar los principales conceptos sobre el género que se utilizarán durante el curso y asegurar el consenso grupal acerca de esos conceptos.

Sesión desarrollada por Makhosazana Xaba y Adelina Mwau



Guía

1

Enunciados sobre sexo y género

Fuente: adaptado de William S.; Seed J. y Mwau A. *Oxfam gender training manual*. Oxford, Oxfam Reino Unido e Irlanda, 1994.

Lea los siguientes enunciados. Escriba la letra S junto a los enunciados que se refieren a diferencias de sexo, y la letra G junto a los enunciados que se refieren a diferencias de género.

1. Las mujeres pueden parir hijos/as, los varones no.
2. Según estadísticas de las Naciones Unidas, las mujeres realizan el 67% del trabajo mundial, y aun así sus ingresos por ese trabajo representan sólo el 10% de los ingresos en el mundo.
3. Cuando un niño que fue criado como una niña se dio cuenta de que era realmente un niño, sus calificaciones en la escuela mejoraron en forma sorprendente.
4. Las mujeres sufren de tensión premenstrual, los varones no.
5. El sexo no es tan importante para las mujeres como lo es para los varones.
6. En el antiguo Egipto los hombres permanecían en el hogar y tejían. Las mujeres se encargaban de los negocios de la familia. Las mujeres heredaban la propiedad y los hombres no.
7. La voz de los varones cambia en la pubertad, la voz de las mujeres no.
8. En un estudio de 224 culturas, había 5 en las que los hombres cocinaban y 36 en las que las mujeres construían las casas.
9. Los hombres son naturalmente proclives a tener comportamientos violentos.
10. Las mujeres son más vulnerables a las ETS que los varones.



Guía

2 Conceptos y herramientas para el análisis de género

1. La división del trabajo basada en el género

En casi todas las sociedades, las mujeres y los varones realizan actividades diferentes, aunque la naturaleza y la escala de esas actividades varían en las diferentes comunidades. También varían a lo largo del tiempo. Típicamente las mujeres son responsables por el cuidado de los niños/as y el trabajo doméstico, pero también elaboran productos para ser consumidos en el hogar o para vender en los mercados. Típicamente los hombres son los responsables de satisfacer las necesidades de alimento y otros recursos en el hogar.

2. Roles y normas de género

En todas las sociedades, se espera que los varones y las mujeres se comporten de maneras muy diferentes. Desde la infancia son socializados/as para ajustarse a los roles y normas masculinos y femeninos. Deben vestirse de manera diferente, jugar distintos tipos de juegos, interesarse por distintos temas, y tener distintas respuestas emocionales frente a determinadas situaciones. Existe una percepción tácita acerca de que lo que hacen los varones es mejor y más valioso que lo que hacen las mujeres.

El impacto de los roles de género socialmente construidos se siente de manera significativa en el área de la sexualidad y el comportamiento sexual. Se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas, que conserven su virginidad, que nunca tomen la iniciativa en la actividad sexual, y que se cuiden del deseo sexual descontrolado de los varones. En algunas sociedades esto se debe a que se cree que las mujeres tienen menor deseo sexual que los varones. En otras sociedades existe la idea de que las mujeres tienen deseos sexuales incontrolables que deben ser aplacados. A menudo se espera que los varones sean viriles, que una vez excitados su deseo sexual sea incontrolable, que tomen la iniciativa en la actividad sexual, y que sean, por naturaleza, incapaces de ser monógamos.

3. Acceso a y control de los recursos

Las mujeres y los varones tienen desigual acceso a y control de los recursos. Esta desigualdad constituye una desventaja para las mujeres. Las inequidades de género en relación con el acceso a los recursos y el control sobre éstos existe en cada clase, raza o casta. Sin embargo, la inequidad afecta de manera distinta a las mujeres y los varones pertenecientes a distintas razas, clases y castas. Por ejemplo, las mujeres de una clase social pueden tener más poder que los varones de una clase social inferior.

- Acceso es la habilidad de usar un recurso.
- Control es la habilidad de definir y tomar decisiones sobre el uso de un recurso.

Por ejemplo, las mujeres pueden tener acceso a los servicios de salud, pero no tienen control sobre qué servicios están disponibles y los horarios de atención. Otro ejemplo común es que las mujeres tengan acceso a un ingreso o a la propiedad, pero que no tengan control sobre cómo se gasta el ingreso o cómo se utiliza la propiedad.

Existen diferentes tipos de recursos sobre los que las mujeres tienen menor acceso y control. Éstos incluyen:

Recursos económicos

- trabajo
- alimentos
- crédito
- dinero
- seguridad social, seguro de salud
- guarderías para niños/as
- vivienda
- medios para realizar las tareas domésticas
- transporte
- equipamiento
- servicios de salud
- tecnología y desarrollo científico.

Recursos políticos

- posiciones de liderazgo y acceso a los tomadores de decisiones
- oportunidades para la comunicación, negociación y construcción de consenso
- recursos que ayuden a reivindicar derechos, como los recursos legales.

Recursos sociales

- recursos comunitarios
- redes sociales
- membresía en organizaciones sociales.

Información/educación

- información para ser capaz de tomar decisiones y modificar una situación
- educación formal
- educación no formal
- oportunidades para intercambiar información y opiniones.

Tiempo

- horas del día disponibles para hacer lo que quieren
- horarios flexibles de trabajo remunerado.

Recursos internos

- autoestima
- confianza en sí misma
- habilidad de expresar los intereses propios.

4. Poder y toma de decisiones

El mayor acceso a y control de los recursos por lo general hace que los varones tengan más poder que las mujeres. Puede ser el poder de la fuerza física, del conocimiento y las aptitudes, de las riquezas y el dinero, o el poder de tomar decisiones desde una posición de autoridad. Los varones a menudo tienen mayor poder de tomar decisiones sobre la reproducción y la sexualidad.

El poder y el control masculino sobre los recursos y las decisiones están institucionalizados mediante leyes y políticas del Estado, y a través de las reglas y las ordenanzas de las instituciones sociales formales. Las leyes de muchos países otorgan a los varones mayor control de la riqueza, y mayores derechos en el matrimonio y sobre los hijos/as. Durante siglos, las instituciones religiosas han negado a las mujeres el derecho al sacerdocio y las escuelas a menudo insisten en que el tutor legal de un niño/a es el padre y no la madre.

SESIÓN 3

Inequidades de género: las evidencias

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- tomarán conciencia acerca de cómo las normas y los valores sobre los roles de género se relacionan con las inequidades de género en la carga de trabajo, el acceso desigual a la educación, el acceso a y el control de los recursos económicos y sociales, y el acceso al poder
- aprenderán a examinar e interpretar evidencias provenientes de datos internacionales (y nacionales) sobre inequidades de género en la educación y en la condición económica y política.



2 horas y 15 minutos

Materiales

- Guía 1: “Datos sobre mujeres, educación y política”
- Guía 2: “Datos sobre el valor económico de las actividades y el tiempo”
- filmina: “Las mujeres y las niñas son el sostén de la familia en Kenia”, en la pág. 60
- filmina: “Las mujeres realizan el 56% del trabajo en Venezuela”, en la pág. 60
- filmina “Mayor trabajo remunerado no quiere decir que disminuya el trabajo no remunerado”, en la pág. 61

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Mostee J. C. *Half the world, half a chance: an introduction to gender and development*. Oxford, Oxfam, 1993.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano 1995*, México, Harla S.A. de C.V., 1995:28-132. Disponible online en inglés: www.undp.org/hdro/highlights/past.htm
3. World Bank. *Engendering development through gender equality in rights, resources, and voice*. Nueva York, Oxford University Press, 2001.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 2.

Lecturas sugeridas en español

Moser C. La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género. En: Guzmán V.; Portocarrero P. y Vargas V. (comps.), *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima, Flora Tristán, 1991.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. La primera es una actividad en pequeños grupos. Usted entrega a los/las participantes una serie de tablas con datos sobre la condición de las mujeres en relación con los hombres. Deben contestar algunas preguntas para poder interpretar esas tablas. Cada grupo prepara un informe grupal. La segunda actividad es una sesión plenaria, donde cada grupo presenta su informe. Esto es seguido por una discusión y aportes del/de la facilitador/a sobre cómo las diferencias de género se arraigan estructuralmente y luego se transforman en inequidades de género.



1 hr

Actividad 1: Mirando las evidencias



5 mins

Paso 1: Guías 1 y 2

Divida a los/las participantes en cuatro grupos. Entregue a dos grupos la Guía 1, que contiene una serie de tablas con datos específicos de género de una selección de países en desarrollo y países industrializados. Las tablas muestran la participación de varones y mujeres en actividades económicas y la contribución al producto bruto interno (PBI). Entregue a los dos grupos restantes la Guía 2 que contiene una serie de tablas que presentan datos sobre escolaridad y participación política para distintas regiones del mundo.

Puede reemplazar estos datos con datos nacionales sobre los mismos temas: participación en la economía y contribución al PBI y/o ingresos relativos de varones y mujeres, nivel de educación alcanzado y participación política. Si utiliza los datos de las guías le recomendamos actualizarlos.



10 mins

Paso 2: Mirando las tablas

Examine las tablas de cada guía y explique lo que significa cada columna y cada fila. Encontrará las explicaciones al pie de cada una de las tablas.



40 mins

Paso 3: Trabajo grupal utilizando las tablas

En esta sesión los/las participantes trabajan en pequeños grupos. Una persona del grupo se encargará de dar el informe al plenario.

1 hr
15 mins

Actividad 2: Analizando las brechas de género estructurales



35 mins

Paso 1: Presentaciones grupales

Cada uno de los cuatro grupos hace una presentación de siete minutos de sus respuestas a las preguntas acerca de los datos presentados. Los dos grupos que presentan escolaridad y participación política deben exponer primero, de manera de comenzar con conceptos relativamente más simples, y examinar el progreso realizado para cerrar las brechas de género en educación y luego contrastar esto con la falta de progreso de las mujeres en la participación política.

Después deben hablar los grupos que presentan trabajo y contribución económica. Esto nos permitirá observar de qué manera, a pesar del nivel de educación alcanzado, la división del trabajo basada en el género excluye a las mujeres de la toma de decisiones económicas y políticas. Una vez finalizadas todas las presentaciones puede proponer algunos temas de discusión.



Paso 2: Discusión grupal

Qué incluir en la discusión

Rescate temas que hayan surgido en las presentaciones de los grupos para resaltar los siguientes puntos.

La brecha de género en educación

Entre 1970 y 1990 la brecha de género en la escolaridad en los países en desarrollo se ha reducido a la mitad. En los países en desarrollo en general, la escolaridad primaria y secundaria de las mujeres ha aumentado más rápido que en los varones. Las cifras más recientes del Informe de Desarrollo Humano 1999 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) muestra que la escolaridad primaria femenina representa el 94% de la masculina, y la escolaridad secundaria el 83%.

Las brechas en las matrículas escolares son menores que las de las tasas de alfabetización de los adultos. Esto indica una tendencia de cambio: en la generación de mayor edad hay menor proporción de mujeres que tenían acceso a la educación, mientras que en la generación más joven, la proporción de niñas matriculadas en las escuelas es relativamente más alta.

Sin embargo hay que reconocer que las mujeres aún se encuentran en una posición desventajosa en el área de la educación.

La brecha de género en la política

Las mujeres están casi completamente ausentes del campo de la política en el mundo. Si bien constituyen cerca de la mitad del electorado, ocupan solamente el 12% de los puestos parlamentarios en el mundo, y menos del 6% de los ministerios.

La participación de las mujeres en actividades comerciales y no comerciales

En muchas sociedades las mujeres contribuyen mucho más que los hombres al total del trabajo producido por la familia.

Aun en los lugares donde contribuyen en formas iguales a las actividades comerciales, la contribución de las mujeres a las actividades no comerciales es mucho mayor que la de los varones.

Muchas de las actividades que consumen el tiempo de las mujeres, como cocinar, cuidar a los niños y limpiar, no se consideran como trabajo porque no implican un ingreso. Por lo tanto, el tiempo de las mujeres es considerado de menor valor que el de los varones, quienes por lo general ganan dinero.

Cuando las mujeres participan en la generación de ingresos para la familia generalmente siguen teniendo las demás responsabilidades adicionales dentro del hogar.

Dé ejemplos de distintos escenarios utilizando las **filminas** con los cuadros que se incluyen a continuación. Aclare que, independientemente de la naturaleza de la economía –rural o urbana, tradicional o moderna, agraria o industrializada– las mujeres trabajan doble jornada, y ocupan una proporción significativa de su tiempo en actividades no comerciales.



Las mujeres y las niñas son el sostén de la familia en Kenia

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano 1995*. Nueva York, Oxford University Press, 1996:92, Cuadro 4.1.

En las zonas rurales de Kenia, las mujeres trabajan un promedio de 56 horas semanales, y los varones sólo alrededor de 42 horas. Los niños/as de ocho a dieciséis años también trabajan muchas horas. Si se considera el tiempo destinado a la educación, las niñas dedican aproximadamente 41 horas semanales a la actividad económica, y los niños 35 horas.

Las mujeres soportan la carga más pesada del trabajo doméstico, que incluye la recolección de leña y agua: 10 veces más horas que los hombres. Esto se traslada a las niñas, cuyo trabajo en el hogar ocupa 3,7 más horas que el de los niños.

En los hogares donde se realizan cultivos comerciales como el té o el café, las mujeres trabajan más que las de otras zonas rurales –62 horas semanales–. A medida que la agricultura de Kenia se torna más orientada a la exportación, las mujeres trabajan aún más.



Las mujeres realizan el 56% del trabajo en Venezuela

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano 1995*. Nueva York, Oxford University Press, 1996:92, Cuadro 4.2.

Según un estudio acerca del uso del tiempo en zonas urbanas realizado por el Banco Central de Venezuela, en ese país las mujeres constituyen una minoría dentro de la fuerza de trabajo, pero en total trabajan más horas que los varones. El tiempo se divide en cinco categorías: actividades generadoras de ingresos, actividades dentro del hogar, cuidado personal, estudio y tiempo libre.

Los hombres tienen una clara ventaja por sobre las mujeres en las actividades generadoras de ingresos: 6 horas por día en comparación con sólo 2,25 en las mujeres. Pero el tiempo que ocupan las mujeres en el trabajo doméstico es 11,5 veces más que el de los hombres. Sobre todo, la ventaja de los varones está en el 10% más de tiempo que dedican a las actividades sociales y al ocio.

En 1988, hombres y mujeres ocuparon 12.300 millones de horas en trabajo considerado de valor económico: los hombres 8.900 millones de horas, y las mujeres 3.400 millones. Pero si se cuentan todas las horas de trabajo, las mujeres contribuyen con 12.900 millones de horas y los varones con 9.700 millones. Por lo tanto, las mujeres realizan el 56% del trabajo en Venezuela.



Mayor trabajo remunerado no quiere decir que disminuya el trabajo no remunerado

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano 1995*. Nueva York, Oxford University Press, 1996:92, Cuadro 3.3.

En los países de la OCDE (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo), ha aumentado la contribución de los varones al trabajo no remunerado. Pero aun trabajando tiempo completo, una mujer realiza gran cantidad de trabajo no remunerado. Las mujeres que tienen un hijo dedican 3,3 más horas diarias al trabajo doméstico no remunerado. Las mujeres casadas que tienen empleos y tienen niños menores de quince años, soportan la carga de trabajo más pesada –aproximadamente once horas por día–.

Bangladesh experimentó uno de los mayores aumentos en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo –del 5% en 1965 al 42% en 1995–. Esto ha sido muy importante para el crecimiento de las exportaciones, siendo las mujeres las principales trabajadoras en la industria textil. Pero las mujeres aún ocupan muchas horas en el trabajo no remunerado. Una encuesta de varones y mujeres de zonas urbanas que trabajan en actividades informales de manufactura, muestra que las mujeres realizan 31 horas semanales de trabajo no remunerado –cocinando, cuidando a los niños, recolectando agua, comida y leña, y ocupan 56 horas en empleo remunerado–. Los hombres ocupan un promedio de 14 horas semanales en actividades no remuneradas, como realizar reparaciones en la casa, y 53 horas en trabajo remunerado. Por lo tanto, las mujeres que trabajan en el sector formal trabajan un promedio de 87 horas semanales, en comparación con las 67 horas semanales de los varones.

Las mujeres realizan una cantidad desproporcionada de actividades no comerciales

Éste es el punto más importante que debemos entender de la división del trabajo basada en el género –que es injusto que la participación de las mujeres sea desproporcionadamente mayor en las actividades no comerciales–. ¿Por qué esto marca una diferencia?

- Las mujeres que trabajan en actividades no comerciales no tienen ingresos en efectivo, lo cual significa una seria limitación especialmente en una economía de mercado donde los productos y servicios deben comprarse con dinero. Como resultado, las mujeres dependen de los varones para los recursos económicos y todos los demás recursos pagos.
- También existe una división del trabajo basada en el género en el mercado de trabajo, ya que algunos trabajos son considerados más apropiados para los varones y otros para las mujeres. Por ejemplo, las enfermeras y las maestras jardineras son usualmente mujeres, y los mineros son todos varones.
- Entre las mujeres que trabajan, muy pocas llegan a ocupar puestos jerárquicos de toma de decisiones. Esto puede atribuirse a una combinación de factores: menos mujeres pueden acceder a la educación superior y a la capacitación; y aun aquellas que acceden, pueden estar constreñidas por su rol reproductivo y sus responsabilidades en el trabajo doméstico. También puede existir un sesgo de género en la selección de personas para los puestos jerárquicos, en los que las mujeres no son

consideradas aptas por requerirse largas horas de trabajo o tener que viajar frecuentemente.

- Debido a que sólo el trabajo con valor de cambio es reconocido en términos económicos, el trabajo de las mujeres se torna invisible. Esto se evidencia en el PBI per cápita de las mujeres, que es mucho menor que el de los varones.

Puntos principales para cerrar la sesión

Gran parte del trabajo de las mujeres es invisible

La invisibilidad del trabajo de las mujeres conduce al diseño de políticas y programas para el desarrollo basados en el estereotipo del proveedor masculino y la mujer ama de casa. Por ejemplo, las actividades de generación de ingresos para mujeres complementan el ingreso familiar en lugar de aumentar las oportunidades de empleo para las mujeres.

Las mujeres tienen menor acceso al dinero y a los bienes productivos

Sin un ingreso en efectivo, el acceso al crédito es limitado; esto, a su vez, limita su capacidad para invertir en bienes productivos que generarán más ingresos. Usualmente las mujeres no son las dueñas de la propiedad, como por ejemplo una casa o un campo para cultivos, que se compran mediante la combinación de las contribuciones del trabajo de la mujer (dentro del hogar) y del varón (fuera del hogar).

- La división del trabajo basada en el género es más que eso –es un factor importante que subyace tras las desigualdades en el acceso a y control de los recursos–.

Las mujeres carecen de poder político y no están suficientemente representadas en los parlamentos

La falta de poder político de las mujeres contribuye a que persistan políticas que no tienen en cuenta la inequidad de género o que la consolidan. (Este tema se trata más detalladamente en el Módulo de Políticas.)

Si se comparan las diferencias de género en el nivel educativo con las diferencias de género en el acceso al poder económico y político, las brechas en la participación política y económica parecen ser mucho más resistentes al cambio. Sin embargo, queda claro que “el número limitado de mujeres educadas y capaces” ya no puede citarse como una de las principales barreras que dificultan la representación de las mujeres en la toma de decisiones políticas.

Los valores y las normas son el núcleo de la persistencia de las inequidades de género

Los valores y las normas sobre los roles femeninos y masculinos, el hecho de que las mujeres cuiden a los niños o que no existan guarderías infantiles adecuadas, y la falta de reconocimiento del rol económico de la mujer, constituyen el núcleo de la persistencia de las inequidades de género en el acceso al poder económico y político.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran y Jane Cottingham



Guía

1

Datos sobre mujeres, educación y política

Se le han entregado dos tablas. La primera presenta las tasas de alfabetización femenina, la razón de escolaridad femenina primaria y secundaria como porcentaje de las tasas masculinas en tres momentos –1970, 1990 y 1997– para distintas regiones del mundo. La segunda tabla presenta datos específicos de género sobre el número de puestos parlamentarios que están ocupados por mujeres como proporción del total para los años 1994 y 1999, y lo mismo para el nivel ministerial para el año 1994.

Paso 1: Tendencias en alfabetización y educación

- Resuma las tendencias observables de la reducción de las brechas de género en alfabetización, y en escolaridad primaria y secundaria en las diferentes regiones. (Por ejemplo: ¿En qué región se ha reducido más la brecha, y en qué región se ha reducido menos? ¿Cómo se compara el progreso en alfabetización con el progreso en educación primaria y secundaria?)
- En su opinión ¿cuáles son los factores subyacentes tras las brechas de género en la escolaridad primaria y secundaria? ¿Por qué las brechas son mayores en escolaridad secundaria en comparación con la escolaridad primaria? ¿Y en las tasas de alfabetización en comparación con la escolaridad primaria y secundaria?
- ¿Cuáles piensa usted que son las consecuencias para el status de las mujeres? ¿Y para el status de los varones?

Paso 2: Tendencias en la participación política

- Resuma las tendencias observables en las diferentes regiones en los dos años señalados.
- ¿Cuáles son los factores que subyacen tras el bajo nivel de participación política en las mujeres? ¿Cuáles son las consecuencias para las mujeres y para los varones?

Paso 3: Las diferencias entre educación y participación política

- ¿Cuáles son las principales diferencias entre el progreso que se ha hecho para achicar la brecha de género en educación en comparación con la participación política? ¿Por qué las tendencias en estos dos sectores son tan diferentes?

Tabla 1: Tendencias de las brechas de género en educación

	Alfabetización en mujeres adultas como porcentaje de la tasa masculina			Escolaridad primaria femenina como porcentaje de la tasa masculina			Escolaridad secundaria femenina como porcentaje de la tasa masculina		
	1970	1992	1997	1970	1992	1997	1970	1992	1997
Todos los países en desarrollo	n. d.*	73	79	79	88	94	68	78	83
Países menos desarrollados	n. d.	57	65	61	84	83	43	67	66
África Subsahariana	n. d.	66	75	72	85	85	60	72	76
Estados Árabes	38	61	66	63	92	91	47	77	85
Asia del Este (China inclusive)	n. d.	80	83	87	96	100	76	79	88

continúa

	Alfabetización en mujeres adultas como porcentaje de la tasa masculina			Escolaridad primaria femenina como porcentaje de la tasa masculina			Escolaridad secundaria femenina como porcentaje de la tasa masculina		
	1970	1992	1997	1970	1992	1997	1970	1992	1997
Sudeste Asiático y el Pacífico	72	90	91	90	97	99	74	95	95
Asia del Sur (incluye la India)	40	55	59	60	75	86	43	60	70
América latina y el Caribe	91	97	98	101	98	98	91	98	101
Países industrializados	n. d.	n. d.	100	n. d.	n. d.	100	n. d.	n. d.	100
Total mundial	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.

* n. d. = no disponible

Fuentes: Datos para 1970, 1990 y 1992: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1995. Nueva York, Oxford University Press, 1996:68, Tabla A2.6. Datos de 1997: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1999. Nueva York, Oxford University Press, 1999:232, Tabla 25.

Algunas definiciones

Alfabetización en mujeres adultas como porcentaje de la tasa masculina: el número de mujeres que saben leer y escribir por cada 100 hombres que saben leer y escribir.

Escolaridad primaria/secundaria femenina como porcentaje de la tasa masculina: el número de niñas en edad escolar primaria/secundaria (por lo general 6 a 10 años para escolaridad primaria y 11 a 14 años para escolaridad secundaria) que asiste a la escuela por cada 100 niños de edad escolar primaria/secundaria que asisten a la escuela.

Tabla 2: Tendencias en la participación política femenina

	Cargos parlamentarios ocupados por mujeres (como porcentaje del total)		Ministerios ocupados por mujeres (como porcentaje del total)
	1994	1999	1994
Todos los países en desarrollo	10	10	5
Países menos desarrollados	6	9	5
África Subsahariana	8	11	6
Estados Árabes	4	4	1
Asia del Este (incluye China)	19	5	6
Sudeste Asiático y el Pacífico	9	12	3
Asia del Sur (incluye la India)	5	6	3
América latina y el Caribe	10	15	8
Países industrializados	12	19	8
Total mundial	10	12	6

Fuentes: Datos para 1994: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1995. Nueva York, Oxford University Press, 1996:62, Tabla A 2.4. Datos para 1999: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1999. Nueva York, Oxford University Press, 1999:145, Tabla 3.

Algunas definiciones

Cargos parlamentarios como porcentaje del total: por cada 100 parlamentarios, el número que son mujeres.

Cargos en ministerios ocupados por mujeres como porcentaje del total: por cada 100 ministros, el número que son mujeres.



Guía

2 Datos sobre el valor económico de las actividades y el tiempo

Se le han entregado tres tablas. La primera presenta datos sobre el número de minutos de trabajo por día para mujeres y varones. La segunda es sobre el tiempo destinado a actividades de valor económico (que se utiliza para el cálculo del PBI). La tercera tabla muestra la representación femenina y masculina en puestos administrativos y gerenciales y el PBI per cápita.

Paso 1: **Las diferencias de género** Resuma las diferencias de género observables entre países y entre áreas urbanas y rurales (cuando disponga del dato) en:

- número de horas de trabajo
- utilización del tiempo
- representación en puestos jerárquicos de toma de decisiones.

En su opinión ¿cuáles son los factores que subyacen tras cada una de estas diferencias?

Paso 2: **Las consecuencias para las mujeres** ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de estas diferencias para la vida de las mujeres y de los varones?

Paso 3: **Las consecuencias del menor PBI per cápita de las mujeres** ¿Cuáles son algunas de las razones por las que el PBI per cápita de las mujeres es menor al de los varones en todos los países? ¿Cuáles cree usted que son las consecuencias para la el status de las mujeres y de los varones en la sociedad?

Tabla 1: Tiempo de trabajo en minutos por día

	Año	Mujeres	Varones	Mujeres como porcentaje de los varones
PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS				
Urbanos				
Colombia	1983	399	356	112
Indonesia	1992	398	366	109
Kenia	1986	590	572	103
Nepal	1978	579	554	105
Venezuela	1983	440	416	106
Rurales				
Bangladesh	1990	545	496	110
Guatemala	1977	678	579	117
Kenia	1988	676	500	135
Nepal:	1978	641	547	117
Tierras altas	1978	692	586	118

continúa

	Año	Mujeres	Varones	Mujeres como porcentaje de los varones
Montañas	1978	649	534	122
Colinas rurales	1978	583	520	112
Filipinas	1975/77	546	452	121
Nacional				
Corea, República de	1990	488	480	102
PAÍSES INDUSTRIALIZADOS SELECCIONADOS				
Nacional				
Australia	1992	443	443	100
Austria	1992	438	393	111
Canadá	1992	429	430	100
Dinamarca	1987	449	458	98
Finlandia	1987/88	430	410	105
Francia	1985/86	429	388	111
Alemania	1991/92	440	441	100
Israel	1991/92	375	377	99
Italia	1988/89	470	367	128
Holanda	1987	377	345	109
Noruega	1990/91	445	412	108
Reino Unido	1985	413	411	100
Estados Unidos	1985	453	428	106

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1999. Nueva York, Oxford University Press, 1999:237, Tabla 27.

Algunas definiciones (Tabla 1)

Tiempo de trabajo: tiempo ocupado en realizar todo tipo de trabajo, dentro y fuera del hogar, remunerado y no remunerado.

Tiempo de trabajo femenino como porcentaje del masculino: por cada 100 minutos de trabajo de los varones, el número de minutos trabajados por las mujeres.

Tabla 2: Porcentaje del tiempo total de trabajo en actividades comerciales y no comerciales

	Año	Porcentaje del total del tiempo de trabajo ocupado en actividades comerciales		Porcentaje del total del tiempo de trabajo ocupado en actividades no comerciales	
		Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS					
Urbanos					
Colombia	1983	24	77	76	23
Indonesia	1992	35	86	65	14
Kenia	1986	41	79	59	21
Nepal	1978	25	67	75	33
Venezuela	1983	30	87	70	13
Rurales					
Bangladesh	1990	35	70	65	30
Guatemala	1977	37	84	63	16
Kenia	1988	42	76	58	24
Nepal:	1978	46	67	54	33
Tierras altas	1978	52	66	48	34
Montañas	1978	48	65	52	35
Colinas rurales	1978	37	70	63	30
Filipinas	1975/77	29	84	71	16
Nacional					
Corea, República de	1990	34	56	66	44
PAÍSES INDUSTRIALIZADOS SELECCIONADOS					
Australia	1992	28	61	72	39
Austria	1992	31	71	69	29
Canadá	1992	39	65	61	35
Dinamarca	1987	58	79	42	21
Finlandia	1987/88	39	64	61	36
Francia	1985/86	30	62	70	38
Alemania	1991/92	30	61	70	39
Israel	1991/92	29	74	71	26
Italia	1988/89	22	77	78	23
Holanda	1987	19	52	81	48
Noruega	1990/91	38	64	62	36
Reino Unido	1985	37	68	63	32
Estados Unidos	1985	37	63	63	37

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano* 1999. Nueva York, Oxford University Press, 1999:237, Tabla 27.

Algunas definiciones (Tabla 2)

Actividades comerciales: las actividades comerciales se definen como actividades que conducen a la producción de productos y servicios para la venta, así como también la producción dentro del hogar para ser consumida allí. Sin embargo, al medir la producción económica, la producción de servicios para la consumición del hogar –cocinar, recolectar agua y combustible, cuidar a los niños, atender a los ancianos y a los enfermos– no es considerada una actividad comercial.

Porcentaje de tiempo total de trabajo ocupado en actividades comerciales y no comerciales: de 100 minutos de tiempo total de trabajo de una persona, el número de minutos ocupados en actividades comerciales y no comerciales.

Tabla 3: Participación de las mujeres en la toma de decisiones económicas y PBI per cápita de las mujeres expresado en PPP \$, 1997, países seleccionados

	Mujeres administradoras y gerentas como porcentaje del total	PBI per cápita femenino como porcentaje del PBI per cápita masculino expresado en PPP\$
PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS		
Bangladesh	4,9	58,11
Colombia	38,8	52,82
Guatemala	32,4	29,54
Indonesia	6,6	50,99
Kenia	n. d.*	74,16
Corea, República de	4,2	44,84
Nepal	n. d.	54,15
Filipinas	34,8	55,62
Venezuela	22,9	39,54
PAÍSES INDUSTRIALIZADOS SELECCIONADOS		
Australia	43,3	69,02
Austria	21,8	46,47
Canadá	42,2	62,05
Dinamarca	20,0	71,13
Finlandia	26,6	58,95
Francia	9,4	63,30
Alemania	26,6	64,63
Israel	19,2	51,60
Italia	53,8	44,47
Holanda	16,8	51,95
Noruega	30,6	74,29
Reino Unido	33,0	60,72
Estados Unidos	44,3	67,96

* n. d. = no disponible

Fuentes: Female administrators as a percentage of total: UNDP. *Human Development Report 1999*. Nueva York, Oxford University Press, 1999:142, Tabla 3. Female GDP as a percentage of male GDP per capita in PPP \$: UNDP. *Human Development Report 1999*. Nueva York, Oxford University Press, 1999:139, Tabla 2.

Algunas definiciones (Tabla 3)

PBI o producto bruto interno: La producción total de bienes y servicios de una economía realizada tanto por residentes como por no residentes, y considerada independientemente de la nacionalidad de la persona física o societaria que los produce. Se excluyen las deducciones por depreciación del capital físico y las correspondientes al agotamiento y deterioro de los recursos naturales. Las actividades no comerciales –que incluyen cocinar, procesar los alimentos para consumo propia, recolectar agua y combustible, cuidar a los niños, y atender a los ancianos y a los enfermos– no se incluyen como servicios en el cálculo del PBI.

PPP \$ o Purchasing Power Parity dollar (poder adquisitivo en paridad con el dólar): El número de unidades de la moneda de un país que se necesitan para comprar la misma canasta representativa de productos y servicios (o una similar) que se pueden comprar con un dólar en los Estados Unidos. Cuando se usa el PPP \$ para medir el PBI de un país, no se aplica la cotización del cambio del dólar aplicable al mercado, sino un valor de cambio que mide cuánto se necesita de la moneda de un país para comprar los mismos productos y servicios con un dólar en los Estados Unidos. Esto posibilita la comparación del PBI entre países.

Mujeres administradoras y gerentas como porcentaje del total: de 100 administradores y gerentes, el número que son mujeres.

PBI femenino como porcentaje del masculino en PPP \$: el número de dólares contribuidos al PBI por la población femenina de un país por cada 100 PPP \$ contribuidos por la población masculina.

SESIÓN 4

Transversalizando la equidad de género en las instituciones

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán el concepto de transversalización de la perspectiva de género
- tomarán conciencia de los pasos y cambios necesarios para lograr la equidad de género dentro de sus organizaciones.



1 hora y 30 minutos

Materiales

- Apuntes para el/la facilitador/a: "Transversalizando la perspectiva de género en las organizaciones"
- Guía 1: "Preguntas para guiar el análisis de género en su organización"
- Guía 2: "Ideas de acciones para transversalizar la equidad de género en su organización".
- filmina: puntos principales de la Parte 1 de los apuntes para el/la facilitador/a
- filmina: "Dos aspectos importantes de la transversalización de la equidad de género", en la pág. 71
- filmina: "¿Cuánta sensibilidad de género tienen los programas de una organización?", en la pág. 72
- filmina: Guía 2
- filminas en blanco

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Hadjipateras A. Putting gender policy into practice: lessons from ACORD. *Bridge, Issue 5: approaches to institutionalising gender*. Disponible online en: www.ids.ac.uk/bridge/dgb5.htm (Fecha de acceso: 2000).
2. Swedish International Development Cooperation Agency. *Handbook for mainstreaming a gender perspective in the health sector*. Estocolmo, Department for Democracy and Social Development, Health Division, Swedish International Development Cooperation Agency, 1997.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 2.

Lecturas sugeridas en español

Young K. Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres. En: Guzmán V.; Portocarrero P. y Vargas V. (comps.), *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima, Flora Tristán, 1991.

Cómo conducir la sesión

Extraído de: AIDOS and the Women's Health Project. *Reproductive health for all: taking account of the power dynamics between men and women*. Johannesburg, University of the Witwatersrand, 2000.

Ésta es una sesión de aporte de información sobre el concepto de transversalización de la perspectiva de género, y sobre las acciones que puede realizar una organización para transversalizar la equidad de género dentro de sus estructuras y programas.



1 hr
30 mins

Actividad 1: Explorando la transversalización de la perspectiva de género



30 mins

Paso 1: Su presentación y la discusión grupal

Comience con una introducción diciendo que las sesiones previas mostraron cómo la inequidad de género está inserta dentro de las normas, valores, reglas y sistemas de la sociedad. Por esta razón, también es probable que esté inserta dentro de nuestras organizaciones e instituciones.

Luego pregunte a los/las participantes dónde y en qué contexto han escuchado el término “transversalización de la perspectiva de género”, y qué es lo que entienden por ese término.



Luego de escuchar varias respuestas, muestre las **filminas** que contienen los puntos principales señalados en la Parte 1 de los “Apuntes para el/la facilitador/a”. Éstas incluyen:

- definir el concepto de transversalización de la perspectiva de género
- dos aspectos de la estrategia de transversalización de la perspectiva de género
- la transversalización de la perspectiva de género en relación con los programas específicos para mujeres: ¿uno excluye al otro?

Aclare que la transversalización de la perspectiva de género es un proceso. Luego de hablar de los dos aspectos de la estrategia de transversalización de la perspectiva de género, muestre la **filmina** siguiente, o distribúyala, para que los/las participantes la lean en pocos minutos:



Dos aspectos importantes de la transversalización de la equidad de género

La transversalización es una estrategia para la equidad de género que requiere:

- distribuir los recursos, oportunidades y beneficios del proceso de transversalización equitativamente entre ambos sexos,
- incluir los intereses, las necesidades, experiencias y visiones tanto de las mujeres como de los varones en la definición de los abordajes, las políticas y los programas y en la determinación de la agenda general.

Una iniciativa de transversalización de la perspectiva de género no excluye iniciativas específicas para mujeres. Esas iniciativas positivas son necesarias y complementarias de una estrategia de transversalización.



15 mins



Paso 2:
Examinando la sensibilidad de género de los programas de las organizaciones

Una vez completada la presentación del resto de las filminas de la Parte 1 de los apuntes del/de la facilitador/a, pida a los/las participantes que analicen si los programas y las actividades de sus organizaciones han tenido en cuenta los temas de género y si ponen atención en el abordaje de las inequidades de género. Ayúdelos a reflexionar sobre las realidades de sus lugares de trabajo en relación con los dos aspectos de la transversalización de la perspectiva de género.

Filmina. ¿Cómo puede una organización garantizar la transversalización de la perspectiva de género en el contenido de sus programas e intervenciones? Esta lista de preguntas ofrece una herramienta para examinar el contenido de un programa y evaluar su sensibilidad de género.

¿Cuánta sensibilidad de género tienen los programas de una organización?

- ¿Son los diferentes roles y responsabilidades de las mujeres y los varones, y su diferente acceso a y control sobre los recursos tomados en cuenta en el diseño y la planificación de los programas? ¿Y las diferencias en el acceso al poder y a la toma de decisiones?
- ¿Intenta el diseño y la estrategia de implementación del programa cuestionar las relaciones sociales y de género existentes?
- ¿Se han considerado los diferentes impactos posibles de este programa sobre los varones y las mujeres (y sobre distintos grupos de varones y mujeres)?
- ¿Se ha asegurado que ninguna parte de la intervención contribuirá a empeorar la situación de las mujeres (o de las mujeres más pobres en relación con las mujeres más ricas)?
- ¿Se han identificado e incluido indicadores de género específicos dentro del sistema de monitoreo del rendimiento del programa?

Pida a los/las participantes que den ejemplos de programas que hayan considerado estos temas y programas que no lo hayan hecho. Algunos ejemplos de diseño de programas de salud en los que no se tuvieron en cuenta los roles de género o en los que se reforzaron los roles tradicionales incluyen: no programar los servicios en horarios convenientes para las mujeres; tratar a las mujeres como las únicas responsables del cuidado de los niños/as y por lo tanto dirigir exclusivamente a ellas todos los mensajes sobre salud infantil; suponer que el tiempo de las mujeres se puede derrochar y pedirles que presten su tiempo de manera voluntaria.

Los/las participantes se preguntarán cómo los programas de salud pueden ayudar a cuestionar las normas de género social y culturalmente construidas. Algunas formas en que los/las proveedores/as de la salud pueden tratar de hacer esto pueden ser: no requerir el consentimiento del cónyuge antes de proveer servicios de anticoncepción a las mujeres, y hacer que los hombres participen acompañando a las mujeres en las charlas sobre salud infantil, salud materna y anticoncepción.

Ayude a los/las participantes a pensar ejemplos de diseños de programas que puedan empeorar la posición de las mujeres en relación con los hombres, o de las mujeres más pobres en relación con las mujeres que tienen un mejor pasar. Hágalos pensar las maneras de prevenir que esto suceda.



15 mins

Paso 3:
**Transversalizando
la perspectiva de
género en la
estructura y el
funcionamiento
de una
organización**

Proceda al segundo aspecto de la transversalización de la perspectiva de género: transversalizando la perspectiva de género en la estructura y el funcionamiento de una organización. Explique que, a menudo, cuando una organización intenta transversalizar la equidad de género en sus programas, puede encontrarse con obstáculos y barreras dentro de su propia estructura. Las estructuras y los procesos de toma de decisiones y la distribución del poder y la autoridad dentro de las organizaciones deberán cambiar para posibilitar que los programas con sensibilidad de género sean apoyados y reciban los recursos adecuados.



Distribuya la Guía 1 y muestre la **filmina** que preparó.

Pida a los/las participantes que se ofrezcan como voluntarios/as para responder estas preguntas de modo de ilustrar su uso. Algunos querrán realizar un análisis de género de sus organizaciones cuando regresen a sus trabajos usando las preguntas de la Guía 1. Puede resultar útil discutir el mejor modo de hacerlo: en forma individual o mediante equipos especialmente constituidos, u organizando un taller especial con los colegas interesados y/o los tomadores de decisiones.



30 mins

Paso 4:
Acción y barreras

Distribuya a los/las participantes la Guía 2. Pídales que la lean en cinco minutos y que piensen qué sería necesario hacer para transversalizar la equidad de género en sus organizaciones.



Luego aporte ideas y acciones que pueden realizar los/las participantes para transversalizar la equidad de género en la estructura y en los programas de sus organizaciones. Escríbalas en **filminas** o papelógrafo. Podrá agregar los puntos señalados en la Parte 2 de los apuntes.

Discuta cuestiones como las barreras potenciales para la transversalización de la equidad de género en organizaciones, y mencione ejemplos de algunas intervenciones exitosas.

Puntos principales para cerrar la sesión

La inequidad de género está inserta en las instituciones sociales

La inequidad de género está inserta en muchas instituciones de la sociedad. Esto es el resultado de dos factores. En primer lugar, la mayoría de las instituciones están controladas por hombres, generalmente por un grupo particular de hombres (ricos, educados, los que heredan el liderazgo, etc.). Con el tiempo, los objetivos, estilos de gerenciamiento y relaciones interpersonales de la institución se van consolidando. Más allá de que las mujeres estén o no en puestos de liderazgo, la forma de manejo ya se ha establecido.

Las instituciones sociales son un espejo de la sociedad

En segundo lugar, las instituciones son representaciones microcósmicas de la sociedad en la que están ubicadas, y reflejan las normas de género (y otras) inherentes. Si la sociedad no valora el aporte de las mujeres, es probable que las instituciones sociales tampoco lo hagan. Si la sociedad no les permite a las mujeres acceder a la toma de decisiones, las instituciones

sociales tampoco lo harán. De igual forma, si la sociedad no valora la salud de las mujeres, es improbable que las instituciones de salud lo hagan.

El rol de las instituciones de salud en el reforzamiento de las inequidades de género

Es importante analizar si las instituciones refuerzan las inequidades de género mediante la acción u omisión, y cómo lo hacen. Una vez realizado el análisis de género de cualquier institución de salud será posible planear acciones para transversalizar la equidad de género. El análisis debe incluir las barreras que obstruyen la transversalización y un compromiso para formar alianzas. (Cuando hablamos de instituciones de salud nos referimos a todas las instituciones relacionadas con la planificación, implementación y evaluación de servicios de salud, con la capacitación del personal de salud, etc.)

Sesión desarrollada por Barbara Klugman



Apuntes
para el/la
facilitador/a:

Transversalizando la perspectiva de género en las organizaciones

Sesión

4

Transversalizando la equidad de género en las instituciones

MÓDULO

1

GÉNERO

Parte 1. Conceptos y definiciones

¿Qué quiere decir transversalización de la perspectiva de género?

El término “transversalización de la perspectiva de género” se refiere a las estrategias y los procesos que pueden cambiar las formas en que operan las instituciones en relación con el poder y los privilegios asociados a lo que hacen los hombres y las mujeres o lo que se hace para ellos/as. Usamos la palabra “transversalización” para indicar que las cuestiones de inequidad de género deben tratarse en cada uno de los aspectos de la estructura de la organización y los programas, y no como una actividad adicional aislada. En otras palabras, la inequidad de género debe ser tratada transversalmente en la organización y en los programas. La frase completa debería ser: “transversalización de la perspectiva de género en las estructuras institucionales y en los programas”.

Las actividades que incorporan el género por lo general aparecen tardíamente

La necesidad de transversalizar la perspectiva de género es una reacción a lo que frecuentemente ocurre en las organizaciones. En general, éstas han continuado con sus actividades usuales, e incorporan la cuestión del género agregando algunas actividades adicionales dirigidas a las mujeres. En el abordaje de la transversalización de la perspectiva de género, la institución debe considerar en qué formas los siguientes aspectos de una organización pueden tener un impacto negativo para las mujeres, excluirlas o no promover la equidad de género:

- objetivos generales
- reglas para el funcionamiento de la organización
- toda la escala de programas y políticas
- asignación de recursos
- estructuras organizacionales, descripción de las tareas y selección del personal
- sistemas de supervisión y evaluación.

Dos aspectos importantes de la transversalización de la perspectiva de género

En la *Plataforma de Acción* de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, se hace hincapié en dos aspectos de una estrategia de transversalización de la perspectiva de género. Éstos se incluyen en la Guía 1.

- En primer lugar, para el contenido de los programas de desarrollo, la transversalización de la perspectiva de género requiere que los recursos, oportunidades y beneficios del proceso de desarrollo se distribuyan equitativamente (entre varones y mujeres). Esto requiere la integración de las cuestiones de equidad en el análisis y la formulación de políticas, programas y proyectos, para asegurar que éstos tengan un impacto positivo en las mujeres y reducir las inequidades de género. (Este aspecto de la transversalización de la perspectiva de género será tratado con mayor detalle en el contexto de las políticas y los programas de salud en el quinto y el sexto módulo.)

- En segundo lugar, respecto del funcionamiento de una institución u organización, el proceso debe asegurar que los intereses, las necesidades, las experiencias y las visiones de las mujeres contribuyan a definir los abordajes, políticas y programas y a determinar el desarrollo general de la agenda. Esto significa que se deben idear las estrategias y los mecanismos institucionales que permitan que las mujeres formulen y expresen sus puntos de vista y participen en todos los niveles de la toma de decisiones.

¿La transversalización de la perspectiva de género implica que deberían existir programas dirigidos exclusivamente a las mujeres?

No. Dada la profundidad de la inequidad que enfrentan las mujeres, a veces es necesario que, al menos por un tiempo, existan programas dirigidos específicamente a ellas para asegurar un campo de juego parejo para las mujeres y los varones. Por ejemplo, pueden ser necesarios programas educativos, de capacitación, o de salud específicos para mujeres para superar el impacto negativo de las inequidades de género. Las iniciativas específicas para mujeres son un complemento de las iniciativas de transversalización de la perspectiva de género.

Parte 2. Ideas de acciones para transversalizar la equidad de género dentro de una organización

¿Cómo puede hacer una organización para transversalizar la equidad de género tanto en su estructura como en sus programas y actividades? Esto puede requerir diversas acciones, entre ellas:

- **Un análisis de género formal:** para identificar todos los procesos que se deben abordar.
- **El desarrollo de una política para la transversalización de la equidad de género dentro de la institución:** especificar los objetivos de la política, qué actividades se realizarán en particular para abordar los intereses de género estratégicos del personal y de la población objetivo, en qué momento, quién será responsable, que recursos serán destinados, y cómo se verificará la implementación de la política.
- **Procesos de educación del personal:** para fortalecer la comprensión del personal acerca de que las inequidades de género pueden generar violaciones de los derechos humanos de las mujeres, e impactan negativamente no en el personal femenino sino en la organización y su trabajo en general.
- **Asegurarse de que el personal femenino no cargue con toda la responsabilidad institucional de la transversalización de la perspectiva de género:** o que no sea sólo el personal de menor rango, sino que sea personal de todos los niveles, varones y mujeres por igual.
- **Efectuar cambios en políticas específicas:** procedimientos de selección de personal que puedan discriminar a las mujeres casadas o solteras; políticas que no permitan licencia por maternidad para las mujeres o por paternidad para los hombres; políticas de otorgamiento de ascensos que supongan que las mujeres no son capaces de manejar ciertos tipos de trabajos o desafíos (por ejemplo, aquellos que requieren viajar frecuentemente).
- **Transversalizar la equidad y la igualdad de género en la descripción y asignación de las tareas y en los sistemas de evaluación de rendimiento:** de manera que no existan estereotipos de género.
- **Desarrollar indicadores específicos de género:** para monitorear todos los programas y el funcionamiento de la organización.

- **Hacer cumplir las políticas existentes:** por ejemplo las políticas acerca del acoso sexual en el trabajo.
- **Cambiar algunos procedimientos/prácticas según sea apropiado:** por ejemplo los horarios de las reuniones; la expectativa de que el personal trabaje horas extra. Esto no sólo dificulta la participación de las mujeres sino que puede contribuir a que se las considere menos comprometidas con el trabajo que los varones. Esas prácticas también imposibilitan que los varones compartan las responsabilidades cuando deseen hacerlo. Un ejemplo de discriminación positiva (acción afirmativa) sería incluir, de manera intencional, mujeres en las comisiones encargadas de realizar las entrevistas de selección de personal y en las comisiones de evaluación, aunque no ocupen posiciones de liderazgo.
- **Establecer una comisión para manejar la totalidad del proceso:** que incluya a todos los jefes/as de departamento y el/la directora general de la organización.
- **Destinar recursos para apoyar la totalidad del proceso.**



Guía

1 Preguntas para guiar el análisis de género en su organización

- Identifique los diferentes cargos en el organigrama de su organización. ¿Cuáles están ocupados por hombres? ¿Cuáles están ocupados por mujeres?
- ¿Cuál es la representación proporcional de las mujeres en los cargos de toma de decisiones?
- ¿Cuáles son las reglas y los sistemas para los procesos de toma de decisiones? ¿Son verticales o participativos?
- ¿Existen oportunidades para que el personal no gerencial pueda tomar iniciativas y contribuir en las decisiones clave?
- ¿Quiénes tienen acceso a los recursos de la organización: como por ejemplo transporte, computadoras, teléfonos, contactos con líderes políticos y figuras sociales clave, contactos con los medios de comunicación?
- ¿Quién toma la decisión acerca de quiénes tienen acceso a los recursos?
- ¿La organización tiene mecanismos para fomentar la participación de las mujeres en todos los niveles?
- ¿Existen estrategias para aumentar la participación de las mujeres en los niveles de toma de decisiones?
- ¿La organización tiene mecanismos tendientes a mejorar las habilidades del personal para que los varones y las mujeres realicen un análisis de género a nivel institucional y a nivel de las políticas y los programas? ¿Esta capacidad se recompensa formalmente?
- ¿La organización tiene personal capaz de diseñar y desarrollar programas que apoyan la equidad de género?
- ¿Se transversalizan las responsabilidades relacionadas con el género en la descripción de las tareas del personal? ¿Tiene sensibilidad de género el sistema de evaluación del desempeño del personal?



Guía

2 Ideas de acciones para transversalizar la equidad de género en su organización

Los siguientes puntos del documento de “Beijing +5” [1] y del Programa de Acción de la CIPD [2] pueden resultar útiles para decidir las acciones que se pueden realizar para transversalizar la equidad de género dentro de su organización.

“La voluntad política y el compromiso a todos los niveles son cruciales para incorporar la perspectiva de género al aprobar y aplicar políticas generales y prácticas en todas las esferas. Los compromisos en materia de política son fundamentales para seguir desarrollando un marco que garantice la igualdad de acceso de la mujer a los recursos económicos y financieros, la capacitación, los servicios y las instituciones, su control sobre ellos y su participación en la adopción de decisiones y la gestión. Los procesos de formulación de políticas exigen la colaboración de mujeres y hombres a todos los niveles. Los hombres y los niños también deben participar activamente en todas las actividades encaminadas a conseguir los objetivos y la aplicación de la Plataforma de Acción, y ser alentados a ello.” [1:58]

“El apoyo prestado a los programas con el fin de aumentar las oportunidades, posibilidades y actividades de la mujer ha de centrarse en dos aspectos: por una parte, los programas encaminados a satisfacer las necesidades básicas y específicas de la mujer en materia de creación de capacidad, desarrollo de aptitudes de organización y potenciación de su papel; y, por otra, la incorporación de una perspectiva de género en todas las actividades de formulación y ejecución de programas. Es especialmente importante abarcar nuevas esferas de programación para promover la igualdad entre los géneros en respuesta a los problemas existentes.” [1:62]

“Preparar y utilizar marcos, directrices y otros instrumentos e indicadores prácticos para acelerar la incorporación de las cuestiones de género, con la inclusión de investigaciones, instrumentos analíticos y metodologías, educación, estudios de caso, estadísticas e información en que se tengan en cuenta las cuestiones de género.” [1:80]

“Promover y proteger los derechos de las trabajadoras y adoptar medidas para eliminar las barreras estructurales y jurídicas y los estereotipos existentes en relación con la igualdad entre los géneros en el mundo laboral, ocupándose, entre otras cosas, de los prejuicios basados en el género en la contratación; las condiciones de trabajo; la segregación y el hostigamiento en el trabajo; la discriminación en las prestaciones de protección social; la salud y la seguridad de la mujer en el trabajo; la desigualdad de oportunidades profesionales y la desigualdad en la división de las responsabilidades familiares entre mujeres y hombres;” [1:82a]

“Se insta a gobiernos y a empleadores a que eliminen la discriminación por motivos de sexo en materia de contratación, salarios, prestaciones, capacitación y seguridad en el empleo con miras a eliminar las disparidades de ingresos entre uno y otro sexo.” [2:4.7]

“Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales deberían velar porque sus políticas y prácticas de personal se ajusten al principio de representación equitativa de ambos sexos, especialmente en los niveles de gestión y formulación de políticas... [2:4.8]”

Referencias

- [1] Naciones Unidas. Informe del comité especial plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Suplemento 3 (A/S-23/10 Rev1). Disponible online en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/as2310rev1.pdf>
- [2] Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción* de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994. Nueva York, Naciones Unidas, 1996.

SESIÓN 5

Relacionando género y salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



Los/las participantes aprenderán a aplicar las herramientas del análisis de género a condiciones de salud específicas, y comprenderán cómo el género impacta sobre el estado de salud.

1 hora y 40 minutos

Materiales

- Guía: “Sexo, género y tuberculosis”
- filmina: “Los vínculos entre género y salud”, en la pág. 82

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *El estado de la población mundial 2000*. Nueva York, FNUAP, 2000.
2. World Health Organization. *Gender and health*. Documento técnico. Ginebra, OMS, 1998.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 2.

Lecturas sugeridas en español

Szasz I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman M. y Castro R. (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Ciudad de México, Edamex, 1999.

Figueroa Perea J. G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Supl. 1). Río de Janeiro, 1998.

Cómo conducir la sesión

Hay tres actividades. La primera es su aporte sobre los vínculos entre género y salud. En la segunda actividad, los/las participantes trabajan en pequeños grupos para examinar el impacto del género sobre la salud, utilizando el caso de una condición de salud específica común a mujeres y varones. Esto es seguido por el informe de cada grupo y una discusión general.



20 mins

Actividad 1: Los vínculos entre género y salud



Presente la sesión con un breve aporte suyo, usando la **filmina** que se incluye a continuación.

Los vínculos entre género y salud

- Las mujeres y los varones se diferencian en relación con los espacios físicos que ocupan, las tareas y actividades que desarrollan y las personas con las que interactúan.
- En casi todas las culturas y escenarios del mundo, y en los distintos grupos sociales, las mujeres tienen menor acceso a y control de los recursos que la mayoría de los varones, y se les niega el acceso igualitario a la educación y la capacitación. Sin embargo, lo que significa ser mujer o ser varón varía en las diferentes culturas, razas y clases sociales. Es importante desentrañar los conceptos "mujeres" y "hombres" y ser claros con respecto a qué grupos de mujeres y varones nos estamos refiriendo.
- Las diferencias de género en el acceso a y control de los recursos, en el poder y en la toma de decisiones, y en los roles y responsabilidades, tienen implicancias para el status de las mujeres y los varones. Éstas tienen por resultado: diferente riesgo y vulnerabilidad a infecciones y enfermedades; diferentes percepciones de las necesidades de salud y de las formas apropiadas de tratamiento; diferente acceso a los servicios de salud; diferentes consecuencias o resultados de una enfermedad; y diferentes consecuencias sociales como producto de los problemas de salud.
- El género puede afectar el estado de salud de la siguiente manera:
 - exposición, riesgo o vulnerabilidad
 - naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud
 - maneras en que se perciben los síntomas
 - conductas de búsqueda de atención de la salud
 - acceso a los servicios de salud
 - habilidad para seguir un tratamiento indicado
 - consecuencias para la salud y sociales a largo plazo.

Pida a los/las participantes que piensen ejemplos sobre cómo el género afecta cada uno de los aspectos indicados en la filmina.



30 mins

Actividad 2: Sexo, género y tuberculosis



10 mins

Paso 1: Lectura individual

Divida al grupo en cuatro o cinco grupos pequeños. Entregue a cada participante una copia de la guía para que la lea individualmente. En ella se consideran cuestiones de género relacionadas con la tuberculosis. Puede utilizar otro ejemplo de una condición de salud que sea común a ambos sexos pero que los afecte de manera diferente.



20 mins

Paso 2: Discusiones grupales

Luego cada pequeño grupo discute las preguntas y una persona escribe las respuestas para informarlas al plenario.



50 mins

Actividad 3: Reporte al plenario y discusión



30 mins

Paso 1: Reporte al plenario

Cada grupo reporta al plenario (seis o siete minutos por grupo). Deje las preguntas para cuando todos los grupos hayan hecho su presentación. Anote las preguntas o temas sustanciales que surjan y retómelos durante la discusión plenaria en el Paso 2.



20 mins

Paso 2: Discusión

Coordine la discusión de todo el grupo y dé por terminada la actividad, resaltando los puntos principales.

Qué incluir en la discusión

Mantenga el foco en el género

Probablemente varias preguntas sean sobre la condición de salud específica a la que se hace referencia en la guía. Evite entrar en detalles y mantenga el foco en el género.

Examine las evidencias

Lea cada una de las preguntas para la discusión y resuma de qué manera el sexo y el género cumplen un rol en cada una. Por ejemplo: ¿qué nos dice la evidencia sobre la vulnerabilidad de las mujeres y los varones a la tuberculosis? Que la tuberculosis es más frecuente entre los varones, especialmente en los adultos. Sin embargo, esto no significa que las mujeres sean menos vulnerables. Las pruebas de diagnóstico utilizadas y la naturaleza de los datos de prevalencia pueden dar por resultado un subregistro de casos femeninos. La evidencia no es convincente.

Comportamientos de búsqueda de atención en salud

¿Podemos esperar que existan diferencias en los comportamientos de búsqueda de atención en salud entre varones y mujeres? ¿Por qué? ¿Qué papel tiene el género en esto?

Retomando la Sesión 2: ¿Cuál es el impacto diferente que tienen las cuestiones de género sobre la salud de las mujeres y los varones?

Ahora puede resultar útil volver a mirar los conceptos presentados en la Sesión 2: división del trabajo basada en el género, roles y normas de género, acceso a y control de los recursos y el poder. Repase cada uno de estos conceptos y pregunte si pueden afectar de maneras diferentes la salud de los varones y las mujeres. Puede empezar la discusión con la tuberculosis, pero éste es el momento para ampliar la discusión a un nivel más general y considerar de qué manera las diferencias en la salud

de varones y mujeres no son meramente el resultado de sus diferencias biológicas sino también de las diferencias de género socialmente construidas.

Por ejemplo, las mujeres pobres que cocinan con fuego a leña tienen mayor riesgo de tener problemas respiratorios debido a que la división del trabajo basada en el género define la cocina como una responsabilidad femenina. Los trabajos de los varones implican conducir vehículos durante largas distancias sin dormir, lo cual los hace más vulnerables a los accidentes de tránsito. El acceso limitado de las mujeres a la información puede significar que no reconozcan los síntomas de una infección o un problema de salud. Debido a su doble jornada de trabajo, las mujeres a menudo carecen de tiempo para buscar atención oportuna para sus problemas de salud. Por otro lado, el trabajo de los varones los mantiene todo el día fuera de sus casas y les dificulta tomarse el tiempo para hacer una consulta médica.

Puntos principales para cerrar la sesión

Los factores de género y las diferencias biológicas tienen impactos distintos en la salud de los varones y las mujeres

Los factores de género interactúan con las diferencias biológicas entre varones y mujeres y afectan su estado de salud.

Las mujeres y los varones pueden estar expuestos a distintos riesgos de contraer un problema de salud debido a la división del trabajo basada en el género, o a los roles y normas de género.

Los varones y las mujeres también pueden tener diferentes percepciones de lo que representa un problema de salud y lo que se debe hacer al respecto.

Acceso a los recursos

A menudo las mujeres tienen un acceso más limitado que los varones a los recursos necesarios para tener una buena salud.

Aun cuando tienen un acceso adecuado, las mujeres pueden carecer de autoridad para tomar decisiones. Esto contribuye a que no puedan mejorar su salud y que sean incapaces de tratar adecuadamente sus problemas de salud.

El sector salud sostiene las normas y las reglas de género de la sociedad

El sector salud es un espejo de la sociedad respecto de sus expectativas acerca de las mujeres y los varones. Por ejemplo, los mensajes de educación para la salud están dirigidos en su mayor parte a las mujeres, ya que se considera que son las responsables de la salud de la familia. Se supone que las mujeres deben aceptar la autoridad y no cuestionar la visión y las decisiones de los/las proveedores/as de la salud. En muchos ámbitos, el sector salud da por supuesto que todos los varones y las mujeres son heterosexuales, casados y monógamos, y cualquier persona que no se ajusta a este patrón es vista con desaprobación. En otras palabras, el sector salud es otra institución social que sostiene las normas y los roles de género.

Es necesario realizar el análisis de género de las instituciones de salud

Un análisis de género de las instituciones de salud es necesario no sólo para identificar acciones para transversalizar la equidad de género dentro de una institución, sino que es también una condición necesaria para eliminar las inequidades de género que resultan de los programas de salud.

Sesión desarrollada por Makhosazana Xaba y TK Sundari Ravindran



Guía

1

Sexo, género y tuberculosis

Lea cuidadosamente el siguiente texto y luego discuta con los miembros de su grupo las preguntas que se incluyen más adelante.

Extraído de: Organización Mundial de la Salud. *Gender and Tuberculosis. An information sheet*. Ginebra, OMS, 2001.

Género y tuberculosis

Globalmente, se estima que 8,4 millones de personas contraen tuberculosis (TB) cada año, y que cerca de 2 millones mueren por causa de esa enfermedad. Un tercio de la población mundial está actualmente infectada con el bacilo de la tuberculosis, más del 90% vive en los países en desarrollo.

Son las personas más pobres, habitantes de los países más pobres, las que están más afectadas por la tuberculosis. No sólo son más vulnerables a la enfermedad debido a las condiciones en las que viven y trabajan, sino también se hunden más en la pobreza como consecuencia de la tuberculosis. Una persona con TB pierde en promedio el 20-30% del ingreso anual de un hogar debido a la enfermedad.

La situación requiere acciones urgentes para controlar la epidemia. Es importante examinar las dimensiones de género de la TB para sobrepasar las barreras que obstaculizan la prevención, la cobertura y el tratamiento efectivo de la tuberculosis.

La incidencia y la prevalencia de la tuberculosis en los adultos es más alta en los varones que en las mujeres. En la mayoría de los ámbitos, la incidencia de la tuberculosis es más alta en los varones en todas las edades, excepto en la infancia, período en el cual es más alta en las mujeres. Existen estudios que han demostrado que las diferencias por sexo en las tasas de incidencia comienzan a aparecer entre los diez y los dieciséis años de edad, y que a partir de ese momento se mantienen más altas para los varones que para las mujeres. Las razones de la mayor incidencia en los varones no tienen una explicación clara, y es necesario investigar más profundamente el tema para identificar los factores de riesgo asociados.

Las mujeres pueden estar subrepresentadas en las tasas de incidencia de tuberculosis reportadas

Las normas de detección estándares pueden dar lugar a que se pierdan más casos de TB de mujeres que de varones. Las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de presentar síntomas de tos o producción de esputo o de obtener resultados positivos en las pruebas de microscopía del esputo.

La menor notificación también puede ser consecuencia de la menor proporción de mujeres con tuberculosis que acuden a una institución de salud o que entregan muestras de esputo para pruebas de detección en comparación con los varones.

Existen diferencias por sexo en el desarrollo y en los efectos de la tuberculosis

Una vez infectadas con TB, las mujeres en edad reproductiva son más susceptibles a enfermarse y a morir que los varones de la misma edad. No existe evidencia certera sobre la contribución del embarazo a estas diferencias.

El VIH contribuye a las diferencias por sexo en el riesgo de contraer tuberculosis en la gente joven

El VIH debilita el sistema inmunológico y una persona que es VIH positiva y que además está infectada con tuberculosis tiene muchas más probabilidades de desarrollar una enfermedad activa que una persona igualmente infectada con TB pero que es VIH negativa. Dado que las mujeres jóvenes presentan mayores riesgos de contraer el VIH que los varones del mismo grupo de edad, en algunas partes de África donde la incidencia del VIH es alta, existe mayor cantidad de mujeres jóvenes con TB que varones.

La tuberculosis en el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé

Estudios de caso-control en México y en la India demuestran que la tuberculosis pulmonar en la madre duplica el riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, y aumenta de tres a seis veces el riesgo de muerte perinatal.

De acuerdo con una reciente revisión sobre tuberculosis y embarazo, en las mujeres embarazadas que tienen un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar, la morbilidad obstétrica aumenta cuatro veces. El estudio también encontró mayor riesgo de aborto espontáneo, toxemia y complicaciones intraparto.

La tuberculosis genital frecuentemente produce infertilidad en las mujeres

La tuberculosis del tracto genitourinario es muchas veces difícil de diagnosticar tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, es una condición que raramente ocurre en los varones. Por otro lado, una de cada ocho mujeres con tuberculosis pulmonar también puede tener tuberculosis genital, como lo sugieren algunos estudios de la India y Turquía. La tuberculosis genital es una causa importante de infertilidad en muchos países en desarrollo, con serias consecuencias para la vida y el bienestar de esas mujeres. En la India, la tuberculosis genital es la causa de daño tubárico en aproximadamente el 40% de las mujeres con infertilidad tubárica.

Las consecuencias sociales y económicas de la tuberculosis varían según el género

A causa de las diferencias de género en la división del trabajo y en los roles y responsabilidades, la tuberculosis afecta a hombres y mujeres de maneras diferentes. En un estudio las pacientes mujeres manifestaron dificultades para cuidar a los niños y realizar las tareas de la casa debido al deterioro de su condición física. Los pacientes varones manifestaron angustia por la pérdida de ingresos y por no poder contribuir adecuadamente a los gastos del hogar.

El aislamiento social debido al estigma relacionado con la tuberculosis afecta a ambos sexos. Pero las consecuencias pueden ser más duras para las mujeres y las niñas. En Paquistán, las mujeres con TB corrían el riesgo de tener problemas matrimoniales o divorciarse, mientras que en la India, las mujeres con tuberculosis temían que sus esposos las rechazaran y que su familia política las maltratara o, en el caso de las solteras, que se redujeran sus posibilidades de casarse, mientras que los pacientes varones estaban principalmente preocupados por las pérdidas de ingresos y las dificultades económicas.

A pesar de que busquen atención tempranamente, el diagnóstico de las mujeres tarda más tiempo

Los estudios realizados hasta el presente muestran que no existen diferencias de género, o que hay un atraso mayor para los hombres en el lapso entre la aparición de los síntomas y el primer contacto con un/a proveedor/a de la salud. Sin embargo, el diagnóstico de tuberculosis tarda más tiempo en las mujeres debido a que:

- A menudo consultaron a un/a prestador/a privado/a o un/a profesional menos calificado/a, y esperaron que el tratamiento hiciera efecto antes de acudir a un hospital
- No concurrieron a hospitales que disponían de tratamiento para la TB debido a las distancias que debían recorrer y las restricciones en su movilidad física
- A menos mujeres que presentaban síntomas en el pecho se les indicó un examen de esputo
- A los médicos les llevó más tiempo diagnosticar tuberculosis en mujeres que en varones, tal vez porque no presentaban los síntomas que se consideran “típicos”, como por ejemplo tos prolongada con expectoración.

Los varones son más proclives a no completar el tratamiento

Los estudios muestran que, si bien los varones tienen más capacidad para acceder al tratamiento de TB en una unidad sanitaria que aplique el TAES/DOTS (Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado o Directly Observed Treatment Supervision), la necesidad de ganar dinero para vivir actúa como barrera para completar el tratamiento. Por otro lado, las mujeres, tienen mayores dificultades para acceder a las instituciones apropiadas, pero aquellas que sí lo hacen, generalmente completan el tratamiento.

Preguntas para la discusión en pequeños grupos

Su respuesta se puede basar en el texto que leyó, pero no debe limitarse necesariamente a éste. Si lo desea puede basarse en sus experiencias y conocimiento previo sobre estos temas para responder las siguientes preguntas.

- ¿Existen distintos factores de riesgo para mujeres y varones?
- ¿Los roles que la sociedad prescribe para mujeres y varones implican diferencias en los factores de riesgo?
- ¿Cuáles son las barreras/obstáculos para obtener tratamiento para esta enfermedad? ¿Esas barreras son diferentes para mujeres y varones?
- ¿La severidad de las consecuencias varía entre varones y mujeres? ¿Cuál cree usted que es la causa de esas diferencias?
- ¿Son las respuestas del sector salud diferentes?
- ¿Hay respuestas diferentes por parte de la sociedad en general?

SESIÓN 6

Resumen del módulo

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



10 mins

Los/las participantes tendrán una revisión consolidada de las herramientas y los conceptos presentados en el Módulo de Género, y de las conexiones entre éstos.

10 minutos

Cómo conducir la sesión

Esta actividad incluye sólo un aporte suyo.

Qué debe incluir su presentación



Repase los puntos principales de la Síntesis del módulo y muestre la **filmina**: “Estructura del módulo”.

Destaque las siguientes herramientas y conceptos

- distinción entre sexo y género
- división del trabajo, tareas y actividades basadas en el género
- roles y normas sobre masculinidad y feminidad
- acceso a y control de los recursos
- poder y toma de decisiones
- transversalización de la perspectiva de género.

Aplicando las herramientas y los conceptos

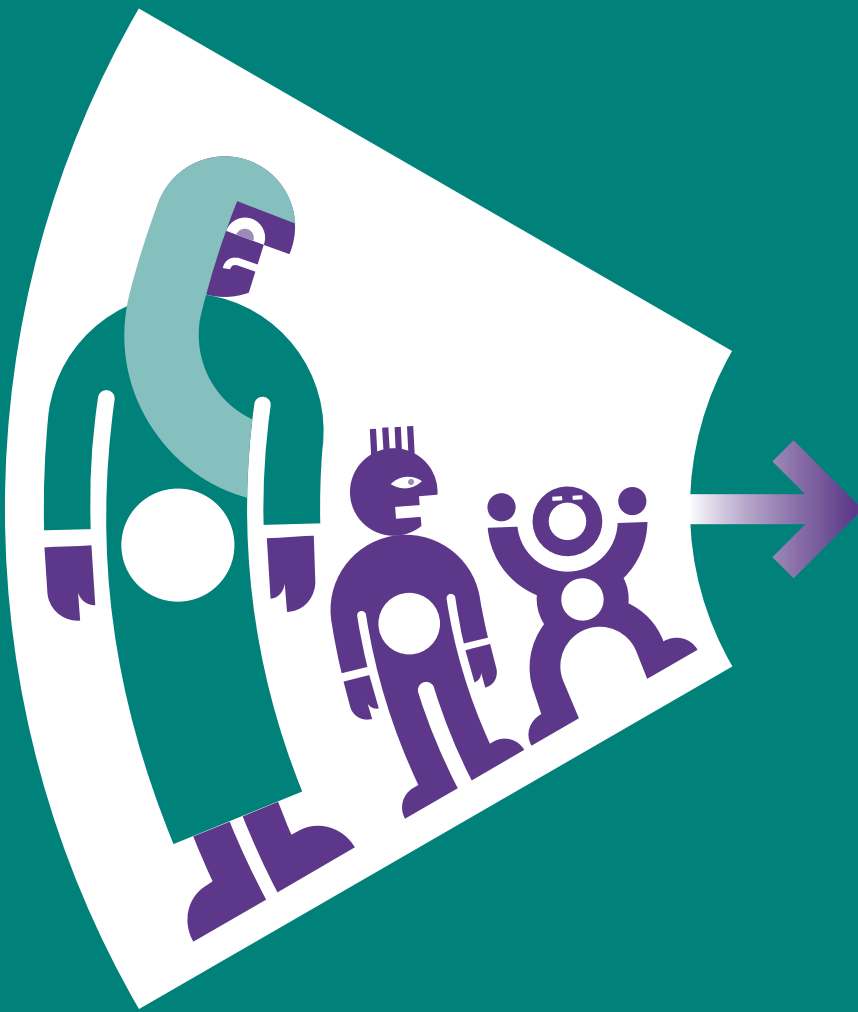
Recuérdelos a los/las participantes que utilizaron estos conceptos con el fin de realizar el análisis de género de sus organizaciones e identificar las acciones necesarias para promover la equidad de género a nivel de la organización. Recuérdelos que éste es un ejercicio que debe hacerse en todas las instituciones de salud –aquellas que proveen servicios de salud de manera directa, aquellas que capacitan al personal de salud, las instituciones responsables de la planificación, la formulación de las políticas y la asignación de recursos, las instituciones que producen medicamentos y equipamiento, etc.–. Las herramientas y los conceptos para el análisis de género luego fueron aplicados a cuestiones de salud específicas con el fin de analizar de qué manera el género impacta en las distintas dimensiones de la salud.

Introduzca los dos módulos siguientes

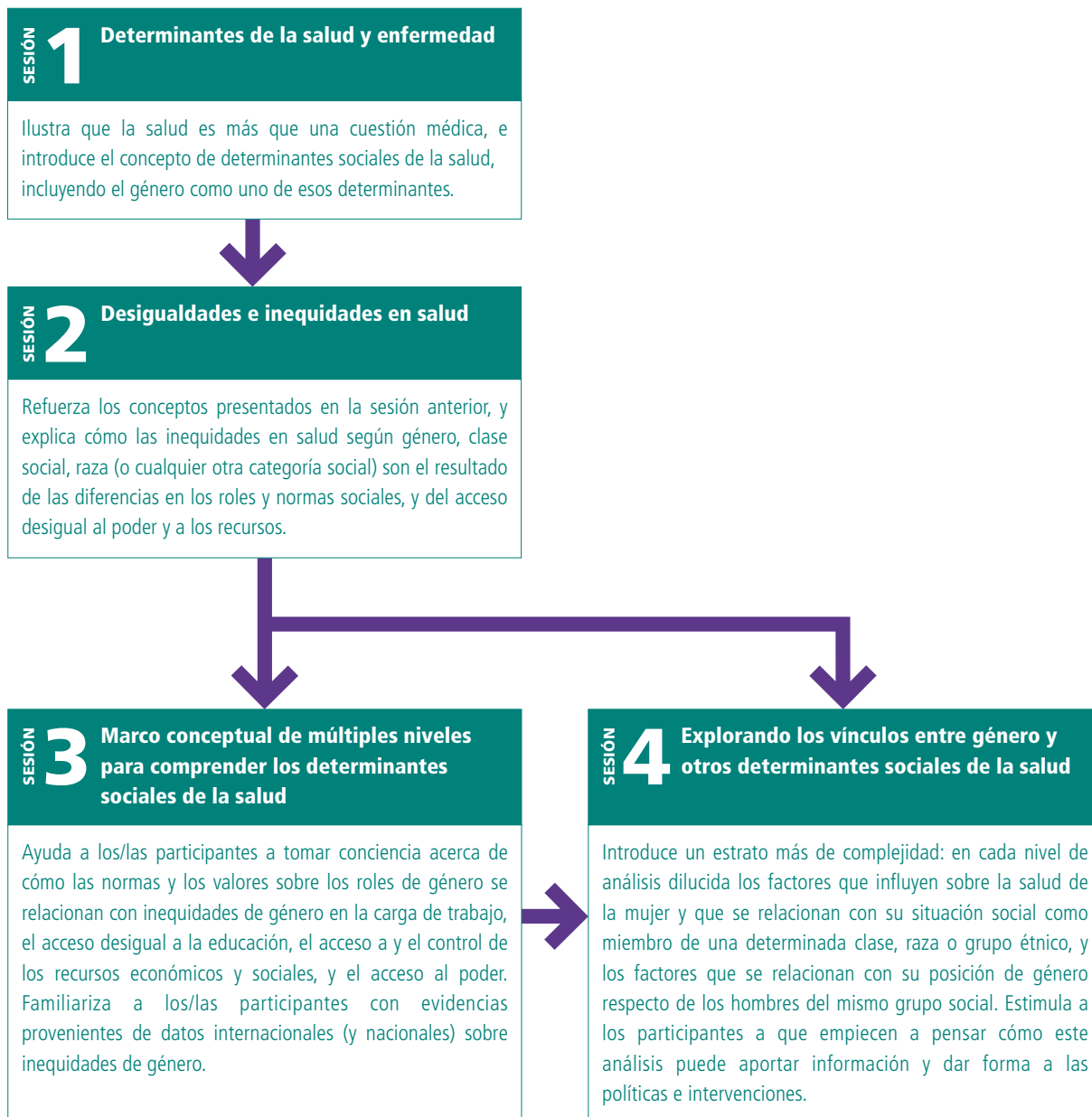
Los dos módulos siguientes proveerán más conceptos y herramientas de análisis relacionadas con los determinantes de la salud y derechos. Los conceptos que se introducen en los tres módulos básicos serán cubiertos nuevamente a lo largo del curso para examinar cómo abordar los temas de género en la información, las políticas y los programas de salud. Por

ejemplo, mientras que el concepto de transversalización de la perspectiva de género fue presentado en el primer módulo, la información y las habilidades necesarias para iniciar acciones para transversalizar la equidad de género serán provistas en los módulos de Evidencias, Políticas y Sistemas de Salud.

Módulo 2: **Determinantes sociales**



Estructura del Módulo de Determinantes Sociales



MÓDULO 2

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Determinantes Sociales

Los/las participantes:

- reconocerán que la salud es más que una cuestión médica, y se familiarizarán con el concepto de determinantes sociales de la salud
- podrán identificar el género como uno de esos determinantes, y reconocer que es afectado por otros determinantes con los que interactúa
- comprenderán los distintos niveles en los que actúan los determinantes sociales y sus interrelaciones
- entre los factores que afectan la salud de las mujeres distinguirán:
 - los que son comunes a mujeres y varones de un grupo social específico (por ejemplo, rural/urbano, pobre/rico)
 - los que surgen de las diferencias biológicas entre varones y mujeres
 - los que están relacionados con las diferencias de género
- y comprenderán cómo todos estos factores podrían estar interrelacionados
- adquirirán aptitudes para aplicar el marco de los determinantes sociales y del género a la comprensión de los factores estructurales que subyacen tras el impacto de las políticas e intervenciones en salud
- comprenderán que este conocimiento puede aplicarse para aportar información y diseñar políticas e intervenciones en salud.

Ideas que sustentan el módulo

La salud es una cuestión social

En este módulo y en el curso en general hemos adoptado el abordaje de las cuestiones de género relacionadas con la salud. El eje de este módulo es la salud como una cuestión social y no simplemente una cuestión médica basada en factores naturales y biológicos y en intervenciones médicas. Dónde y cómo vivimos, qué hacemos, con quiénes interactuamos, y la naturaleza de estas interacciones y relaciones, todo esto afecta nuestra salud. Por lo tanto, la salud es producto de la interacción entre nuestra biología y el medio físico, sociocultural y político en el que vivimos e interactuamos.

El Módulo de Determinantes Sociales ubica el género en el contexto de otros determinantes sociales de la salud, y muestra las maneras en que éstos se vinculan entre sí.

El Módulo de Género mostró que las mujeres y los varones tienen roles y responsabilidades diferentes así como distintas realidades sociales, y que esto no se debe solamente a las diferencias biológicas sino también a las normas de género socialmente determinadas. Las mujeres y los varones tienen diferentes responsabilidades y diferente acceso a los recursos y a su control. En consecuencia, las necesidades de salud de las mujeres y sus comportamientos de búsqueda de atención de la salud, pueden diferir sustancialmente de las de los hombres, contribuyendo a las diferencias de género en el estado de salud.

La sesión 1 introduce el concepto de determinantes sociales de la salud mediante dos ejercicios grupales. En esa sesión se plantea que, al estar basado en la comprensión del mundo como genérico, el marco de los determinantes sociales requiere que tomemos en cuenta el género como un importante determinante de la salud.

La sesión 2, basada en las lecturas sobre inequidades en salud, rescata estos conceptos para mostrar que en los diferentes grupos sociales estas inequidades son, en gran parte, una consecuencia del acceso desigual al poder y a los recursos. En esta sesión se discuten los conceptos de equidad de género e igualdad de género. Equidad no es lo mismo que igualdad: es el compromiso de aumentar la igualdad de oportunidades en salud y desarrollo humano para los grupos de la sociedad que han sido discriminados. El acceso desigual al poder y a los recursos crea condiciones que ubican a algunas personas en mayores riesgos de tener problemas de salud y limita su acceso a la atención de la salud dentro o fuera del hogar, generando inequidades en el estado de salud. Esta sesión contextualiza las inequidades de género dentro de las inequidades relacionadas con otros determinantes sociales de la salud. Muestra cómo el género es afectado por otros determinantes sociales y cómo interactúa con éstos.

La sesión 3 es un ejercicio participativo con el propósito de ayudar a los/las participantes a comprender los diferentes niveles en los que actúan los determinantes de la salud (incluyendo el género), y las interrelaciones entre éstos. Los factores que afectan la salud también están influidos por el medio local, nacional y global. El acceso de una comunidad a los recursos se relaciona con la riqueza del país, así como también con el poder relativo de la comunidad dentro del contexto nacional. De igual forma, las fuerzas internacionales –como la caída de los precios de exportación de productos agrícolas– pueden generar un alto desempleo en una comunidad local. Esto, a su vez, afecta los recursos disponibles en los hogares y para las mujeres que los componen, y a la vez impactan sobre su salud. Las reformas del sector salud que algunos países han iniciado –en particular la incorporación del cobro de aranceles y la privatización de los servicios de salud– también afectan la salud de mujeres y varones.

La sesión 4 introduce un estrato más de complejidad para analizar los factores que influyen sobre la salud.

Ayuda a que los/las participantes vean la necesidad de comprender

- los factores que se relacionan con la situación social de las mujeres y los varones y que pueden ser comunes a ambos: su clase social, raza, etnia o posición en la jerarquía social como miembro de la comunidad
- los factores que se relacionan con las diferencias biológicas entre mujeres y varones
- los factores asociados al status de las mujeres en relación con los hombres, particularmente respecto del poder y el control de los recursos.

Las sesiones 3 y 4 contribuyen para lograr una comprensión más sensible de los determinantes de la salud, y proveen las herramientas esenciales para el diseño de intervenciones y políticas. Por ejemplo, las intervenciones

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 9 hrs 30 mins
Sesión introdutoria	Introducción al Módulo de Determinantes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con los objetivos y contenidos del módulo 	Aporte de información	10 mins
SESIÓN 1	Determinantes de la salud y enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ● reconocerán que la salud es más que una cuestión médica, y se familiarizarán con el concepto de determinantes sociales de la salud 	Trabajo individual y en pequeños grupos	20 mins
			Discusión plenaria	40 mins
			Trabajo en pequeños grupos	45 mins
			Discusión plenaria	15 mins
SESIÓN 2	Desigualdades e inequidades en salud	<ul style="list-style-type: none"> ● comprenderán los factores que subyacen tras las inequidades en el estado de salud según género y otros determinantes sociales de la salud (como raza, clase, etnia y lugar de residencia) ● ubicarán las inequidades de género en el contexto de las inequidades relacionadas con otros determinantes sociales de la salud, y discernirán cómo interactúan y cómo afectan el género 	Trabajo individual leyendo la bibliografía esencial	Fuera de las horas del curso
			Trabajo en grupos	40 mins
			Discusión plenaria y síntesis	1 hr 50 mins
SESIÓN 3	Marco conceptual de múltiples niveles para comprender los determinantes sociales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● comprenderán los distintos niveles en los que actúan los determinantes sociales (internacional, nacional, comunitario, familiar, individual) ● visualizarán los factores estructurales que subyacen tras el impacto de políticas y programas 	Trabajo en pequeños grupos	40 mins
			Trabajo participativo con todo el grupo	1 hr 50 mins
SESIÓN 4	Explorando los vínculos entre género y otros determinantes de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● distinguirán los factores que afectan la salud de las mujeres y que son comunes a varones y mujeres de un grupo social específico (por ejemplo rural/urbano, pobre/rico); los que surgen de las diferencias biológicas entre mujeres y varones; y los que se relacionan con las diferencias de género en los roles y las normas, y en el acceso a los recursos y su control y el poder entre mujeres y varones dentro de un mismo grupo ● distinguirán los diferentes niveles en los que actúan los determinantes en las tres categorías arriba mencionadas ● obtendrán habilidades para aplicar el marco de género y de los determinantes sociales para aportar información y dar forma a las políticas e intervenciones 	Trabajo participativo con todo el grupo	1 hr 15 mins
			Discusión plenaria	45 mins
Sesión final	Resumen del módulo	<ul style="list-style-type: none"> ● tendrán una visión consolidada de las herramientas y los conceptos introducidos en este módulo, así como también de los vínculos entre éstos 	Aporte de información	15 mins

necesarias para abordar los problemas de salud de las mujeres que son producto de la pobreza (situación social), pueden ser muy diferentes de las que son necesarias para abordar los problemas que surgen de su relativa falta de poder en relación con los hombres en sus propios hogares. De igual manera, poder apreciar la compleja interacción entre los factores internacionales, nacionales, comunitarios, familiares e individuales en la determinación de las diferencias de género en el estado de salud, nos ayuda a comprender por qué una política o un programa puede tener éxito o fracasar.

Introducción al Módulo de Determinantes Sociales

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



Presentará a los/las participantes la estructura, los contenidos y objetivos del módulo.

10 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión de aporte de información.



Presente el módulo usando las **filminas** de la Síntesis del Módulo:

- “Qué deberán obtener los/las participantes del Módulo de Determinantes Sociales”
- “Estructura del Módulo de Determinantes Sociales”
- “Esquema del módulo”.

SESIÓN 1

Determinantes de la salud y enfermedad

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- reconocerán que la salud es más que una cuestión médica
- se familiarizarán con el concepto de determinantes sociales de la salud y enfermedad.

2 horas



Materiales

- Guía 1: “Una parábola moderna”
- Guía 2: “Poema”
- guía escrita o papelógrafo: “Preguntas para la discusión: ¿qué hace que una persona sea saludable?”, en la pág. 99
- papelógrafos y lapiceras

Lecturas para el/la facilitador/a y los/las participantes

1. Blaxter M. *Health and lifestyles*. Londres, Tavistock-Routledge, 1990: cap. 3 “What is health?”.
2. McKeown T. *The modern rise of population*. Londres, Edward Arnold, 1976: cap. 5 “The medical contribution”.

Lecturas sugeridas en español

Evans R. G. Introducción. En: Evans R. G.; Barer M. L. y Marmor T., *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1994.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay tres actividades. La primera es una discusión en pequeños grupos o trabajo individual sobre los determinantes de la salud y enfermedad, seguida por una discusión con todo el grupo. En la segunda actividad, los/las participantes leen una historia en pequeños grupos y anotan sus respuestas a una serie de preguntas. Estas respuestas luego se discuten con todo el grupo. La tercera actividad es la lectura de un poema que trata sobre la conexión entre la pobreza y los problemas de salud.



1 hr

Actividad 1: Discutiendo los determinantes de la salud y enfermedad



5 mins

Paso 1: Un vistazo a las preguntas para la discusión

Presente las preguntas para la discusión en una guía escrita para cada participante o en un papelógrafo. Aclare que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Preguntas para la discusión: ¿Qué hace que una persona sea saludable?

1. ¿Cómo es una persona saludable?
2. ¿Cuáles son algunos de los factores que contribuyen para la buena salud?
3. ¿Cuáles son algunos de los factores que contribuyen para la mala salud/los problemas de salud/la falta de salud?
4. De los factores listados en las preguntas 2 y 3, ¿cuáles son sociales y cuáles son biológicos?
5. ¿Existen diferencias en el estado de salud entre diferentes grupos sociales? En caso afirmativo, ¿cuáles son? y ¿cuáles son algunas de las razones de esas diferencias?
6. ¿Cuáles son las diferencias, si las hay, entre las causas sociales y biológicas de la mala salud?



15 mins

Paso 2: Escriba las respuestas

Los/las participantes pueden trabajar individualmente o en grupos (dependiendo del tamaño del grupo). Si trabajan individualmente deben escribir sus respuestas en una hoja de papel, y si lo hacen en grupo, en un papelógrafo.



40 mins

Paso 3: Discusión con todo el grupo

Luego de que los/las participantes hayan escrito sus respuestas coordine la discusión grupal. Este tiempo no es para que los/las participantes informen lo que han discutido en los grupos sino para que respondan las preguntas que usted haga. Las dos primeras preguntas pueden ser discutidas conjuntamente, lo mismo que la tercera y la cuarta. La quinta y la sexta deben discutirse una por vez.

Qué incluir en la discusión

Preguntas 1 y 2: Definiendo la salud

Las respuestas a la pregunta 1 a menudo comienzan por lo obvio – una persona saludable no tiene infecciones y usualmente incluyen: una persona saludable no se siente constantemente cansada y no tiene dolores y molestias prolongadas; una persona saludable está distendida y se siente positiva, feliz, etc.

Las respuestas a la pregunta siguiente sobre los factores que contribuyen a la buena salud, usualmente se superponen con las respuestas de la primera pregunta, y varían desde poder satisfacer las necesidades de alimentación, vestimenta y vivienda; tener acceso a comodidades básicas como agua corriente y sanitarios; y vivir en un medio ambiente limpio y sin contaminación, hasta vivir en un lugar agradable, ser productivo, creativo y útil, estar distendido y feliz, y sentirse positivo y apoyado.

Use las respuestas a estas dos preguntas para ayudar a los/las participantes a que se pongan de acuerdo sobre qué significa la salud. La mayoría de las veces, la definición a la que llegan es similar a la definición de salud de la OMS como “no sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

Preguntas 3 y 4: Explorando las causas sociales

Las preguntas 3 y 4 están pensadas para generar respuestas que no se circunscriban sólo a las causas de mala salud físicas y biológicas obvias. Las respuestas usualmente varían desde vivir en un medio ambiente poco sano, viviendas hacinadas y precarias, desnutrición, problemas congénitos, pobreza y falta de educación, hasta enfermedades relacionadas con estilos de vida –estrés, tabaquismo, uso indebido de drogas, falta de ejercicio, comida chatarra, etc.–. A veces también se mencionan los conflictos armados y las guerras, las migraciones forzosas y los desastres naturales.

Pregunta 5: Los diferentes grupos sociales tienen diferentes estados de salud

La discusión sobre esta pregunta debería abordar y examinar los factores que subyacen tras las diferencias observables en el estado de salud según: lugar de residencia (rural/urbano); status socioeconómico; raza/casta/etnia/religión, y sexo. Esto incluye diferencias en riesgos y vulnerabilidades, en las percepciones acerca de la salud, en los comportamientos de búsqueda de atención de la salud, en el acceso a los servicios de salud, en las respuestas de los/las proveedores/as de la salud, y en las consecuencias sociales y para la salud en el corto y largo plazo. Por ejemplo: ¿Por qué en la mayoría de los países las tasas de mortalidad infantil en sectores rurales son más altas que en sectores urbanos? ¿Es debido a la pobreza, la falta de educación, el ambiente más pobre o la falta de acceso a los servicios de salud? Y ¿por qué damos por supuesto que las personas pobres presentan tasas de mortalidad más altas? ¿De qué manera la pobreza hace difícil que una persona pueda ser saludable? Recuerde a los/las participantes las distintas dimensiones de la salud que vieron en la Sesión 5 del Módulo de Género.

Pregunta 6: Las causas sociales de la enfermedad son diferentes de las causas biológicas

En tanto que las causas biológicas de la mala salud no son siempre previsibles, las causas sociales pueden ser enfrentadas y modificadas mediante la aplicación de políticas y programas. Sin embargo, estos dos conjuntos de causas no pueden ser separados fácilmente. Un niño con bajo peso al nacer puede nacer en una familia pobre o rica. Pero es más probable que ocurra en un hogar pobre debido al deficiente estado nutricional de la madre, o a infecciones, falta de cuidados prenatales, etc. Además, las probabilidades de sobrevivir de un bebé con bajo peso al nacer difieren significativamente según la base de recursos del hogar. Las políticas de intervención pueden ser diseñadas para prevenir el bajo peso al nacer como consecuencia de causas previsibles y mejorar las probabilidades de supervivencia de los bebés que nacen en ámbitos de escasos recursos.

Puntos importantes para resaltar

- La salud es una realidad socialmente construida: un producto del medio físico y social en el que vivimos y actuamos.
- Las diferencias en el estado de salud, inclusive las diferencias de género, surgen no sólo de las diferencias biológicas sino también de las diferencias en el status social y económico.
- Los determinantes sociales de la enfermedad pueden ser enfrentados y modificados mediante la aplicación de políticas.

Esta actividad fue modificada por el Key Centre for Women's Health, de Melbourne, Australia, para centrarse en las diferencias de género en los determinantes de la salud. Los/las participantes se dividieron en tres grupos a los que se les entregó una serie de preguntas levemente diferentes, basadas en el cuadro: "Preguntas para la discusión: ¿Qué hace que una persona sea saludable?", pág. 99. Al primer grupo se le pidió que respondiera las preguntas sobre la persona adulta saludable, al segundo grupo sobre el varón saludable, y al tercero sobre la mujer saludable.

En tanto que muchas de las características de un varón saludable y una mujer saludable (según las descripciones de los/las participantes) fueron similares, también hubo algunas diferencias muy fuertes. Por ejemplo, se consideró que un hombre sano era alguien que podía encarar responsabilidades y tener energía para trabajar, mientras que se describió a una mujer saludable como alguien que podía hacer el trabajo de la casa y cuidar su piel.

La discusión destacó los valores subyacentes tras estas descripciones: suposiciones sobre los roles y las actividades de los varones y las mujeres, y expectativas acerca de que una mujer debe ser hermosa y tener linda piel, en tanto que un hombre debe ser fuerte. A partir de esto se hizo referencia a las discusiones sobre roles y normas de género del Módulo de Género.

Los puntos principales resaltados por esta actividad fueron:

- los roles y las normas de género son importantes determinantes de la salud y la enfermedad
- las normas de género conducen a diferentes suposiciones acerca de lo que significa la buena salud para varones y mujeres.



45 mins

Actividad 2: "Una parábola moderna"

Esta actividad apunta a consolidar lo que los/las participantes aprendieron en la actividad previa y a explorar los determinantes sociales de la salud con mayor profundidad.



20 mins

Paso 1: Lectura y discusión en grupos

Si realizó la actividad previa en grupos, los mismos grupos pueden continuar en ésta. De lo contrario, divida a los/las participantes en grupos de no más de ocho personas. Cada grupo lee la Guía 1: "Una parábola moderna" y luego discute las preguntas y escribe las respuestas en un papelógrafo.



5 mins

Paso 2: Leyendo las respuestas de los otros

Pida a cada grupo que cuelgue su lámina en las paredes del salón. Los/las participantes tienen cinco minutos para recorrer el salón y leer las láminas.



20 mins

Paso 3: Comience la discusión con estas dos preguntas:
Discusión con todo el grupo

- ¿Cuál cree que es la “maquinaria” causante de la mala salud en la sociedad de hoy?
- ¿Qué se necesita para prevenir la mala salud?

Qué incluir en la discusión

Explorando la maquinaria de la mala salud

Es importante ver más allá de lo que “cuenta” la historia. A menudo las respuestas a las dos preguntas de la guía transmiten la necesidad de una mejor capacitación y mayor seguridad para los trabajadores. Pero pregunte si la maquinaria en sí es algo que no se puede cambiar. Esto hará que afloren los valores que están por detrás de las decisiones en la historia: ¿Está bien cambiar la seguridad de los trabajadores por mayor producción? ¿Está bien tener un menor nivel de producción si esto garantiza la seguridad de los trabajadores? ¿Tiene sentido aumentar la producción cuando también aumentan el nivel y la escala de las inversiones necesarias para hacer frente a los accidentes que pueden ocurrir? ¿Por qué no una maquinaria más lenta y un centro de primeros auxilios en vez de máquinas de alta productividad que crean la necesidad de tener un hospital de alta tecnología y que al mismo tiempo comprometen seriamente el bienestar de los trabajadores?

Anteponiendo las ganancias a la gente

Puede ser mucho más difícil que los/las participantes hagan un paralelo con la sociedad actual. La maquinaria que causa mala salud es una forma de vida que antepone las ganancias a la gente. Lo que se ve y promueve como desarrollo muchas veces causa un gran daño en la salud de las personas. Pida a los/las participantes que den ejemplos sobre esto en sus propios países: contaminación ambiental, uso de fertilizantes químicos y pesticidas para aumentar la producción de alimentos, estilos de vida que contribuyen a la ruptura de las redes de soporte social, etc. Estos factores tienen impactos diferentes en los distintos grupos sociales, y dentro de éstos, afectan a los hombres y las mujeres en formas diferentes.

Previniendo la mala salud

La prevención de la mala salud incluye cuestionar muchas cosas que damos por sentadas: el concepto de desarrollo como acumulación de riquezas; las brechas cada vez mayores entre pobres y ricos; y la provisión de medicamentos para resolver los problemas de salud que son causados por las inequidades sociales.

Lo que hace el sistema de salud hoy es lo mismo que la prestación de primeros auxilios a los trabajadores gravemente heridos de la fábrica de la parábola moderna, sin cuestionar en primer lugar por qué se utilizaba esa maquinaria tan peligrosa, quién se beneficiaba con ello, por qué se esperaba que los trabajadores tuvieran la responsabilidad de aprender a usar las máquinas de manera más segura, y si se podía reemplazar esa maquinaria.

Puntos importantes para resaltar

- Las causas sociales de la enfermedad, tales como la pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud, no son condiciones dadas naturalmente; son el resultado de una forma de vida que antepone las ganancias a las personas y que confiere poder a algunas de ellas mientras que se lo niega a otras.

- Las causas sociales de la mala salud se relacionan con cuestiones de equidad y justicia social. No son, por lo tanto, inevitables pero pueden ser modificadas si existe la voluntad política.

5-10
mins

Actividad 3: Un poema para consolidar

Esta actividad está pensada para reforzar el mensaje sobre las causas sociales de la enfermedad. Pida que uno de los/las participantes se ofrezca para leer la Guía 2, el poema de Berthold Brecht. No es necesario discutir o debatir el poema.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran



Guía

1

Una parábola moderna

Lea la historia y discuta las preguntas con su grupo. Escriba las respuestas del grupo en un papelógrafo.

- En su opinión, ¿cuál es el mensaje que la historia trata de transmitir?
- ¿Qué paralelos puede hacer entre esta parábola moderna y el abordaje de los problemas de salud de la población en la sociedad actual?

De: Wilkinson A. *It's not fair*. Londres, Christian Aid, 1985:72.

Había una vez una fábrica que empleaba a miles de personas. Su línea de producción era un milagro de la ingeniería moderna, produciendo miles de máquinas por día. La fábrica tenía una alta tasa de accidentes. La compleja maquinaria de la línea de producción no contemplaba el error humano, el olvido o la ignorancia. Día tras día hombres y mujeres salían con dedos aplastados, cortes y moretones. A veces había hombres que perdían una pierna o un brazo. Ocasionalmente alguien se electrocutaba o moría aplastado.

Personas iluminadas comenzaron a pensar que había que hacer algo. Las primeras en acercarse a la escena fueron las iglesias. Un pastor emprendedor organizó una pequeña carpa de primeros auxilios afuera de la fábrica junto al portón de entrada. Pronto, con el respaldo del Consejo de Iglesias, pasó a ser una clínica bien construida con capacidad para atender casos de cierta gravedad y tratar heridas menores. El Consejo del Pueblo se interesó en el asunto al igual que otras organizaciones locales como la Cámara de Comercio y el Club de Rotarios. La clínica creció hasta convertirse en un pequeño hospital con equipamiento moderno, un quirófano, y personal médico y de enfermería con dedicación de tiempo completo. Se pudieron salvar varias vidas. Finalmente, la gerencia de la fábrica, al ver todo el bien que se estaba haciendo, y para demostrar que ellos también tenían buenas ideas, decidieron apoyar oficialmente el hospital, permitiéndole el acceso irrestricto a la fábrica, un pequeño subsidio anual, y una ambulancia para transportar los casos más graves desde los talleres hasta el hospital.

Pero año tras año, a medida que la producción crecía, la tasa de accidentes continuaba subiendo. Más y más mujeres y hombres sufrían heridas y mutilaciones. Y, más allá de todo lo que podía hacer el hospital, más y más personas morían por causa de las heridas.

Sólo entonces algunas personas comenzaron a preguntarse si tratar las heridas de la gente era suficiente y si no debían hacer algo con la maquinaria que las causaba.



Guía

2 Poema

De un obrero a un médico

Sabemos qué es lo que nos enferma
 Cuando estamos enfermos, nos dicen
 Que usted es quien nos curará.

Se nos ha dicho que durante diez años
 Usted aprendió a curar en excelentes universidades
 Construidas a expensas de la gente
 Y que para adquirir su conocimiento
 Pagó una fortuna.
 Entonces usted debe poder curar

¿Puede curar?

Cuando venimos a verlo
 Se nos quitan nuestros harapos
 Y usted ausculta nuestro cuerpo desnudo
 Respecto de la causa de nuestra enfermedad
 Una mirada a nuestros harapos
 Le diría más. Es la misma causa la que consume
 Nuestros cuerpos y nuestras ropas.

El dolor de nuestro hombro viene
 Nos dice, de la humedad; y ésta es también la razón
 Entonces díganos, ¿de dónde viene la humedad?

Demasiado trabajo y escasa comida
 Nos vuelve débiles y flacos
 Usted nos receta
 Subir de peso
 De la misma manera que le puede pedir a un junco
 Que no se moje.

¿Cuánto tiempo nos puede dar?
 Ya vemos: una alfombra de su casa cuesta
 Lo que usted gana en
 Cinco mil consultas.

Sin duda usted dirá
 Que es inocente. La mancha de humedad
 En nuestras paredes
 Cuenta la misma historia.

Berthold Bretsch
 (traducido al español por Nina Zamberlin, CEDES)

SESIÓN 2

Desigualdades e inequidades en salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán los factores que subyacen tras las inequidades en el estado de salud según género y otros determinantes sociales de la salud (como raza, clase, etnia y lugar de residencia)
- ubicarán las inequidades de género en salud en el contexto de las inequidades relacionadas con otros determinantes sociales de la salud, y discernirán cómo interactúan y cómo afectan el género.

2 horas y 30 minutos

Preparación previa

- Las lecturas deben entregarse a los/las participantes la tarde anterior a esta sesión. Vea las instrucciones en la Actividad 1, en la pág. 108.

Materiales

- Guía: “Cómo hacer el informe de las lecturas”

Lecturas para el/la facilitador/a

- General**
1. Kreiger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, 1999, **29(2)**:295-352.
- Género**
2. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science and Medicine*, 1997; **44(6)**:773-787.
 3. Doyal L. *What makes women sick: gender and the political economy of health*. Londres, Macmillan, 1995: caps. 1 y 2.
 4. Macran S., Clarke L. y Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. *Social Science and Medicine*, 1996, **42(9)**:1203-1216.
 5. Young R. The household context for women's health care decisions: impacts of UK policy changes. *Social Science and Medicine*, 1996, **42(6)**:949-963.



- Clase social/nivel de ingreso**
- 6.** Davey-Smith G., Bartley M. y Blane D. The Black report on socio-economic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 1990, **301**:373-377.
- 7.** Kaplan G. A. *et al.* Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, 1996, **312**:999-1003.
- 8.** Marmot M. G., Kogevinas M. y Elston M. A. Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 1987, **8**:111-135.
- 9.** Rahkonen O., Lahelma E. y Huuhka M. Past or present? Childhood living conditions and current socio-economic status as determinants of adult health. *Social Science and Medicine*, 1997, **44(3)**:327-336.
- Otros determinantes sociales de la salud**
- 10.** Kaplan G. A. People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services*, 1996, **26(3)**:507-519.
- 11.** Lillie-Blanton M. y Laveist T. Race/ethnicity, the social environment and health. *Social Science and Medicine*, 1996, **43(1)**:83-91.
- 12.** Verheij R. A. Explaining urban-rural variations in health: a review of interaction between individual and the environment. *Social Science and Medicine*, 1996, **42(6)**:923-935.

Lecturas para los/las participantes

Lecturas 3, 4, 6, 8, 11 y 12.

Lecturas sugeridas en español

Prieto Molano C. Género: la cuestión está en la diferencia. Infidencias de la discriminación y exclusión por género en materia de salud en Colombia, OPS/OMS. Disponible online en: www.paho.org/Spanish/HDP/cpm-05-17.pdf

Corin, E. La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. En: Evans R. G.; Barer M. L. y Marmor T., *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1994.

Evans R. G. y Stoddart G. L. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En: Evans R. G.; Barer M. L. y Marmor T., *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1994.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay tres actividades. En la primera, los/las participantes leen individualmente, fuera del horario de clase, un artículo sobre inequidades sociales en salud. La segunda es una actividad grupal en la que los/las participantes discuten en grupos los principales hallazgos de sus artículos y preparan un informe. La tercera es una discusión con todo el grupo basada en los informes de los grupos.



10 mins

Actividad 1: Preparación para la lectura

Esta actividad debe ser presentada a los/las participantes el día previo a esta sesión, cuando todavía se está cursando el Módulo de Género.

Divida a los/las participantes en seis grupos y entregue a cada grupo una de las lecturas básicas clave sobre desigualdades e inequidades en salud. Puede seleccionar las lecturas de la lista que se incluye aquí o usar otras. Por lo menos dos grupos deben leer artículos sobre inequidades de género, dos grupos sobre inequidades de clase social/grupo de ingreso, y dos grupos sobre inequidades que surgen de otros determinantes sociales, como raza/etnia o lugar de residencia.

Pida a los/las participantes que lean sus artículos individualmente a la noche, fuera del horario de clases.

2 hrs
30 mins

Actividad 2: Informes sobre las lecturas



40 mins

Paso 1: Preparando el informe grupal

Esta actividad es para el día siguiente al que los/las participantes hayan leído los artículos.

Los que hayan leído el mismo artículo deben trabajar juntos para escribir el informe grupal. La guía explica cómo hacerlo.



1 hr

Paso 2: Presentando los informes grupales

Cada uno de los seis grupos presenta al grupo en general un informe con un resumen de los artículos que leyeron. Cada grupo tiene siete minutos para la presentación y otros tres a cinco minutos para hacer aclaraciones. Tome nota de los temas que ameriten ser discutidos en profundidad y retómelos en la discusión con todo el grupo.



50 mins

Paso 3: Discusión con todo el grupo

**Qué incluir en la
discusión**

Los factores sociales afectan muchos aspectos de la salud

Resuma los principales puntos de las presentaciones, poniendo especial atención en las formas en que la clase social, raza/etnia o género influyen sobre las diferentes dimensiones de la salud; desde el riesgo y la vulnerabilidad hasta los comportamientos de búsqueda de atención en salud, el acceso a los servicios de salud, y las consecuencias sociales y para la salud que pueden ocurrir a largo plazo.

Por ejemplo, vivir en un asentamiento pobre, con malas condiciones de vivienda y sanidad puede exponer a las personas a un mayor riesgo de contraer tuberculosis. La falta de servicios de salud accesibles puede dificultar que una persona infectada inicie el tratamiento. Además, por pertenecer a un sector de bajos ingresos, la persona puede no tener dinero para pagar el tratamiento.

Haga referencia a los temas considerados en la sesión sobre género y salud [Sesión 5] del Módulo de Género, y extienda la discusión para incluir otros determinantes sociales.

Inequidad y desigualdad

La discusión debe abordar después las distinciones entre diferencias y desigualdad por un lado, e inequidad por el otro. En salud pública, el concepto de inequidad en salud suele utilizarse para describir desigualdades percibidas como injustas. Este concepto proviene del reconocimiento de que las inequidades en el estado de salud de los individuos van a ocurrir, y por varias razones, muchas de ellas biológicas o producto del azar y por lo tanto

inevitables. Pero cuando se observa que los indicadores de salud de un grupo son constantemente más bajos que los de otro grupo, y que esas personas no tienen el mismo acceso a muchas de las condiciones sociales y materiales y demás recursos necesarios para una vida saludable, identificamos esta situación como inequidad en salud.

Equidad –ausencia de diferencias particularmente injustas– no es lo mismo que igualdad –ausencia de diferencias en general–. El uso del concepto de equidad en salud puede chocar con el de igualdad en salud, visto desde una perspectiva de derechos humanos. La búsqueda de equidad en salud significa intentar reducir las desventajas sociales o sus efectos sobre la salud entre los grupos más desprotegidos; y por lo tanto requiere concentrar la atención selectivamente en esos grupos, lo cual puede ser visto como un trato preferencial, y por ende desigual.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la igualdad –y la protección igualitaria de los grupos e individuos en las leyes– es un concepto crucial. Sin embargo, la igualdad y la no discriminación no significan igual tratamiento en todos los casos. Las leyes internacionales de derechos humanos reconocen la discriminación positiva a favor de los grupos más desprotegidos como medio para asegurar la igualdad genuina en la práctica.

Por consiguiente, equidad no es lo mismo que igualdad, pero es el compromiso de aumentar la igualdad de oportunidades para la salud y el desarrollo humano en grupos que han sufrido discriminación en la sociedad, y en este sentido tiene una gran relación con elementos importantes del marco de los derechos humanos presentado en el Módulo de Derechos.

¿Existen diferencias entre el género y otros determinantes sociales de la salud?

Sí. Una diferencia es que las inequidades de género interactúan con las inequidades de clase social, raza, casta o etnia, de manera tal que las mujeres deben enfrentar mayores desventajas en comparación con los hombres del mismo estrato social o grupo. Además, la construcción del género varía según la raza, casta, etnia, etc. No podemos considerar las relaciones de género de manera aislada. Una segunda diferencia, más importante aún, es que se suelen confundir las inequidades de género en el estado de salud con las que son producto de diferencias biológicas.

Puntos principales para cerrar la sesión

Las inequidades en salud surgen, en gran parte, de las diferencias en el status social y económico, y de las diferencias en el acceso al poder y a los recursos. Esto también es cierto para las inequidades de género en salud.

Las inequidades de género en salud coexisten e interactúan con inequidades relacionadas con otros determinantes sociales, lo que genera una desventaja adicional a las mujeres.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran



Guía

1

Cómo hacer el informe de las lecturas

Se le ha entregado a su grupo un artículo sobre desigualdades en salud. Después de leer el artículo individualmente discuta con los miembros del grupo las principales conclusiones y prepare una breve presentación escrita de no más de siete minutos. Designe a un miembro del grupo como vocero para que informe al resto de los/las participantes.

La presentación debe:

- comenzar con una breve introducción del artículo: título, autor(es), si es una investigación, una revisión o un capítulo de un libro
- describir la tesis o el argumento principal en no más de cinco o seis líneas: ¿de qué se trata el artículo? ¿qué nos dice sobre la manera en que la clase social, raza/etnia o género influyen sobre el estado de salud?
- explicar cómo el artículo construye los argumentos que apoyan la tesis principal.

No es necesario abarcar cada uno de los puntos del artículo o parafrasearlo página por página. Sólo rescate los ejes principales. Presente algunas tablas o gráficos (no más de tres) si es que contribuyen sustancialmente a ilustrar los argumentos.

Concluya con su propia reacción sobre el artículo. ¿Le pareció útil el artículo? ¿En qué maneras? ¿Hay puntos con los que no coincide del todo? ¿Por qué?

SESIÓN 3

Marco conceptual de múltiples niveles para comprender los determinantes sociales de la salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán los distintos niveles en los que actúan los determinantes de la salud (internacional, nacional, comunitario, familiar, individual, etc.)
- visualizarán los factores estructurales que subyacen tras el impacto de políticas y programas.

2 horas y 30 minutos



Materiales

- filmina: “Los distintos niveles de determinantes”, en la pág. 112
- varios juegos de tarjetas de tamaño A4 como mínimo, de cinco colores diferentes
- hilo, cinta adhesiva y una pizarra grande o un lugar del salón donde se puedan exhibir las tarjetas durante todo el curso

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 1991, **32**:425-436.
2. Cooper D. E. et al. *The impact of development policies on health: a review of the literature*. Ginebra, World Health Organization, 1990: caps. 2 y 7.
3. Dyches H. y Rushing B. International stratification and the health of women: an empirical comparison of alternative models of world-system position. *Social Science and Medicine*, 1996, **43**:1063-1072.

Lecturas para los/las participantes

Lecturas 2 y 3.

Lecturas sugeridas en español

Gómez Gómez E. Equidad, género y salud. OPS, Washington, marzo de 2001. Disponible online en: www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/equidadgenerosalud.pdf

Cómo conducir la sesión

Esta sesión comienza con una actividad en pequeños grupos para identificar los determinantes sociales de la salud que operan en varios niveles. Luego hay una actividad con todo el grupo en la que se construye un marco conceptual con el aporte de los distintos grupos y del/de la facilitador/a.



40 mins

Actividad 1: Construyendo un marco para el análisis



10 mins

Paso 1: Mirando los distintos niveles: de lo internacional a lo individual

Comience la sesión con una breve introducción de la actividad.

Filmina Muestre la siguiente tabla para ilustrar lo que usted quiere decir cuando habla de determinantes que actúan en varios niveles.



Los distintos niveles de los determinantes

Individual	Familiar	Comunidad	Nacional	Internacional
biológico o genético; edad; paridad; orden de nacimiento; educación; empleo; poder de toma de decisiones; estado civil	status social y económico del hogar dentro de la comunidad; acceso del hogar a los recursos	nivel de desarrollo; rural o urbano; estratificado u homogéneo; con o sin recursos de salud; normas de herencia, normas de lugar de residencia después del matrimonio	tamaño del país; población; nivel de desarrollo; tipo de gobierno; estructura del sistema de salud; hasta qué punto depende del mercado mundial; naturaleza de las políticas de salud y perfil de los paquetes de reforma del sector salud	escenario económico global e ideologías económicas dominantes; equilibrio de poder entre varias fuerzas geopolíticas; reforma del sector salud; régimen de derechos humanos internacionales

Pida a los/las participantes que den otros ejemplos de determinantes sociales de la salud que actúan en cada uno de estos niveles.



30 mins

Paso 2: Explorando los niveles en grupos

Divida a los/las participantes en cinco grupos. Pida a cada grupo que identifique los factores más importantes que influyen sobre el estado de salud de una persona en cada uno de los cinco niveles. A cada grupo se le entregan tarjetas de cinco colores diferentes (cada color corresponde a cada uno de los niveles).

Los/las participantes escriben cada factor en una tarjeta separada, del color correspondiente al nivel apropiado. Las tarjetas deben ser grandes, lo mismo que las letras, para que todos puedan leerlas cuando se cuelguen en la pizarra o la pared.

1 hrs
50 mins

Actividad 2: Construyendo el marco conceptual de varios niveles



20 mins

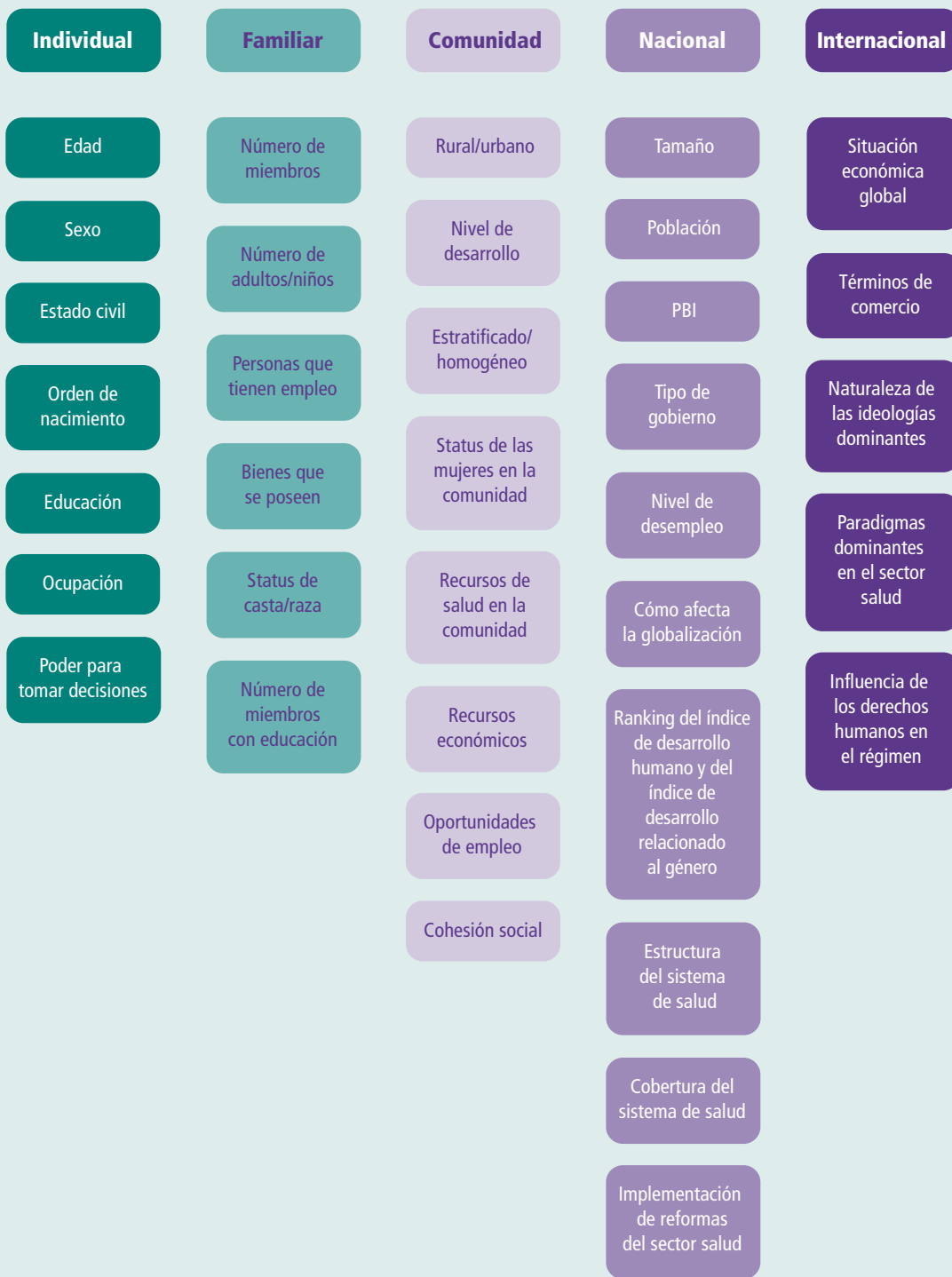
Paso 1: Mostrando las cartas

Necesitará una pizarra grande o una pared donde pueda dejar las láminas pegadas hasta el final del curso. Pegue cinco tarjetas con el encabezamiento de cada una de las columnas "individual", "familiar", "comunitario", "nacional" e "internacional".

Los grupos se turnan para pegar sus cinco tarjetas en las columnas debajo de cada encabezamiento. Un miembro de cada grupo se encarga de pegar las tarjetas.

Cada grupo agrega factores nuevos; los factores que ya se mencionaron no se repiten.

Ejemplos de factores propuestos por participantes del curso





Paso 2: Las conexiones entre los factores

Después de pegar las tarjetas, los grupos se turnan para explicar las conexiones entre los factores de los distintos niveles.

Puede pedir a cada grupo que se concentre en un factor, comenzando por uno de los niveles y trazando las conexiones con los otros.

Ejemplo: Una niña desnutrida

Considere el ejemplo de una niña desnutrida. Puede tratarse de una niña o de un niño que es el menor de muchos hermanos. Éste es un factor de nivel individual. La niña puede haber nacido en un hogar con recursos limitados, dentro de una comunidad donde los ingresos provenientes de la agricultura han disminuido dramáticamente debido a la caída de los precios internacionales de los productos básicos y la falta de poder de negociación del gobierno en el escenario internacional.

Ejemplo: Programas nacionales

Comenzando por el nivel nacional, un programa nacional para mejorar los mecanismos de riego mediante la construcción de una gran represa beneficiaría a algunas comunidades pero causaría el desplazamiento de otras. Si la comunidad es pequeña y tiene poco poder de negociación, es probable que no demande la implementación de un programa de rehabilitación y restablecimiento; ser integrante de un hogar pobre en una comunidad de ese tipo puede significar la pérdida de los medios de subsistencia y la vivienda, y quedar reducido a la miseria. Las mujeres del hogar serían las más afectadas.

Reconociendo la diversidad en el grupo

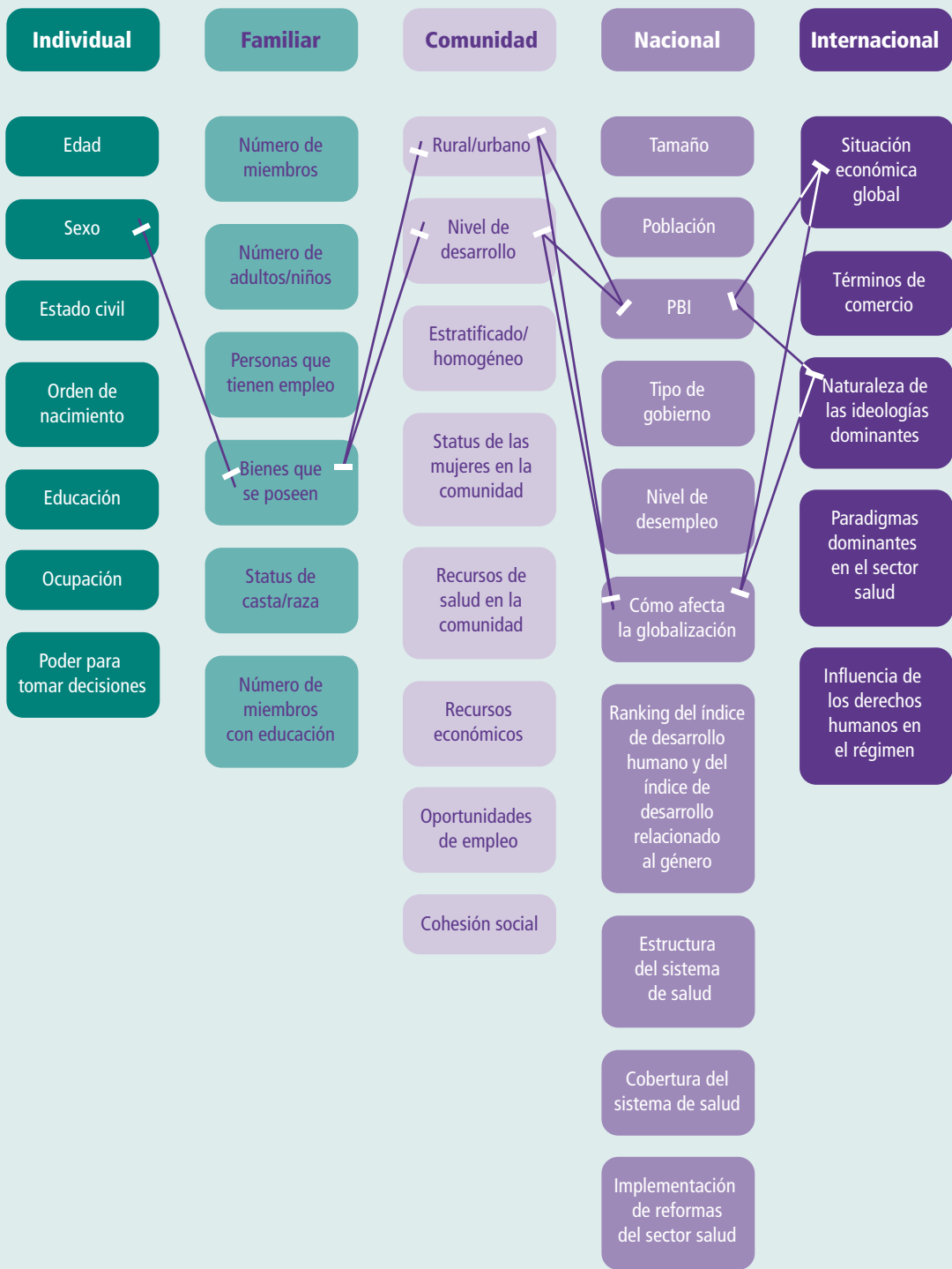
Si los/las participantes provienen de campos disciplinarios o inserciones institucionales diferentes (lo cual ocurre en un curso internacional) puede resultar útil discutir de qué manera los factores individuales, familiares, comunitarios y nacionales/provinciales varían en los distintos países.

Para trazar gráficamente las conexiones entre los diferentes factores use el hilo y la cinta adhesiva para relacionar las tarjetas que representan los distintos niveles.

Por lo general un factor se conecta con otros. Cuando cada grupo realiza su presentación, sus miembros deben tratar de identificar la mayor cantidad de vinculaciones posible.

En el curso que condujo el Women's Health Project en Sudáfrica, los administradores y responsables de programas de salud que participaron, rápidamente identificaron la ignorancia como un importante factor causante de problemas de salud. Por ejemplo, dijeron que las mujeres estaban desnutridas porque desconocían las dietas balanceadas. Esta experiencia brindó a la facilitadora la oportunidad para impulsar esta opinión, y llamar la atención sobre el desinterés por los derechos de esas mujeres –el derecho a la subsistencia– al igual que otros factores, como el alto costo de los alimentos nutritivos, y el hecho de que las mujeres no tengan derecho a poseer o explotar la tierra.

Factores de diferentes niveles que afectan la desnutrición de una niña en un país en vías de desarrollo



Puntos importantes para resaltar

Esta parte de la actividad puede llevar bastante tiempo. Trate de que la discusión y las preguntas no se extiendan demasiado, y asegúrese de que las conexiones entre los distintos niveles se completen en cuarenta o cuarenta y cinco minutos aproximadamente, de manera que los/las participantes no pierdan interés.

Los determinantes sociales de la salud actúan en varios niveles que van desde el individual al internacional.

Algunos de los determinantes en los diferentes niveles son comunes entre países y regiones, mientras que otros varían.

Es necesario no limitarse a los determinantes de nivel individual y familiar –más allá de atribuir la mala salud a ser mujer o ser varón– y tener en cuenta la falta de educación, los problemas en el acceso a los servicios de salud o el hecho de vivir en un asentamiento pobre con necesidades básicas insatisfechas.

En la base de muchos de los factores de nivel individual y familiar actúan grandes fuerzas políticas y económicas. Si no podemos ver las conexiones entre estos factores –que son fáciles de discernir– y los factores estructurales que actúan en el nivel macro, corremos el riesgo de terminar culpando a las víctimas y de ser incapaces de efectuar mejoras en la salud de ciertos grupos de la población. Al mismo tiempo, el impacto de las fuerzas nacionales e internacionales –por ejemplo, los programas de ajuste estructural y las reformas del sector salud– está regido por normas y prácticas a nivel comunitario y familiar.

Los cinco niveles actúan en conjunto, a veces en la misma dirección, y otras en direcciones contrarias –pero muchas veces en detrimento de los grupos marginalizados–.



Paso 3: Discusión grupal

Qué incluir en la discusión

A esta altura los/las participantes pueden sentirse intimidados o frustrados por las grandes fuerzas que actúan. Es importante analizar de qué forma el poder entender estas fuerzas puede ayudar significativamente a diseñar intervenciones mejores y más apropiadas.

Usando un ejemplo: El alto nivel de morbilidad reproductiva entre las mujeres de una determinada comunidad

Considere el tema de la alta morbilidad reproductiva entre las mujeres de una determinada comunidad. Un análisis de situación puede señalar la ausencia de servicios de salud reproductiva. Sin embargo, la razón de esta ausencia puede no ser la falta de recursos. Los servicios de salud del país pueden estar influidos por la política de financiamiento de los donantes (un factor del nivel internacional) que establece como prioridad el control del crecimiento de la población. Si éste es el factor que subyace tras la falta de servicios de salud reproductiva, la intervención necesaria no es movilizar más fondos sino hacer gestiones de lobby y *advocacy* en distintos niveles, como por ejemplo movilizar la opinión internacional en contra de la política del donante.

Mirando otros escenarios

Puede discutir otros ejemplos similares con los/las participantes. Por ejemplo, que una gran proporción de mujeres embarazadas que tienen complicaciones durante el trabajo de parto no acudan a una institución de salud puede ser una cuestión de empoderamiento. Si es así, sería bueno trabajar con las mujeres de la comunidad. Si además los caminos están en mal estado y no hay transporte, se debería involucrar al gobierno local para

mejorar las rutas; el centro de salud local debería presionar para conseguir un vehículo, o se deberían movilizar recursos de otros lados –por ejemplo de un proyecto especial del gobierno nacional– para comprar un vehículo. Si, por otro lado, la razón principal para que las mujeres no vayan es que, a partir de una recomendación del Banco Mundial sobre financiamiento del sector salud, los servicios dejaron de ser gratuitos, se deberán efectuar acciones en varios niveles: desde un fondo de salud comunitario para futuras madres, hasta gestiones de lobby y *advocacy* para concentrar la opinión pública en las consecuencias adversas de la introducción de los aranceles en los servicios de salud.

La importancia de entender los factores estructurales

Hay otra razón por la cual resulta importante entender los factores estructurales que afectan el acceso a las condiciones necesarias para tener buena salud y a los servicios de salud. Supongamos que estamos diseñando un programa de educación nutricional en una provincia o a nivel nacional, debido a que los resultados de una investigación mostraron que una dieta pobre contribuye de manera importante a la desnutrición infantil. Aproximadamente en ese mismo momento, el gobierno recorta los subsidios para alimentos y los alimentos básicos ya no se consiguen a precios subsidiados para los pobres. Inmediatamente el programa debería tener en cuenta que la educación nutricional sola no alcanza ya que los alimentos ahora son más caros. Para ser efectivo el programa deberá ser rediseñado, de modo de incluir, por ejemplo, el acceso a alimentos con precios subsidiados para los más necesitados.

Una mirada rápida a los derechos

El próximo módulo, sobre derechos, provee el marco y las herramientas conceptuales para mirar a los derechos involucrados cuando una persona sufre de mala salud, y para diseñar intervenciones y proponer políticas dirigidas no sólo a prevenir la negligencia o la violación de los derechos necesarios para prevenir la mala salud, sino también para permitir el ejercicio de los derechos esenciales para la buena salud.

Puntos principales para cerrar la sesión

Para diseñar intervenciones efectivas y apropiadas es necesario comprender los factores nacionales e internacionales que actúan por detrás de los factores individuales y familiares que afectan la salud.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran

SESIÓN 4

Explorando los vínculos entre género y otros determinantes de la salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- podrán distinguir los factores que afectan la salud de las mujeres:
 - que son comunes a mujeres y varones de un grupo social específico
 - que surgen de las diferencias biológicas entre mujeres y varones
 - que se relacionan con las diferencias de género en las normas y los roles y en el acceso a los recursos y su control, y con las relaciones de poder entre mujeres y varones dentro de un mismo grupo
- adquirirán habilidades para aplicar el marco de género y de los determinantes sociales para aportar información y dar forma a las políticas e intervenciones.



2 horas

Materiales

- filmina: “La historia de Miriam”
- un ovillo de lana o hilo y una tijera

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. La primera es un ejercicio participativo llamado “la tela de araña”. Incluye la lectura de un estudio de caso de una mujer con problemas de salud y la identificación de los factores que contribuyen para esta situación. La actividad revela, mediante la analogía de la tela de araña, cómo los diversos factores están entrelazados. La segunda actividad es una discusión grupal para ayudar a los/las participantes a comprender las vinculaciones y las diferencias entre sexo, género y otros determinantes sociales de la salud.



Actividad 1: La tela de araña

Paso 1: División del salón

El piso del salón se divide en cinco grandes cuadrados o rectángulos. Una mitad del salón se asigna para los tres factores que las mujeres tienen en común con los varones del mismo grupo social: factores económicos, socioculturales y políticos. Éstos están marcados en los tres grandes cuadrados o rectángulos en el piso. La otra mitad del salón se divide en dos cuadrados o rectángulos identificados como “sexo” y “género”, como muestra el diagrama en pág. 121.



Paso 2: Su presentación

Explique que esta sesión se basa en la sesión previa, en la que se abordaron los diferentes determinantes sociales de la salud y los distintos niveles en los que éstos actúan. El propósito es que podamos distinguir entre los determinantes que afectan la salud de las mujeres y los varones y los que afectan predominantemente la salud de las mujeres debido a las diferencias biológicas y de género. También apunta a examinar los vínculos entre estos dos tipos de determinantes.



Paso 3: “La historia de Miriam”

Muestre la **filmina** de “La historia de Miriam” o use otro estudio de caso que tenga potencial para una discusión similar.

Quando se realizó el curso en la Argentina, el estudio de caso utilizado en el ejercicio de la tela de araña fue "¿Cómo murió la Sra. X?", sobre una mujer que muere durante el parto. (Organización Mundial de la Salud. *Education material for teachers of midwifery. Foundation module: the midwife in the community.* Ginebra, OMS, 1996:11-30.)



La historia de Miriam

Miriam tiene treinta y seis años y seis hijos. Creció en un pueblo situado a 400 km de la ciudad capital de su país. Abandonó la escuela en segundo grado. Sus padres eran pobres, y la escuela quedaba a 3 km del pueblo. Su padre creía que dar educación a una niña era como "regar el jardín del vecino".

Cuando tenía doce años fue circuncidada, como parte de las costumbres de su tribu. A los dieciséis años se casó con un hombre que tenía tres veces su edad. Su padre recibió una dote significativa. Al año siguiente, dio a luz a un niño en su casa. El bebé nació muerto. El centro de salud quedaba a 10 km de allí, pero de todas formas no atendía partos. Miriam creyó que la muerte de su bebé se debía a los repetidos golpes y patadas que había recibido durante su embarazo, pero se la culpó por no ser capaz de engendrar un bebé sano.

Su esposo consideraba que estaba en todo su derecho a tener relaciones sexuales con ella, y habitualmente la forzaba a mantenerlas. Miriam no quería quedar embarazada una y otra vez, pero no podía elegir al respecto. No tenía tiempo para ir a la clínica, y cuando iba porque alguno de sus niños estaba enfermo, dudaba acerca de tocar el tema de la anticoncepción con las enfermeras.

Su vida con su esposo fue una larga saga de violencia. Luchaba para mantener su integridad física y moral durante los embarazos y la crianza de sus hijos. Debía cultivar su pequeña parcela de tierra para alimentarlos, ya que su esposo nunca le daba suficiente dinero. Varias veces se acercó al cura parroquial para solicitar ayuda. Siempre le aconsejaba que tuviera fe en Dios y que cumpliera con los sacramentos.

Un día su esposo la acusó de haberlo engañado con un hombre del pueblo. Sostuvo que la había visto conversando y riéndose con el hombre. Cuando ella le contestó, la golpeó en las piernas con un palo repetidas veces, gritándole "¡Eres una puta! ¡Te romperé las piernas!". Miriam fue gravemente herida; pensó que tenía una

fractura. Durante semanas no pudo moverse de su casa y no tenía dinero para pagar un transporte para ir hasta el centro de salud. Como no podía ir al mercado para hacer trueque, no tenía ningún ingreso y literalmente se moría de hambre.

Estaba aterrorizada por la violencia y temía que su esposo la siguiera golpeando. Había tenido suficiente. Ni bien pudo caminar, tomó a sus dos hijos más pequeños y abandonó el pueblo. Ahora vive en otro pueblo, es una refugiada dentro de su propio país, y vive con miedo de que su esposo la encuentre y la lleve nuevamente a su casa.

Demuestre con uno o dos ejemplos cómo funciona el ejercicio de la tela de araña.

Párese en el centro del salón con un ovillo de lana o hilo. Los/las participantes se turnan para leer el estudio de caso por partes, y luego de cada una o dos oraciones pregunte “¿Pero por qué?”.

Por ejemplo:

- Facilitador/a: Miriam abandonó la escuela en segundo grado. ¿Pero por qué?
 Participante 1: La escuela quedaba a 3 km de su pueblo.
 Facilitador/a: ¿Pero por qué?
 Participante 2: Era un pueblo pobre, lejos de la ciudad capital.

La persona que dio esta última respuesta identificó una razón que afectaría a los niños y las niñas del pueblo de Miriam. Este factor podría clasificarse como un factor económico –la falta de desarrollo del pueblo– o como un factor político –la falta de poder de negociación de la comunidad para asegurarse los recursos–.

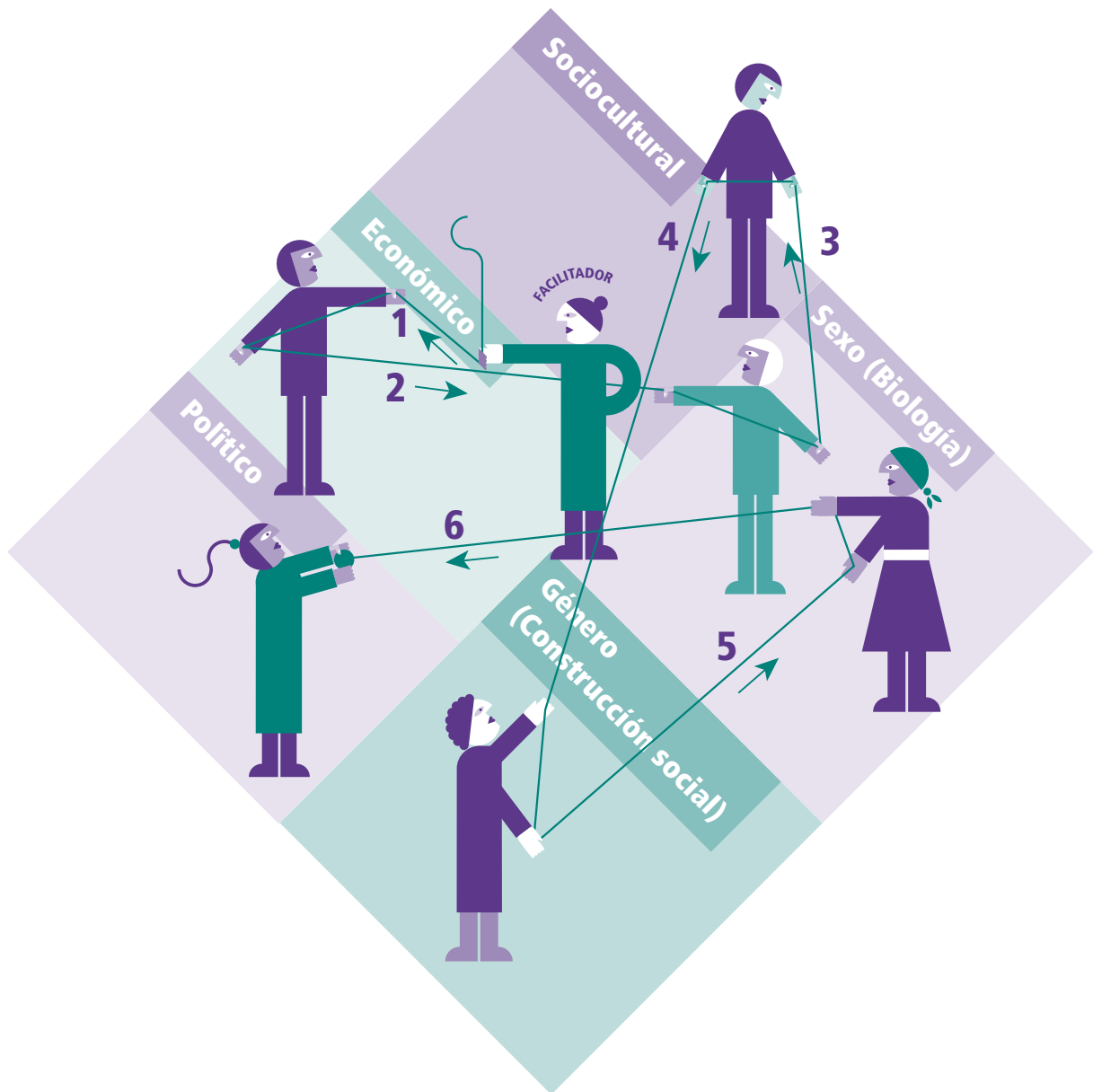
Ni bien el/la participante identifica que la razón está en la falta de poder del pueblo, el/la facilitador/a pregunta “¿Entonces cómo clasificaría este factor?”. El/la participante puede decir “económico”. En cuanto el/ella dice esto, debe ir a pararse en el cuadrado marcado como “económico”. El/la facilitador/a, parado/a en el centro con el ovillo de hilo, tomándolo de la punta se lo arroja al participante parado en el cuadrado “económico”. Puede avanzar un poco más y preguntar “¿Pueden clasificarlo como algún otro factor?” y otro participante puede decir “político”. El/ella deberá pararse en el cuadrado “político”, y la persona parada en el cuadrado “económico” deberá arrojarle el ovillo y quedar agarrado del hilo. Ahora los tres están unidos por el hilo.

Hay otra razón por la cual Miriam abandonó la escuela –su padre pensaba que la educación no era necesaria para las niñas–. Esto se clasificaría como “género”, y el ovillo debe pasar de la persona en el cuadrado “político” a la persona que identificó este factor y que deberá ir a pararse en el cuadrado “género”.

Y así hasta que se forma una compleja tela de araña de factores que subyacen tras la mala salud de una mujer.

Mantenga un ritmo animado

La actividad debe ser conducida con un ritmo activo, con una rápida sucesión de cada “¿Pero por qué?” luego de la identificación de un nuevo factor y de la incorporación de un nuevo participante a la tela de araña.





Paso 4: Cortando la tela de araña

Deberá decidir antes de la actividad en qué momento dejará de preguntar “¿Pero por qué?”. Limite esta actividad a no más de diez o doce preguntas.

Cuando se complete la tela de araña, estimule a los/las participantes a que encuentren puntos donde puedan cortarla. ¿Qué intervención se podría poner en práctica para cambiar la situación de Miriam? Esto puede hacerse mientras los/las participantes todavía están parados/as, enredados/as en la tela de araña.

Puede pedirle a los/las participantes que respondan desde una posición ventajosa específica

Facilitador/a: Si usted fuera un/a activista local, ¿dónde cortaría la tela de araña?
Participante: Yo intervendría para que Miriam pueda hacer frente a la violencia de su esposo; le daría refugio en mi casa y la ayudaría a cultivar su parcela de tierra.

Facilitador/a: Si usted fuera la enfermera de la clínica local, ¿dónde cortaría la tela de araña?
Participante: Sería sensible frente a los signos y síntomas de las mujeres golpeadas que vienen a la clínica. Las ayudaría a encontrar refugio y apoyo social a través de una agencia apropiada.

Facilitador/a: Si usted fuera del ministerio de Salud del gobierno nacional, ¿dónde cortaría la tela de araña?
Participante: Yo propondría el establecimiento de centros de asistencia para mujeres víctimas de violencia doméstica en los principales hospitales.

Y así sucesivamente.

A medida que cada participante responda, corte el hilo y libérela/a. Luego de tres o cuatro ejemplos de este tipo, los/las participantes regresan a sus asientos para iniciar la discusión.



Actividad 2: Discusión grupal acerca de cómo se vinculan los factores



Paso 1: Devolución de los/las participantes

Comience pidiendo a los/las participantes que compartan sus opiniones acerca del ejercicio. ¿Cómo se sintieron cuando estaban enredados? ¿Qué sintieron al cortar la tela de araña en un punto específico? ¿Qué lecciones les deja el ejercicio? ¿Qué creen que significó ese enredo?

Usualmente los/las participantes cuentan haberse sentido totalmente atrapados/as a medida que la tela de araña se iba construyendo, y tener la sensación de que nunca podrían dilucidar los problemas. Cortar la tela de araña en algunos puntos ayuda a visualizar acciones posibles que pueden realizar individuos o grupos, independientemente de lo complicada que parezca la situación o del nivel en el que la persona puede intervenir: individual, comunitario o nacional.

Qué incluir en la discusión

Dónde comenzar

Señale que la clave para cortar la compleja red puede ser comenzar con la propia mujer. Esto crearía un mayor espacio para que ella reflexione sobre su situación, interactúe con otras personas, facilitando así su empoderamiento y ayudándola a ver que el cambio es posible.

Ponga atención en el hecho de que en el ejercicio de la tela de araña, muchos factores de género también pueden clasificarse como socioculturales, por ejemplo la razón para la circuncisión de Miriam o para su casamiento a edad temprana. Este punto se debe discutir –que la cultura y la tradición no son neutrales en cuanto al género y pueden tornarse instrumentos de discriminación contra las mujeres–. Probablemente éstas sean las partes de la tela de araña más difíciles de cortar.

¿Dónde es importante cortar la tela de araña?

Los factores económicos, socioculturales y políticos que afectan la salud de las mujeres están tan entrelazados con los factores relacionados con el género y el sexo que parece que forman uno solo. Si bien es importante visualizar estos vínculos, es igualmente importante separarlos analíticamente para poder identificar el lugar más plausible y apropiado para cortar la trama.



Paso 2: **Una discusión más general**

Lleve la discusión a un nivel más general.

¿Qué factores afectan exclusivamente a las mujeres?

Explique que el ejercicio de la tela de araña identificó algunos factores que afectaban predominantemente o exclusivamente a las mujeres –por ejemplo la circuncisión femenina, el matrimonio a edad muy temprana y la violencia doméstica–. Otros factores eran comunes a mujeres y varones en la comunidad de Miriam –por ejemplo la distancia a la escuela y al centro de salud–.

Es importante analizar las cuestiones de salud de esta forma. Imagine por ejemplo que las mujeres de una comunidad tienen anemia ferropénica. Esto puede ser por causa de algo que afecta a mujeres y varones –lombriz intestinal (anquilostomiasis)–; o por causa de las diferencias biológicas entre mujeres y varones –malaria durante el embarazo–; o puede surgir de las diferencias de género –discriminación en la distribución de los alimentos, lo cual conduce a la desnutrición–. Cada una de estas causas requiere una intervención diferente.

Descubriendo los factores de sexo, género y otros factores

Pida a los/las participantes que den otros ejemplos de factores de género y sexo –como contraparte de los factores económicos, socioculturales y políticos– que operan en los distintos niveles, y que puedan ser responsables de una condición o un problema de salud.

A menos que se lleve a cabo un análisis para desentrañar los factores de género y sexo entre los demás factores que subyacen tras un problema, puede ocurrir que las intervenciones no apunten a las verdaderas causas, y de hecho, pueden actuar perjudicando aún más la situación de las mujeres. Existen muchos ejemplos de intervenciones de este tipo: concentrar los programas de educación para la salud en las mujeres suponiendo que la ignorancia es la causa de su desnutrición; no tratar el tema del sexo seguro con los varones y sí hacer las pruebas de detección de ITS y ofrecer tratamiento a las mujeres; etc.

La perspectiva de los determinantes sociales y el marco de los derechos

Dirija la atención de los/las participantes a los vínculos entre la perspectiva de los determinantes sociales y el marco de los derechos (que se introduce en el próximo módulo) en relación con la salud. Entender las causas sociales que subyacen tras los problemas de salud también nos ayuda a identificar



Paso 3:
**Conectando el
marco de varios
niveles con el
presente**

¿Cuál es la conexión entre el marco de varios niveles presentado en la Sesión 3 y éste?

La división de los factores que afectan la salud que son comunes a ambos sexos y los que son específicos de las mujeres puede hacerse para cada uno de los niveles de factores: individual, familiar, comunitario, nacional e internacional. Por ejemplo, la actitud del padre de Miriam respecto de la educación de las niñas es un factor de género que actúa a nivel de la familia. La ausencia de una escuela dentro de la comunidad es un factor económico o político que actúa a nivel comunitario, etc.

Una manera de visualizar las conexiones entre los dos marcos conceptuales es ver los cinco cuadrados en el piso como producto del análisis de cada uno de los cinco niveles que los/las participantes pegaron en la pared o pizarra en la sesión anterior.

Puntos principales para cerrar la sesión

Distinga entre los determinantes que afectan a mujeres y varones, y los factores sexo y género

Resulta útil distinguir entre los determinantes de la salud que son comunes a mujeres y varones y los que están relacionados con el sexo y el género, porque cada uno de estos grupos de factores requiere un tipo diferente de intervención.

El análisis de una situación de salud o un problema de salud específico deberá considerar explícitamente la dimensión de género y sus vínculos con otros determinantes del problema.

El diseño de intervenciones deberá basarse en un análisis de este tipo y tener en cuenta el potencial impacto de estas intervenciones sobre el género y las relaciones de poder.

Los problemas de salud causados por múltiples factores requieren una estrategia multidimensional

A menudo existen varios factores como causa de un problema, y se requiere una estrategia multidimensional para abordarlos simultáneamente.

La perspectiva de los determinantes sociales nos obliga a tener en cuenta la cuestión de los derechos

El análisis de una situación de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales también ayuda a identificar los derechos que son descuidados o violados y que contribuyen a generar o mantener el problema de salud. Abordar las violaciones o el descuido de los derechos también crea las condiciones necesarias para abordar la situación de salud.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran y Adelina Mwau

SESIÓN 5

Resumen del módulo

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Al finalizar esta sesión los/las participantes tendrán una visión general de las herramientas y los conceptos presentados en el Módulo de Determinantes Sociales, los vínculos entre ellos, y entre los instrumentos presentados en el Módulo de Género y en el Módulo de Determinantes Sociales.



15 mins

15 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión de aporte de información.

Qué debe incluir su presentación



Filmina Repase los puntos principales de la Síntesis del módulo y la “Estructura del Módulo de Determinantes Sociales”.

Resalte las herramientas y conceptos presentados en este módulo

- el género como uno de los determinantes sociales de la salud, que se entrecruza e interactúa con otros determinantes, como raza, clase social y etnia
- los diferentes niveles en los cuales actúan los determinantes sociales de la salud, incluyendo el género
- la distinción, en cada uno de los diferentes niveles, entre los factores que son comunes a mujeres y varones, y aquellos que son distintos para mujeres y varones debido a los factores biológicos y de género.

Los factores de género pocas veces actúan solos

Este módulo ubica la distinción entre sexo y género, y los conceptos de género tales como acceso a los recursos y su control y al poder y la toma de decisiones, en el contexto de los otros determinantes sociales de la salud. Esto provee una comprensión más sensible del género como un determinante social de la salud. Los factores de género pocas veces actúan solos o en un único nivel. En el diseño de políticas e intervenciones o cuando se evalúa si un programa o una política tuvo éxito o no generó impacto, es necesario ir más allá del análisis simplista de los problemas de salud usando sólo instrumentos de género.

Conexión con el Módulo de Derechos

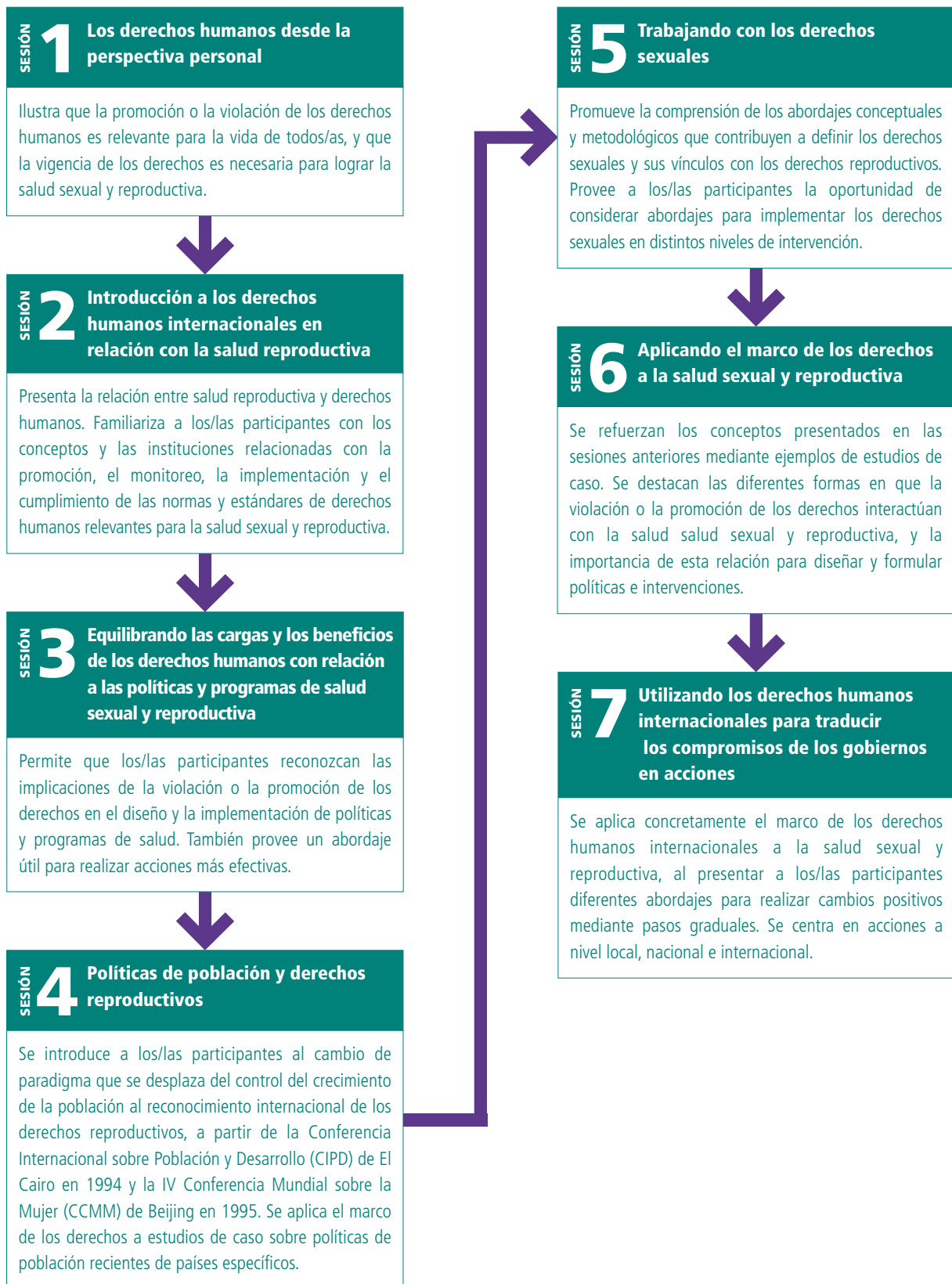
A lo largo del Módulo de Determinantes Sociales usted ha llevado la atención de los/las participantes hacia el hecho de que, en muchas instancias, la violación o el descuido de los derechos puede agravar situaciones de salud adversas. En el próximo módulo sobre derechos se presentan los conceptos y las herramientas para trabajar el tema de equidad

en salud, prestando especial atención a la no discriminación. Se enumeran las normas y las obligaciones de los actores estatales y no estatales. También ayuda a planificar y diseñar intervenciones que no se limiten a la simple satisfacción de las necesidades percibidas, y que incluyan la promoción y la protección activa de los derechos esenciales para el goce y mantenimiento de la salud de todos los miembros de la sociedad.

Módulo 3: **Derechos**



Estructura del Módulo de Derechos



MÓDULO 3

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Derechos

Los/las participantes:

- se familiarizarán con los conceptos básicos de derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos
- comprenderán cómo se definen los derechos en los documentos internacionales de derechos humanos, y cómo éstos son utilizados por los distintos actores (organizaciones no gubernamentales, gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas) a nivel nacional e internacional
- aprenderán acerca de las instituciones que promueven, monitorean, implementan y hacen cumplir las normas de derechos humanos relevantes para la salud sexual y reproductiva
- podrán aplicar los conceptos y la metodología de los derechos humanos en el análisis de programas, políticas e investigaciones de salud reproductiva
- adquirirán las aptitudes para conceptualizar y aplicar el marco de los derechos sexuales y reproductivos a los temas de salud reproductiva.

Ideas que sustentan el módulo

La necesidad de un abordaje de derechos sexuales y reproductivos

Este módulo pretende dotar a los/las participantes de los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar el marco de los derechos humanos en el análisis e implementación de políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esto incluye la comprensión de los contenidos y la naturaleza de los derechos sexuales y reproductivos, y del trabajo de las instituciones relevantes. El módulo también provee ejemplos concretos sobre la utilización del abordaje de los derechos sexuales y reproductivos.

Retomando el Módulo de Género y el de Determinantes Sociales, veremos cómo los derechos humanos y el marco de estos derechos pueden usarse para abordar los factores que afectan el estado de salud y la provisión de servicios de salud. La implementación de este abordaje debería ayudar a fortalecer las asociaciones locales, nacionales, regionales e internacionales preocupadas por la salud sexual y reproductiva.

La primera sesión presenta el concepto de derechos. Mediante un ejercicio grupal se examina el impacto que la promoción o la violación de los derechos ha tenido sobre la vida de los/las participantes para demostrar que el ejercicio de los derechos es necesario para la salud sexual y reproductiva. En este ejercicio se toma la experiencia personal de los/las participantes para relacionarla con los derechos humanos reconocidos internacionalmente. Identificar los aspectos de género de las experiencias relatadas por los/las participantes permite analizar los efectos de la violación simultánea de múltiples derechos (por ejemplo, la violación del derecho a la no discriminación junto con la violación de otros derechos,

como el derecho a la privacidad y la educación). También se hace hincapié en el hecho de que la violación de los derechos raras veces ocurre de manera aislada y que los efectos perjudiciales frecuentemente se combinan entre sí. Examinaremos las consecuencias de la violación de los derechos, así como también el impacto que producen las distintas formas de diseño e implementación de las políticas y programas de salud reproductiva sobre el ejercicio de los derechos. Esta sesión apunta a ayudar a que los/las participantes comprendan que el discurso de los derechos se puede usar de maneras muy diferentes: por ejemplo en *advocacy* o para formular políticas. Sin embargo, es posible lograr una comprensión consensuada de los conceptos básicos.

Una vez establecida la base conceptual, la segunda sesión presenta los principios y la práctica de la promoción y protección de los derechos humanos. La discusión pretende destacar los instrumentos básicos de las leyes de derechos humanos, incluyendo los documentos centrales y las instituciones clave. Trataremos las obligaciones de los gobiernos con los documentos internacionales de derechos humanos en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva. Este marco prepara el escenario para una discusión estructurada sobre los derechos reproductivos. Éstos deben entenderse como aquellos derechos que en los documentos internacionales de derechos humanos se refieren a la capacidad de una mujer para tomar y ejercer decisiones sobre su vida, y que por lo tanto afectan su salud sexual y reproductiva. Tanto en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) de Beijing, se reconoció que los derechos reproductivos constituyen la base y son una parte integral de la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, esta sesión es crucial para que los/las participantes puedan trabajar con los derechos reproductivos tal como éstos son entendidos por los gobiernos y las instituciones de poder. También aportará una herramienta crítica para lograr los cambios necesarios para mejorar la salud reproductiva.

La tercera sesión brinda una oportunidad para usar los conceptos y la metodología de los derechos humanos en relación con el análisis y mejoramiento de las políticas o programas de salud pública. El propósito del ejercicio es familiarizar a los/las participantes con la aplicación de los derechos humanos en su trabajo diario. La sesión provee las herramientas para trabajar en la integración de los conceptos de salud y derechos humanos dentro de las políticas y programas. La premisa subyacente es que aquellas políticas y programas que respetan los derechos humanos son mejores y más efectivas. El ejemplo que utilizamos se refiere a las pruebas de detección de VIH en trabajadoras sexuales, pero la metodología que se presenta puede servir para el análisis de cualquier política o programa de salud reproductiva.

La cuarta sesión se centra en los cambios nacionales e internacionales, ideológicos, políticos y metodológicos que han ocurrido en las políticas de población a partir de los procesos de las conferencias de El Cairo y Beijing. La sesión describe la historia de estos procesos a nivel internacional y brinda ejemplos sobre los cambios que tuvieron lugar a nivel nacional. También se analizan los cambios que aún son necesarios para operacionalizar los compromisos acordados por los gobiernos en El Cairo y Beijing.

La quinta sesión presenta el concepto de derechos sexuales. Los/las participantes consideran los esfuerzos nacionales e internacionales para implementar los derechos sexuales y los comparan y contrastan con los derechos reproductivos. Un ejercicio final da a los/las participantes la oportunidad de discutir de qué manera los derechos sexuales pueden ser útiles para su trabajo cotidiano. Las sesiones cuarta y quinta brindan a los/las participantes los elementos metodológicos y analíticos necesarios para implementar los derechos sexuales y reproductivos.

En las sesiones sexta y séptima los/las participantes aplican los conceptos y métodos usando ejemplos concretos. Se estimula a que los/las participantes apliquen las herramientas analíticas y metodológicas de las sesiones previas para comenzar a desarrollar estrategias tendientes a integrar los temas de derechos humanos en sus trabajos cotidianos. Hay tres opciones en la sexta sesión. En cada una de ellas se intenta destacar de qué modo la promoción o la violación de los derechos humanos puede interactuar con la salud sexual y reproductiva, y cómo el conocimiento de esto puede ayudar a moldear las intervenciones y las acciones. La sesión séptima trata sobre los esfuerzos –a nivel nacional e internacional– para implementar los derechos sexuales y reproductivos realizados a partir de los procesos de las conferencias de El Cairo y Beijing. Esa sesión se centra en una serie de actores, que incluyen las ONGs (organizaciones no gubernamentales), los gobiernos y el sistema de las Naciones Unidas. Finaliza con abordajes para determinar acciones útiles para el futuro. Esta sesión está dirigida a proveer a los/las participantes un enfoque que vincula sus propios trabajos con otras acciones que tienen lugar en sus comunidades y en el mundo.

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 14 hrs
Sesión introdutoria	Introducción al Módulo de Derechos	<ul style="list-style-type: none"> conocerán los objetivos y contenidos del módulo 	Aporte de información	15 mins
SESIÓN 1	Los derechos humanos desde la perspectiva personal	<ul style="list-style-type: none"> se darán cuenta de que la promoción o violación de los derechos es fácil de identificar y relevante para la vida de todos/as 	Trabajo en pequeños grupos	25 mins
		<ul style="list-style-type: none"> comprenderán que el ejercicio de los derechos es necesario para la salud sexual y reproductiva 	Discusión con todo el grupo	50 mins
SESIÓN 2	Introducción a los derechos humanos internacionales en relación con la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán la relación entre los derechos reproductivos y los derechos humanos se familiarizarán con los conceptos y las instituciones relevantes para la promoción, el monitoreo, la implementación y el cumplimiento de las normas y los estándares de derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva 	Los/las participantes leen, luego se hace una discusión con todo el grupo, complementada con aportes del/de la facilitador/a	2 hrs
SESIÓN 3	Equilibrando las cargas y los beneficios de los derechos humanos con relación a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán el impacto que la promoción o la violación de los derechos puede tener en la salud sexual y reproductiva 	Aporte de información	1 hr
		<ul style="list-style-type: none"> podrán utilizar el abordaje basado en la salud pública y los derechos para identificar y resolver problemas 	Trabajo individual y discusión en pares intercalada con discusión plenaria	1 hr 45 mins
SESIÓN 4	Políticas de población y derechos reproductivos	<ul style="list-style-type: none"> se familiarizarán con las conferencias de El Cairo y Beijing, y de qué modo son el resultado de la lucha de las mujeres y cómo han reorientado el discurso sobre población y desarrollo 	Lectura individual	Después de clase
		<ul style="list-style-type: none"> reconocerán que las políticas constituyen un campo de lucha y que los conceptos de salud y derechos reproductivos abarcados en este curso se basan en un abordaje de los derechos humanos preocupado por el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género y la equidad en la distribución de los recursos 	Aporte de información	1 hr
		<ul style="list-style-type: none"> podrán aplicar el marco de los derechos sexuales y reproductivos para analizar las políticas de control de población comprenderán cómo las políticas de población afectan los derechos sexuales y reproductivos y los servicios de salud sexual y reproductiva 	Discusión con todo el grupo	1 hr
SESIÓN 5	Trabajando con los derechos sexuales	<ul style="list-style-type: none"> aprenderán acerca de la evolución de los contenidos de los derechos sexuales y las cuestiones que surgen al ser reconocidos 	Aportes del grupo general y discusión	1 hr
		<ul style="list-style-type: none"> reconocerán que los derechos sexuales son un requisito para lograr tanto la salud sexual como la equidad de género 	Trabajo en pequeños grupos	45 mins
		<ul style="list-style-type: none"> comprenderán la diferencia entre los derechos reproductivos y los derechos sexuales podrán conceptualizar intervenciones prácticas para promover el ejercicio de los derechos sexuales en diferentes niveles (legislativo, sistema de salud, comunidad) 		

Esquema del módulo (continuación)

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 14 hrs
SESIÓN 6	Aplicando el marco de los derechos a la salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ● aplicarán los conceptos introducidos en las sesiones previas en ejemplos que resalten las diferentes formas en las que la violación o la promoción de los derechos interactúan con la salud sexual y reproductiva 	Trabajo en pequeños grupos	1 hr 15 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● se darán cuenta de que poder comprender estas interacciones puede ayudar en la formulación de las políticas e intervenciones 	Discusión con todo el grupo	1 hr
SESIÓN 7	Utilizando los derechos humanos internacionales para traducir los compromisos de los gobiernos en acciones	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con una serie de abordajes para aplicar los derechos sexuales y reproductivos en el trabajo que realizan ● contextualizarán sus trabajos en relación con una serie de actores que participan en esfuerzos similares 	Trabajo en pequeños grupos	20 mins
			Discusión con todo el grupo	40 mins
			Trabajo individual	10 mins
			Puesta en común con todo el grupo	50 mins
Sesión final	Resumen del módulo	<ul style="list-style-type: none"> ● tendrán una visión consolidada de las herramientas y los conceptos introducidos en el módulo y de los vínculos entre éstos 	Aporte de información	15 mins

Introducción al Módulo de Derechos

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



Usted presentará la estructura, los contenidos y los objetivos del módulo.

15 minutos

Cómo conducir la sesión



Haga la presentación del módulo usando las **filminas** de la Síntesis del Módulo:

- "Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Derechos"
- "Estructura del Módulo de Derechos"
- "Esquema del módulo".

SESIÓN

1

Los derechos humanos desde la perspectiva personal

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- se darán cuenta de que la promoción o violación de los derechos es fácil de identificar y relevante para la vida de todos/as
- comprenderán que el ejercicio de los derechos es necesario para la salud sexual y reproductiva.

1 hr
15 mins

1 hora y 15 minutos

Materiales

- Guía: “Testimonios personales sobre violaciones de derechos”
- Guía de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Esto se puede bajar de www.unhcr.ch/html/intlinst.htm
- papelógrafo o pizarrón para escribir

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. La primera se realiza en pequeños grupos. La segunda es una puesta en común y discusión con todo el grupo, donde los/las participantes deben arribar a conclusiones.

1 hr
15 mins

Actividad: Testimonios personales sobre violaciones de derechos



25 mins

Paso 1: Trabajando en pequeños grupos

La primera actividad debe llevarse a cabo sin hacer referencia ni recurrir a ningún documento de derechos humanos. Trabajando en pequeños grupos, los/las participantes identifican situaciones en las que consideran que se estén violando derechos.

Divida a los/las participantes en grupos de cinco. Entregue a cada persona la Guía “Testimonios personales sobre violaciones de derechos” donde se describe lo que deben hacer. Los grupos tienen veinte minutos para la discusión y tomar nota de los derechos que son relevantes en las historias que compartieron, lo que luego deben informar al resto del grupo.



15 mins

Paso 2: Puesta en común con todo el grupo

Pida al primer grupo que informe cuáles fueron los derechos que consideraron relevantes. ¿Por qué los consideran importantes? Escriba en el pizarrón o papelógrafo los derechos que se mencionan. Cuando liste los derechos, ubíquelos en dos columnas separadas: una para derechos civiles/políticos, y otra para derechos económicos/sociales y culturales.

Luego cada grupo agrega a la lista los derechos que no han sido mencionados. Coloque los derechos que no están reconocidos internacionalmente en la columna de la categoría con la que estén más relacionados. A esta altura no incursione en las historias que están por detrás de estos derechos.

Algunos de los derechos mencionados por participantes de cursos previos incluyen:

- el derecho a la salud
- el derecho a la seguridad
- el derecho a ser tratados/as de igual manera
- el derecho al respeto
- el derecho a la satisfacción emocional
- el derecho a la información
- el derecho a elegir
- el derecho a la dignidad
- el derecho a ganar un ingreso y mantener una familia
- el derecho a tomar decisiones acerca de la vida de uno/a
- el derecho a la educación.



Paso 3: Discusión:
Cómo impacta la violación de los derechos en la salud sexual y reproductiva

Solicite voluntarios/as que quieran compartir historias sobre violaciones de los derechos sexuales y reproductivos o violaciones de derechos que a su vez afectan la salud sexual y reproductiva.

Algunos ejemplos que han surgido incluyen:

- la mutilación genital femenina
- el derecho a ser informado/a cuando la pareja de uno/a es VIH positiva
- el derecho de los trabajadores de la salud a protegerse de la infección del VIH
- el derecho a elegir el/la compañero/a matrimonial, y a no ser forzado/a a un matrimonio acordado
- el derecho a usar el método anticonceptivo que uno/a elija sin que exista coerción manifiesta o encubierta por parte del sistema de salud
- el derecho a no ser discriminado/a en el mercado laboral por tener hijos/as.



Paso 4:
La Declaración Universal de Derechos Humanos

Distribuya copias de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH). Los/las participantes tienen entre cinco y siete minutos para leerla individualmente. Dígalos que salteen el preámbulo y que comiencen a leer a partir del Artículo 1.

Lea cada uno de los derechos listados en el pizarrón o papelógrafo y pida a los/las participantes que identifiquen qué artículo de la DUDH hace referencia a ese derecho. Si el tiempo es limitado, elija sólo los derechos que los/las participantes consideraron que afectaban la salud sexual y reproductiva.

A menudo surge la pregunta sobre si algo puede considerarse una violación de derechos aunque sea legal dentro de un país. Aclare que la respuesta es sí.

Aclare que los estándares de derechos humanos son relevantes para las leyes, las políticas y las prácticas. Los gobiernos tienen la obligación fundamental de promover y proteger los derechos, y también delimitan los estándares internacionales. Los gobiernos tienen la obligación de modificar sus leyes nacionales para que concuerden con los estándares de derechos

humanos internacionales y para asegurar que sus leyes no violen sus obligaciones con esos derechos. Aquellas personas que estén trabajando para lograr cambios en la legislación o en los procedimientos, pueden utilizar las normas de los derechos humanos internacionales para llamar la atención acerca de la brecha entre la ley nacional y el estándar internacional, y así hacer responsables a los gobiernos para que modifiquen sus leyes apropiadamente.

En el curso de Sudáfrica, algunas de las violaciones que afectan la salud sexual y reproductiva identificadas por los/las participantes incluyeron: la mutilación genital femenina, los casamientos forzados, la negativa de emplear a una mujer por tener niños pequeños, y las dificultades que enfrentan las mujeres pobres para acceder a los servicios de salud. Luego relacionaron la mutilación genital femenina con el Artículo 3 de la DUDH, que se refiere al derecho de las personas a la seguridad. El derecho a tomar decisiones acerca de la pareja matrimonial se encuentra en el Artículo 16, que afirma que el matrimonio debe concretarse sólo con el pleno y libre consentimiento de los esposos. La discriminación en el mercado laboral por tener un hijo fue interpretada como una violación del derecho a la igualdad, y se relacionó con los Artículos 1 y 2 y también con el 23. El artículo 21, que establece que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios públicos de su país, fue considerado como la afirmación del acceso igualitario a los servicios públicos de salud para las mujeres pobres.

Puntos principales para cerrar la sesión

Existen violaciones de derechos y obstáculos para el ejercicio de los derechos que pueden ser identificados.

La mayoría de las protecciones de los derechos relacionados con los temas que nos interesan están incluidas en los documentos internacionales de derechos humanos, pero los estándares existentes deben evolucionar y ser aplicados en situaciones nuevas.

Existen diferentes interpretaciones de los derechos. No obstante, la DUDH está escrita de tal forma que puede abarcar todas las posibilidades. Es necesario ser muy claros sobre cómo utilizar el lenguaje de los derechos: para *advocacy*, para la formulación de políticas, para responsabilizar a los gobiernos, etc.

Sesión desarrollada por Sofia Gruskin



Guía

1 Testimonios personales sobre violaciones de derechos



Tiene veinte minutos para completar estas tareas. Designe a un miembro del grupo como vocero para informar al resto del grupo durante la puesta en común.

1. Buscar en el pasado

Dedique dos minutos para recordar algún incidente en el que considere que fue violado un derecho.

2. Compartir

Comparta su historia con el resto del grupo si es que esto no le resulta incómodo.

3. Identificar los derechos

Al final de cada historia, la persona que está relatando debe tratar de identificar qué derechos piensa que son relevantes en la historia y en qué forma. Escríbalos. Luego los miembros del grupo pueden sugerir otros derechos que crean que son relevantes.

4. Hacer una lista

Inicie una lista de derechos a partir de los que usted mencionó y los que fueron sugeridos por los demás miembros de su grupo. Cada persona cuenta una historia hasta que hablen todos los que quieran hacerlo. Cada vez que un derecho sea relevante para más de una historia, coloque una X al lado.

Si el grupo es grande, trate de circunscribir las historias para evitar repeticiones.

5. Buscar diferencias sistemáticas

¿Existen diferencias sistemáticas en las violaciones de derechos que han relatado los distintos miembros del grupo? ¿Por ejemplo, de raza, clase y sexo? En otras palabras, ¿en comparación con los varones, tienen las mujeres mayores riesgos de que sus derechos sean violados, en particular el derecho a no ser discriminadas?

6. Generalizar para descubrir más derechos relevantes

Como paso final antes de volver al plenario, deténgase en las historias que se relacionan con la salud sexual y reproductiva. Si el grupo abordó la historia en términos generales, trate de profundizar un poco más y considere los derechos adicionales que pueda agregar a la lista. Por ejemplo, un incidente sobre trato irrespetuoso en una institución de salud cuando una persona acude para el tratamiento de una ITS puede haberse identificado como una violación al derecho a ser respetado/a. Sin embargo, si consideramos el aspecto más amplio de la prevención y el tratamiento de los problemas de la salud reproductiva, varios derechos inmediatamente aparecen como relevantes. En términos de derechos humanos, algunas de las cuestiones que podrían ser relevantes incluyen:

- el derecho a no ser discriminado/a
- el derecho a tener acceso a los servicios de salud
- el derecho a la información.

SESIÓN

2

Introducción a los derechos humanos internacionales en relación con la salud reproductiva

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán la relación entre los derechos reproductivos y los derechos humanos
- se familiarizarán con los conceptos y las instituciones relevantes para la promoción, el monitoreo, la implementación y el cumplimiento de las normas y los estándares de derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Aproximadamente 2 horas

Materiales

Guía provista en el manual

- Guía 1: “Los derechos humanos internacionales en relación con la salud reproductiva”. Esta guía es un bosquejo de los puntos clave y no un resumen definitivo. Usted la podrá reproducir tal como está, retomando cada uno de los puntos durante la discusión grupal. O también puede modificarla, elaborando un poco más cada sección, o centrándose específicamente en los puntos que considere importantes para su grupo particular.

Guías que deben ser preparadas por el/la facilitador/a

- Guía 2: La lista de las ratificaciones y reservas para todos los tratados de derechos humanos de todos los países representados en el curso. Esto se puede bajar de: www.unhcr.ch/. Clickear en “tratados”, elegir el tratado de derechos humanos que le interese y luego clickear en “status de las ratificaciones”.
- Guía 3: Cuadro: “Conferencias de las Naciones Unidas y los derechos humanos de las mujeres”, en la pág. 144
- Guía 4: Cuadro: “Ejemplos seleccionados de derechos reproductivos”, en la pág. 145
- Copias de los distintos documentos de derechos humanos mencionados en la Guía 1, que se pueden bajar de: www.unhcr.ch/html/intlnst.htm. Estos incluyen la Convención sobre los Derechos Políticos y Civiles, la Convención sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño, y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).

Filminas

- filmina del cuadro: “Obligaciones de los gobiernos de proteger, respetar y cumplir los derechos humanos”, en la pág. 142
- filmina del cuadro: “Conferencias de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de las mujeres”, en la pág. 144



2 hrs



- filmina del cuadro: “Ejemplos seleccionados de derechos reproductivos”, en la pág. 145

Otros materiales

papelógrafo o pizarrón para escribir

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Bilder R. An overview of international human rights law. En: Hannum H., ed. *Guide to international human rights practice*, 2da edición. Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1992:3-18.
2. Bunch C. Women's rights as human rights: toward a revision of human rights. *Human Rights Quarterly*, 1990, 12:486.
3. Eide A. Economic, social and cultural rights as human rights. En: Eide A.; Krause C. y Rosas A., eds. *Economic, social and cultural rights: a textbook*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995:1-40.
4. Hannum H. Implementing human rights: an overview of strategies and procedures. En Hannum H., ed. *Guide to international human rights practice*, 2da edición, Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1992:19-38.
5. Sullivan D. The public/private distinction in international human rights law. En: Peters J. y Wolper A., eds. *Women's rights-human rights: international feminist perspectives*. Nueva York, Routledge, 1995:126-134.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994. Nueva York, Naciones Unidas, 1996.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 2.

Lecturas sugeridas en español

Cook R. El derecho internacional y la salud de la mujer. En Gómez Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, OPS/OMS, 1993.

Cook R. Los derechos humanos internacionales de la mujer: el camino a seguir. En Cook R. (ed) *Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Bogotá, PROFAMILIA, 1997.

Petchesky R. Derechos y necesidades. Repensando las conexiones en los debates sobre salud reproductiva y sexual. En: Gruskin S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

Cómo conducir la sesión

Esta sesión consiste en la lectura y la discusión grupal de la Guía 1.



2 hrs

Actividad 1: Los derechos humanos internacionales y la salud reproductiva



10 mins

Paso 1: Comience con una breve introducción a esta sesión.

Lectura.

Parte 1:

Lo básico

Para que los/las participantes puedan usar los derechos reproductivos en sus trabajos cotidianos y aprovechar las protecciones que éstos ofrecen, deberán comprender tanto las oportunidades como los límites intrínsecos de las definiciones que han sido acordadas internacionalmente. La presente sesión pretende aportar el marco y la estructura básica de las leyes de derechos humanos internacionales como base para aplicar los derechos reproductivos en el resto de este curso.

Pida a los/las participantes que lean la Guía 1 individualmente, y que se detengan luego de leer la Parte 1 para realizar la discusión grupal. Tienen entre cinco y siete minutos para leer.



15 mins

Paso 2:

Resumen y

discusión

Pida a uno o más participantes que resuman los puntos principales de la Parte 1. Una vez que hayan cubierto los conceptos básicos de los derechos humanos, dirija la discusión hacia los derechos humanos específicos de las mujeres.

Qué incluir en la discusión

La esfera pública y la esfera privada

Pregunte a los/las participantes si creen que los derechos humanos de las mujeres son diferentes. ¿Por qué creen que es necesaria una convención de derechos humanos focalizada en la discriminación contra las mujeres? Señale que el hecho de que el movimiento moderno de los derechos humanos haya sido creado luego de la Segunda Guerra Mundial explica parcialmente su orientación pública y su limitada capacidad para monitorear lo que sucede en la esfera privada. Aclare el significado de esfera pública y esfera privada y las implicancias para los derechos humanos de las mujeres. Señale también que las mujeres pueden y deben reclamar sus derechos bajo todos los tratados, y que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) no es el único ni el principal recurso para sus derechos. Esa convención explica el significado de discriminación que luego puede ser utilizado en otras partes del sistema de los derechos para entender que las mujeres y los varones deben enfrentar diferentes obstáculos para poder ejercer sus derechos.

Varones y mujeres y los derechos humanos

Tome un derecho de la DUDH y pregunte a los/las participantes si creen que la violación de ese derecho sería igual para los varones y las mujeres. Por ejemplo, puede tomar el derecho a la información (Artículo 19), el derecho a la seguridad de las personas (Artículo 3), el derecho a la participación política en el propio país (Artículo 21) o el derecho al trabajo (Artículo 23). Señale los vínculos con el Módulo de Género, específicamente con la evidencia de la Sesión 3 acerca del acceso de las mujeres a los recursos y su control, y su participación política.

Para que los derechos de las mujeres no aparezcan como un reclamo separado, asegúrese de que esta sesión parta de un análisis de género que dirija la atención necesaria a las realidades de las mujeres. Resalte el hecho de que, mientras que legalmente todos los derechos comprenden a las mujeres, en la realidad muchas veces no se las incluye debido a la discriminación de género.

Un problema sistémico

Mencione la violencia doméstica y cómo la violación de los derechos humanos incluye la acción o la falta de acción por parte de un Estado en

relación con una situación abusiva. El problema sistémico es la cuestión de los derechos humanos, más que el acto individual. Una cuestión sistémica puede incluir muchas cuestiones: si existen campañas de educación y de concientización del público, si se investiga cuando ocurren hechos de violencia doméstica, si el sistema brinda apoyo a las mujeres que denuncian las violaciones, si existen refugios, acciones efectivas y si el público las conoce, etc.

Las instituciones también violan los derechos sexuales y reproductivos

Relacione esto con la discusión sobre las instituciones y los niveles del Módulo de Determinantes Sociales, y destaque cómo los derechos reproductivos y los derechos sexuales son violados por diferentes instituciones: el hogar, las instituciones religiosas, el Estado, los mercados y las organizaciones internacionales. El gobierno tiene la obligación no sólo de respetar y cumplir los derechos mediante políticas, leyes y programas, sino también de prevenir las violaciones de los derechos por parte de actores no estatales.



20 mins

Paso 3: Parte 2: Las obligaciones de los gobiernos

Los/las participantes leen la Parte 2 de la Guía 1 durante cinco o siete minutos. Pida a varios/as participantes que resuman los puntos principales relacionados con las leyes internacionales de derechos humanos y las obligaciones de los gobiernos.

Muestre la **filmina** de las obligaciones de los gobiernos en relación con el derecho a la salud y luego discúptala.



Obligaciones de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos

Ejemplo: el derecho a la salud

- **Respetar un derecho** significa que el Estado no puede violarlo directamente. Un gobierno viola su responsabilidad de respetar el derecho a la salud cuando es el responsable inmediato de proveer atención médica a ciertas poblaciones, como los presos o las fuerzas armadas, y decide arbitrariamente retirar esa atención.
- **Proteger un derecho** significa que el Estado debe prevenir las violaciones de derechos por parte de actores no estatales, y ofrecer algún tipo de reparación que las personas conozcan y a la que puedan acceder si ocurre una violación. Esto quiere decir que el Estado debe declarar la ilegalidad de toda situación en la que cualquiera (prestador público o privado, compañía de seguros, etc.) niegue automáticamente el seguro de salud o la atención médica a una persona sobre la base de su condición de salud. También sería responsable de asegurar que exista algún sistema de compensación ante una situación de este tipo, y que la gente lo conozca y pueda acceder a él.
- **Cumplir un derecho** significa que el Estado debe tomar todas las medidas apropiadas –incluyendo aunque no limitándose sólo a las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, y judiciales– para lograr el cumplimiento de los derechos, junto con la promoción del derecho en cuestión. Un Estado puede estar violando el derecho a la salud si no destina los recursos suficientes para responder a las necesidades de salud pública de todas las comunidades dentro de sus fronteras.

¿Cómo han logrado los gobiernos respetar, proteger y cumplir con los derechos?

Pida a los/las participantes que den ejemplos de casos en los que un gobierno haya cumplido exitosamente su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud sexual o salud reproductiva, y ejemplos en los que esta obligación no se haya cumplido. Algunos ejemplos positivos incluyen proveer educación sexual a los/las adolescentes, la implementación de un programa de maternidad sin riesgos, o un programa de planificación familiar que ofrezca acceso gratuito a los métodos anticonceptivos. La legislación estatal contra el acoso sexual en el trabajo o contra la violencia doméstica son ejemplos positivos de acciones del Estado para prevenir la violación de los derechos sexuales y reproductivos por parte de actores no estatales. Algunos ejemplos negativos incluyen políticas y leyes que restringen la disponibilidad del aborto, la ausencia de políticas de detección de cáncer de cuello de útero, y programas de planificación familiar que están integrados sólo con servicios de salud materno-infantil (y que por lo tanto pueden excluir a los varones).



Paso 4: **Dibujando el círculo de los derechos**

Éste es un ejercicio grupal rápido que demuestra cómo se interrelacionan los derechos:

- para todos los derechos se necesitan pasos negativos y positivos
- el ejercicio de un derecho se apoya en el ejercicio de otros derechos.

El ejemplo que se ofrece a continuación es sobre el derecho de una mujer a elegir el número de hijos que desea tener y el espaciamiento entre ellos, y la forma en que desea hacerlo (Artículo 16 de la CEDAW). Si desea puede elegir cualquier otro derecho relacionado con la salud sexual o salud reproductiva.

- Dibuje un círculo en el centro del papelógrafo o del pizarrón, y escriba “El derecho de una mujer a elegir el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos y la forma en que desea hacerlo” en el círculo.
- Dibuje otros círculos alrededor del primero y pida a los/las participantes que indiquen qué otros derechos son útiles o necesarios para posibilitar ese primer derecho.
- Luego dibuje líneas entre estos derechos en el modo en que se relacionen entre sí. El resultado será una figura parecida a una molécula.
- Ubique en el borde externo del diagrama los factores que no son derechos sino condiciones necesarias.
- Señale los diferentes actores que se necesitan para que cada uno de estos derechos sea posible.

Generalmente, los derechos relacionados que indican los/las participantes incluyen: libertad de información, leyes para proteger la integridad corporal y sancionar la actividad sexual forzada, acceso a los beneficios del progreso científico, y cambios en las actitudes culturales que permitan que las mujeres tengan menos hijos.



Paso 5: **Parte 3:** **Monitoreando los derechos y construyendo el compromiso político**

Los/las participantes leen la Parte 3 de la Guía 1 durante cinco o siete minutos. Pida que algunos/as participantes resuman los puntos principales relacionados con la fijación de parámetros y de mecanismos de monitoreo.

Averigüe lo que saben acerca de los derechos reproductivos y el cambio de paradigma posterior a la conferencia de El Cairo. Explíqueles que este tema se abordará con mayor profundidad en la Sesión 4.

Luego muestre la siguiente **filmina**, que también puede entregar como Guía 3. Señale los puntos principales.



Las conferencias de las Naciones Unidas y los derechos humanos de las mujeres

- Con anterioridad a la década de 1990, hubo varias conferencias de las Naciones Unidas sobre población pero no estuvieron centradas en los derechos.
- También hubo varias conferencias de Naciones Unidas sobre la mujer, pero no concentraron la atención en los derechos humanos o en cuestiones referidas a la reproducción y la sexualidad.
- En la primera Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, que se llevó a cabo en Teherán en los años sesenta, se mencionó el derecho a determinar el número y el espaciamiento de los hijos.
- En 1993, la segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena, preparó el campo para lo que luego ocurrió en El Cairo y más tarde en Beijing. Allí se afirmó que los derechos de las mujeres son derechos humanos; que la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo debería ser una prioridad para los gobiernos; y finalmente, que las mujeres tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud física y mental a lo largo de su ciclo vital, y que esto incluye el derecho a la atención de la salud adecuada y accesible y a una amplia variedad de servicios de planificación familiar.
- La primera vez que se estableció internacionalmente un marco comprehensivo para los derechos reproductivos a nivel gubernamental fue en El Cairo en 1994. En esta conferencia se enfatizó el vínculo entre población y desarrollo, y la satisfacción de las necesidades de las personas. Esto significó un desplazamiento de la atención en las metas demográficas abstractas, y se afianzó en los derechos reproductivos.



Paso 6: Parte 4: Derechos reproductivos

Los/las participantes tienen entre cinco y siete minutos para leer la cuarta y última parte de la Guía 1.

Los/las participantes resumen los puntos principales

Una vez más, pida a los/las participantes que resuman los puntos principales. Pídales que den algunos ejemplos de lo que consideran derechos sexuales y reproductivos: el derecho a elegir el/la compañero/a sexual, el derecho a rechazar las relaciones sexuales no consentidas, el derecho a elegir tener o no hijos, cuándo y cuántos, el derecho a la maternidad segura y abortos seguros, etc.

Los gobiernos y la perspectiva de género

¿Cómo impacta la perspectiva de género en las obligaciones de los gobiernos respecto de los tratados de derechos humanos que han sido ratificados? Por ejemplo, de acuerdo con la *Convención sobre los Derechos del Niño*, se puede requerir a los gobiernos que presenten informes sobre la salud infantil con datos específicos por sexo, y que implementen políticas y programas que permitan que las niñas disfruten el mismo derecho a la salud, la educación y los servicios sociales que los niños.

Los gobiernos y la perspectiva de los derechos reproductivos y sexuales

¿Qué significaría una perspectiva de derechos reproductivos y sexuales para las obligaciones de los gobiernos de acuerdo con los tratados de derechos humanos que han sido ratificados? El siguiente cuadro brinda algunos ejemplos que puede incluir en una filmina o distribuir como Guía 4.

Lea la **filmina**.



Ejemplos seleccionados de derechos reproductivos

Estos derechos pueden ser usados para proteger y promover la equidad de género en la salud sexual y reproductiva.

- **El derecho a la vida:** Tradicionalmente se entendió como el derecho de las personas a no ser privadas arbitrariamente de la vida. Ahora también incluye la obligación positiva de un Estado en relación con, por ejemplo, la mortalidad materna. Piense en las más de 515.000 mujeres que mueren anualmente durante el embarazo y el parto debido a complicaciones evitables.
- **El derecho a la integridad corporal y la seguridad de las personas:** Tradicionalmente se entendió como relacionado a las acciones referidas a los individuos que se encuentran en custodia del Estado. Ahora también incluye la seguridad contra la violencia sexual ya sea ejercida por la pareja o por otra persona. Asimismo, por ejemplo, con relación a los programas de población que obligan a la esterilización o al aborto, o aquellos que prohíben que las mujeres reciban servicios de planificación familiar.
- **El derecho a la privacidad:** Tradicionalmente se refería al hogar y a la correspondencia de una persona. Ahora también incluye algunas protecciones relativas a la sexualidad. En este sentido, el Comité de Derechos Humanos (cuerpo encargado de monitorear el cumplimiento por parte de los gobiernos de la Convención Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles), ha establecido, en relación directa con la sexualidad, que "es indisputable que la sexualidad está cubierta por el concepto de privacidad" y que "las cuestiones morales no son exclusivamente un tema de preocupación nacional y que están sujetas a la revisión de su consistencia con los instrumentos de derechos humanos internacionales".
- **El derecho a los beneficios del progreso científico:** Tradicionalmente entendido en relación con la transferencia de tecnologías entre los países del Norte y del Sur. Ahora, también puede incluir, por ejemplo, el reconocimiento de que el derecho de una mujer a controlar su propia reproducción obviamente puede ser mejorado mediante el acceso a microbicidas, métodos anticonceptivos femeninos, investigación para disponer de una mayor variedad de anticonceptivos masculinos y el acceso a abortos seguros.
- **El derecho a buscar, recibir e impartir información:** Tradicionalmente se entendía sólo en relación con los medios y la libertad de prensa. Ahora también en relación con la importancia del ejercicio de este derecho para la salud reproductiva, por ejemplo, respecto de la toma de decisiones reproductivas, la capacidad de una mujer para tomar decisiones informadas, así como su capacidad para protegerse de la explotación sexual, el abuso o las infecciones.

- **El derecho a la educación:** Tradicionalmente se entendía sólo en relación con la alfabetización. La alfabetización obviamente es decisiva para la salud reproductiva, pero también, dado que se reconoce que la sexualidad es un elemento de la personalidad humana, la educación es esencial para el desarrollo de este aspecto de las personas.
- **El derecho a la salud:** Tradicionalmente se entendía en referencia al derecho de los individuos a gozar del más alto nivel de salud física y mental. Ahora, cada vez más, se entiende en referencia a la obligación de los gobiernos de crear condiciones que aseguren el más alto nivel de salud para todos/as, e instalaciones para el tratamiento de enfermedades y para la rehabilitación. Los temas de salud ocupacional y ambiental también están cubiertos por este derecho. Asimismo, pone especial atención en la salud de las mujeres. Por ejemplo, esta interpretación evidenciaría la casi total falta de atención y recursos destinados a la detección temprana de cáncer de cuello de útero por parte de algunos gobiernos, o los programas de salud reproductiva estatales que existen para ciertos grupos de la población pero que no llegan a muchas comunidades marginales.
- **El derecho a la igualdad en el matrimonio y el divorcio:** Tradicionalmente se refería a la capacidad semejante de mujeres y varones para casarse o divorciarse. Este derecho ha sido muchas veces ignorado y violado. Esas violaciones han sido toleradas, reconocidas o hasta condonadas por los gobiernos, y en muchos casos este derecho permanece insidiosamente escondido o es ignorado en forma deliberada. Ya que es relevante para la capacidad de las mujeres de controlar y tomar decisiones sobre sus vidas, su importancia está comenzando a ser reconocida por los/las prestadores/as de salud reproductiva.
- **El derecho a no ser discriminado/a:** Tradicionalmente significaba que todas las personas debían ser tratadas como iguales y tener igualdad de oportunidades, incluyendo la garantía de igual protección bajo la ley. En los últimos veinte años se ha desarrollado la idea de igualdad sustantiva, que señala que ciertas distinciones son necesarias para promover derechos para personas en situaciones diferentes –pero que todas las diferencias de trato deben estar basadas en criterios razonables y objetivos y en la meta de promover los derechos–. Por lo tanto, los diferentes abordajes para niñas y niños en el desarrollo de las políticas y programas de salud reproductiva deben basarse en el reconocimiento válido de las diferencias de género. En la determinación de las diferencias se debe minimizar la influencia de los roles y las normas culturales de género prescriptas.

Puntos principales para cerrar la sesión

Queda claro lo que deben hacer los gobiernos

Las obligaciones de los gobiernos de promover y proteger los derechos humanos han sido claramente establecidas. Los gobiernos deben tomar ciertas medidas para lograr resultados, aunque los procesos para hacerlo pueden variar considerablemente.

Las instituciones y los procedimientos existen

Existen instituciones y procedimientos que ayudan a garantizar el monitoreo y la rendición de cuentas (*accountability*).

La ampliación de la "rendición de cuentas" dentro del marco tradicional

Los derechos reproductivos no son derechos nuevos pero han ayudado a expandir el marco tradicional de los derechos humanos y la obligación de los Estados de rendir cuentas en relación con temas relevantes para la salud sexual y reproductiva.

Sea claro sobre cómo está aplicando un derecho

Es necesario tener en claro si se está aplicando un principio a un nuevo conjunto de hechos y abogando por tal principio, o si se está afirmando algo que ya está formalmente aceptado dentro del sistema. Existen variaciones que dependen de si el lenguaje de los derechos se está utilizando para *advocacy*, para formular políticas, para responsabilizar a los gobiernos, etc.

Sesión desarrollada por Sofia Gruskin



Guía

1 Los derechos humanos internacionales en relación con la salud reproductiva

Es una síntesis de los puntos clave y no un resumen definitivo.

Parte 1: Temas básicos de los derechos humanos internacionales, que incluyen los documentos centrales, las instituciones clave y la relación con los derechos humanos de las mujeres

Las leyes de derechos humanos internacionales definen lo que los gobiernos pueden, lo que no pueden y lo que deben hacer con y para las personas. La implementación de las leyes de derechos humanos internacionales se apoya en primera instancia en las acciones de los propios gobiernos, aunque existen sistemas de control.

La obligación legal de implementar los derechos humanos se centra en los gobiernos, pero muchos otros actores de todo tipo tienen responsabilidades para promover los derechos, como las corporaciones, los/las prestadores/as de salud, etc.

Las leyes de derechos humanos están hechas para ser aplicadas de la misma manera a todas las personas, en todo el mundo, a través de todas las fronteras y en todas las culturas y religiones.

Los derechos humanos se refieren principalmente a las relaciones entre los individuos y el Estado. Las leyes de derechos humanos internacionales son las obligaciones que los gobiernos han acordado para ser efectivos en la promoción y protección de los derechos de las personas.

Cuando los gobiernos no cumplen con sus obligaciones, o cuando restringen deliberadamente los derechos sin una justificación válida, se los considera responsables por la violación de derechos, de acuerdo con las leyes internacionales.

El movimiento moderno de los derechos humanos fue creado luego de la Segunda Guerra Mundial y se centró en los abusos clave identificados en la raíz de ese conflicto. Esto explica en parte su orientación pública y los límites de su capacidad para proteger lo que ocurre en la esfera privada.

El documento clave de derechos humanos es la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH). No es un documento con poder legal; representa las aspiraciones compartidas por los gobiernos sobre qué son los derechos humanos, y por qué deben existir para todas las personas en cualquier lugar.

Las dos convenciones, la *Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y la *Convención Internacional de Derechos Políticos y Civiles*, aclaran con mayor detalle los derechos establecidos en la DUDH. A diferencia de ésta, son documentos con poder legal en los países que los han ratificado.

A estos tres documentos en conjunto se los suele denominar *Carta Internacional de Derechos Humanos*. Otros documentos de derechos humanos profundizan y en algunos casos trascienden a estos tres documentos. Así, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer* (CEDAW) o la *Convención sobre los Derechos del Niño*, que pueden parecer particularmente útiles para el trabajo en el tema de derechos sexuales y reproductivos, no deben ser leídas en forma separada. La comprensión de las obligaciones de los gobiernos de acuerdo con los tratados de derechos

humanos continúa desarrollándose, de manera que la interpretación de los derechos contenidos en la *Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos* tiene ahora mayor sensibilidad respecto de la equidad de género que hace algunos años. Los gobiernos tienen la responsabilidad legal de cumplir simultáneamente todas sus obligaciones, respetando todos los tratados que hayan ratificado.

Los derechos que se consideran “más” civiles y políticos incluyen derechos como el derecho a la vida, a no ser torturado, a votar, el derecho a la información y a la asociación. Los derechos que se consideran “más” económicos, sociales y culturales incluyen derechos como el derecho a la educación, al trabajo y al más alto estándar de salud que se pueda lograr.

Los derechos humanos se utilizan de distintos modos por distintos actores: como base para tomar decisiones respecto de políticas y programas; para analizar lo que hace o no hace un gobierno y señalar que las faltas pueden ser legalmente reconocidas como violaciones; y tal vez como una herramienta de *advocacy*. Algunos utilizan principalmente el sistema formal de los derechos (los tratados internacionales y su reflejo en las leyes nacionales) y otros utilizan ante todo los principios que están detrás de estos derechos (informal). Dadas estas diferencias, siempre es importante tener claro cómo se está utilizando el lenguaje de los derechos y con qué propósito.

Parte 2: Obligaciones de los gobiernos de acuerdo con las leyes internacionales de derechos humanos, que incluyen las limitaciones permitidas de derechos

Para cada derecho, los gobiernos tienen tres niveles de obligación: tienen que respetar el derecho, protegerlo y cumplirlo. Respetar un derecho significa no violarlo directamente. Proteger un derecho significa establecer las leyes que habiliten los mecanismos para prevenir su violación por parte de los actores no estatales. Cumplir un derecho significa adoptar las medidas necesarias para instaurar las instituciones y los procedimientos, así como la distribución de recursos, para permitir que las personas puedan gozar de un derecho.

La maquinaria de los derechos humanos reconoce que los recursos y otras restricciones pueden imposibilitar que un gobierno cumpla con todos los derechos en forma inmediata y completa. En términos prácticos, el compromiso con el derecho a la salud requiere más que la aprobación de una ley. Requerirá recursos económicos, personal capacitado, instalaciones y, sobre todo, una infraestructura sostenible. Por lo tanto, generalmente se entiende que el cumplimiento de los derechos se va logrando en forma progresiva, lo que implica un progreso sostenido hacia un objetivo.

Se supone que la vigilancia del cumplimiento de los derechos de las personas se realiza en primer lugar a nivel nacional, por parte de los gobiernos.

Si los gobiernos fracasan o no tienen voluntad para hacer cumplir los derechos de las personas, se puede utilizar el sistema internacional para establecer un diálogo y a veces también para criticar la situación. Es importante reconocer que, en gran medida, el trabajo en torno a los derechos relacionados con la salud consiste en incorporar estándares de derechos para fortalecer las prácticas de los Estados, y no sólo en denunciarlos por sus fracasos.

Para determinar si un gobierno está haciendo todo lo posible para asegurar que los derechos se respeten, primero debemos observar el alcance de sus obligaciones (respetar, proteger, cumplir), y luego las limitaciones permitidas de esos derechos. A partir de allí es posible comenzar a determinar si ha ocurrido una violación.

Los gobiernos pueden restringir la mayoría de los derechos legítimamente. Esto significa que la mayoría de los derechos no son absolutos. Los derechos que nunca pueden ser restringidos, aunque se justifique como una necesidad para el bien público, son el derecho a no ser sometido a torturas ni a la esclavitud ni a la servidumbre, el derecho a un juicio justo y el derecho a la libertad de pensamiento.

La salud pública es una justificación válida para restringir la mayoría de los derechos. Por ejemplo, la interferencia de un Estado en la libertad de movimiento cuando es necesario para imponer cuarentena o aislamiento en un momento particular debido a una enfermedad contagiosa seria, como la fiebre Ebola. Ésta es una restricción necesaria para el bien público y por lo tanto podría considerarse legítima según las leyes internacionales de derechos humanos. Los principios básicos que se deben considerar antes de que un derecho pueda ser legítimamente restringido, como en el caso del mencionado ejemplo, están desarrollados en los Principios de Siracusa. Estos principios se discutirán en detalle en la Sesión 3.

Parte 3: **Monitoreando los derechos a nivel internacional mediante los tratados de derechos humanos. Construyendo compromisos políticos mediante los procesos de las conferencias internacionales como El Cairo y Beijing**

Los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos

Cada tratado de derechos humanos de la ONU tiene un órgano de vigilancia llamado comité, que vigila el cumplimiento de los Estados que se han comprometido legalmente con el tratado (ratificación). La ratificación de un tratado de derechos humanos de la ONU por parte de un Estado implica que tiene la intención de participar en el proceso de monitoreo.

El cumplimiento de las obligaciones de un gobierno respecto de un tratado en particular, así como el alcance de ese cumplimiento, es monitoreado mediante un sistema de informes periódicos que el gobierno debe presentar al comité que corresponda.

En esos informes se presenta información sobre las medidas adoptadas para implementar sus obligaciones, las dificultades que hayan surgido al hacerlo, y cómo se han incorporado las obligaciones en las leyes locales.

El informe debe abarcar tanto la ley como la práctica.

A pesar del interés de los gobiernos por justificar sus acciones, los informes son cada vez más efectivos. Esto se debe a que está disminuyendo gradualmente la probabilidad de que los órganos de vigilancia de los tratados los acepten con los ojos cerrados. Los órganos de vigilancia también reciben información de las ONGs, a menudo como "informes alternativos", que luego puede ser utilizada para cuestionar el informe oficial del gobierno. El trabajo de las ONGs es crucial para este proceso.

Los órganos de vigilancia de los tratados también producen "Comentarios Generales" y "Recomendaciones Generales", que pueden ayudar a una mejor interpretación de los derechos contenidos en el tratado. Por ejemplo, el órgano de vigilancia que monitorea la Convención de las Mujeres ha formulado recomendaciones sobre salud, violencia contra las mujeres y VIH/SIDA.

Conferencias internacionales – compromisos políticos

Las declaraciones y los programas de acción de las conferencias internacionales como las de El Cairo y Beijing son clave para avanzar en la agenda de los

derechos humanos porque aclaran y otorgan contenido a ciertos derechos y grupos de derechos, por ejemplo al lograr consenso internacional a nivel gubernamental sobre la noción de derechos reproductivos en una serie de conferencias internacionales a partir de El Cairo.

Si bien las conferencias internacionales no producen leyes nuevas, su importancia radica en que reflejan los compromisos de los gobiernos en un nivel muy alto. También son importantes para dar visibilidad a nuevas cuestiones.

Estos compromisos de los gobiernos se refieren a acciones gubernamentales y a lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer a nivel nacional e internacional. No se trata solamente de establecer una declaración de principios, sino también un programa de acción que sea relevante para el trabajo de planificación y formulación de políticas y programas en salud reproductiva.

Además, los órganos de vigilancia de los tratados han comenzado a utilizar los compromisos de El Cairo y Beijing sobre derechos reproductivos en su diálogo con los gobiernos. Esto ha ayudado a que los gobiernos asuman una mayor responsabilidad sobre el cumplimiento de las cláusulas de los documentos.

Parte 4: **Cómo pensar la salud reproductiva en el contexto de los derechos humanos, y por lo tanto de los derechos reproductivos**

Los derechos reproductivos no son derechos nuevos. Se relacionan con la capacidad individual de un hombre o de una mujer para controlar y tomar decisiones sobre su propia vida, que afectarán su salud sexual y reproductiva. De acuerdo con el consenso internacional no se han creado nuevos derechos. Más bien, las constelaciones de derechos que conjuntamente conforman lo que llamamos derechos reproductivos han sido identificadas dentro de los documentos de derechos humanos existentes.

Los derechos reproductivos deben ser protegidos no sólo por los derechos específicos que abarcan en sí mismos, sino también porque son una condición esencial para poder ejercer otros derechos sin discriminación.

Los derechos reproductivos significan considerar bajo una luz totalmente nueva las obligaciones de los gobiernos según los documentos de derechos humanos. Por ejemplo, considere el derecho a la educación, la salud y los servicios sociales en relación con todas las causas conocidas de mortalidad materna. Un gobierno que no provee educación, salud y servicios sociales a las mujeres jóvenes en edad reproductiva estaría violando estos derechos que ahora son reconocidos como parte de los derechos reproductivos. Probablemente esto no haya sido así antes de la conferencia de El Cairo.

Considere los elementos adicionales de información que la perspectiva de género y el reconocimiento de la existencia de los derechos reproductivos y sexuales pueden aportar para que los gobiernos den cuenta de su responsabilidad respecto de los tratados de derechos humanos que han ratificado. Reflexione acerca de las dimensiones adicionales que trae la consideración de un derecho desde esta perspectiva. Por ejemplo, el derecho a la integridad corporal y la seguridad de las personas tradicionalmente se entendía relacionado con acciones acerca de los individuos que se encuentran en custodia del Estado. Pero ahora también se puede interpretar como la seguridad de no sufrir violencia sexual ya sea por parte del compañero íntimo o de otra persona.

SESIÓN 3

Equilibrando las cargas y los beneficios de los derechos humanos con relación a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán el impacto que la promoción o la violación de los derechos puede tener en la salud sexual y reproductiva
- podrán utilizar el abordaje basado en la salud pública y los derechos para identificar y resolver problemas.



2 horas y 45 minutos

Materiales

- Guía: “Estudio de caso para el análisis de una intervención en salud reproductiva”
- filmina: “Los principios de Siracusa”, en la pág. 153
- filmina: “Políticas de población del país X”, en la pág. 154
- filmina: “Cuatro cuadrantes: la calidad de los derechos humanos y la salud pública en un programa”, en la pág. 155
- papelógrafo

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Alexander P. Sex workers fight against AIDS: an international perspective. En: McClintock A., ed. *Sex workers and sex work*. Durham, Duke University Press, 1994.
2. ECOSOC. *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*. Nueva York, United Nations, 1984:1-6 (UN Doc. E/CN.4/1984/4).
3. Gostin L. y Mann J. Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. En: Mann J. M.; Gruskin S.; Grodin M. A. y Annas G. J., eds. *Health and human rights: a reader*. Nueva York, Routledge, 1999:54-71.
4. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. The public health–human rights dialogue. En: Mann J. L.; Gruskin S.; Grodin M. A. y Annas G. J., eds. *Health and human rights: a reader*. Nueva York, Routledge, 1999:46-53.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 4.

Lecturas sugeridas en español

Gruskin S. Las implicancias conceptuales y prácticas de los derechos reproductivos y sexuales. ¿Cuánto hemos avanzado? En: Gruskin S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

Shepard B. El doble discurso sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el abismo entre las políticas públicas y los actos privados. En: Gruskin S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. Comienza con una presentación del/de la facilitador/a. En la segunda actividad, los/las participantes trabajan individualmente y luego en pares, y se intercalan discusiones grupales y aportes del/de la facilitador/a.

**Actividad 1: Los derechos en el contexto de las políticas o programas de salud****Paso 1: Introduciendo el tema**

Comience con una introducción sobre el propósito de esta sesión –que los/las participantes reconozcan las implicancias de la violación de derechos o de la promoción de derechos en el contexto de las políticas y programas de salud, para que puedan diseñar e implementar políticas y programas más efectivos–.

Qué debe incluir en su presentación

Filmina Comience explicando los principios de Siracusa, a los que se hizo referencia brevemente en la Sesión 2.

Los principios de Siracusa

Cuando los gobiernos necesitan limitar algún derecho, por ejemplo el derecho a trasladarse libremente o el derecho a la información, deben aplicar ciertos criterios. Las restricciones:

- deben estar de acuerdo con las leyes o políticas
- deben perseguir un objetivo legítimo
- deben ser estrictamente necesarias para lograr ese objetivo
- debe usarse la alternativa menos restrictiva
- no deben imponerse de manera irracional o discriminatoria.

La idea es que la restricción sea el último recurso luego de que el gobierno haya agotado todas las otras vías.

Ilustrar con un ejemplo.



Políticas de población del país X

Frente a una severa crisis económica, con creciente desempleo, inflación y pobreza extrema, el gobierno del país X ha decidido introducir severas medidas de reducción de población. El gobierno cree que el crecimiento de la población en su país neutraliza los esfuerzos para el desarrollo, y que la opción de política más efectiva sería intensificar las medidas de reducción de población avaladas por el Estado. En un esfuerzo para disminuir drásticamente la tasa de fecundidad, se están introduciendo tecnologías anticonceptivas cuya seguridad y eficacia aún no han sido adecuadamente probadas. También se está considerando un programa de premios y castigos. De acuerdo con esta política, el número de hijos que tiene una mujer determina el método de planificación familiar que debe usar. Las que no tienen hijos pueden usar anticonceptivos orales, las que tienen un hijo pueden usar el DIU, y las que tienen dos o más hijos son esterilizadas. Antes de que se implementara esta política, las dificultades para acceder a los recursos, sumadas a la alta frecuencia de embarazos y la inadecuada atención de la salud, tenían como resultado altas tasas de morbilidad reproductiva en las mujeres. La nueva política no aborda estos temas e introduce los servicios de planificación familiar en un contexto de alta morbilidad reproductiva sin el respaldo de una atención integral de la salud reproductiva.

Evalúe este ejemplo contrastándolo con los principios de Siracusa. Algunos puntos útiles para la discusión:

- Principio: De acuerdo con la ley.** En el ejemplo, se ha implementado una política, lo cual significa que este principio ha sido tenido en cuenta. El marco de una política asegura la posibilidad de que el gobierno tenga que asumir responsabilidades, y que el contenido de la política pueda ser evaluado, corregido y cuestionado. Esto difiere de situaciones en las que los representantes del gobierno deciden acciones sin que exista una política.
- Principio: Debe perseguir un objetivo legítimo.** En el ejemplo, el objetivo no está claro. Intentar superar la severa crisis económica es un objetivo legítimo, pero no está claro si el objetivo es enfrentar esa crisis o reducir el crecimiento de la población per se. Cualquiera de los dos objetivos puede ser legítimo, pero se debe considerar la cuestión.
- Principio: Principio: Debe ser estrictamente necesario para lograr el objetivo.** Cualquiera sea el objetivo, es difícil justificar esta política como estrictamente necesaria para lograrlo.
- Principio: La alternativa menos restrictiva.** Una vez más, una evaluación incluiría preguntar si al menos es posible ofrecer la variedad de métodos disponibles a todas las mujeres y todos los varones que procuren servicios de planificación familiar.
- Principio: No debe ser impuesta de manera irracional o discriminatoria.** Si bien la política no parece ser explícitamente discriminatoria, no queda claro quiénes serán los beneficiarios. Está dirigida sólo a mujeres y no a varones, y discrimina a las mujeres sobre la base del número de hijos que han tenido. También es probable que afecte más a las mujeres pobres que a las de mayor poder adquisitivo, que tienen la opción de acudir al sector privado para obtener servicios de planificación familiar.



Paso 2:
Una metodología para maximizar los elementos de salud pública y derechos humanos de los programas y políticas

Esta metodología fue adaptada de: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. The public health–human rights dialogue. En Mann J. M.; Gruskin S.; Grodin M. A. y Annas G. J., eds. *Health and human rights: a reader*. Nueva York, Routledge, 1999:46-53.

Presente a los/las participantes la siguiente metodología que intenta maximizar la calidad de las políticas y programas tanto en términos de salud pública como de derechos humanos.

Hay cuatro pasos:

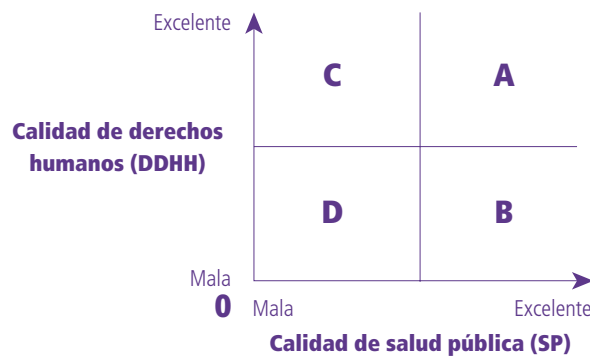
1. Considerar hasta qué punto una política o programa representa “una buena salud pública”.
2. Considerar hasta qué punto respeta los derechos y los promueve.
3. Considerar cómo obtener el mejor equilibrio entre salud y derechos.
4. Considerar si éste es el mejor abordaje del objetivo de salud pública que la política o programa intenta lograr.



Paso 3:
Trabajando a través de los diferentes pasos

Este gráfico lo ayudará a recorrer los diferentes pasos.

Cuatro cuadrantes: La calidad de los derechos humanos y la salud pública en un programa



EXPLICACIONES SOBRE LOS SECTORES:

A: el mejor caso	B: necesita mejorar la calidad de derechos humanos
C: necesita mejorar la calidad de salud pública	D: el peor caso; necesita mejorar la calidad de salud pública y de derechos humanos

Acerca del gráfico:

- eje vertical: calidad de derechos humanos
- eje horizontal: calidad de salud pública
- cuadrante A: derechos humanos óptimos y salud pública óptima
- cuadrante B: salud pública excelente pero necesita mejorar los aspectos de derechos humanos
- cuadrante C: el aspecto de derechos humanos está bien pero la salud pública no
- cuadrante D: mala calidad de salud pública y de derechos humanos

Generalmente, el supuesto es que en el diseño y la implementación de una política o programa de salud uno preferiría estar ubicado en el cuadrante A. Una política o programa que respeta los derechos y que al mismo tiempo logra su objetivo de salud pública será mejor que una que limita o restringe los derechos.

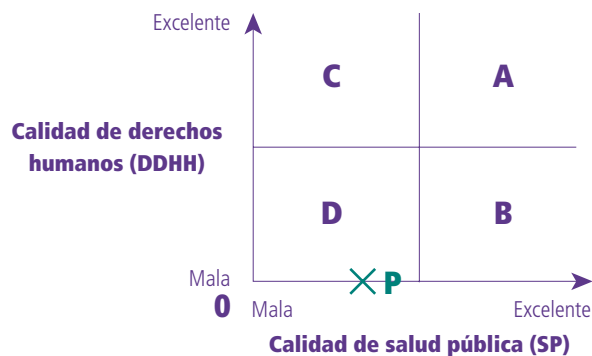


¿Cómo se utiliza el gráfico para maximizar tanto los aspectos de salud pública como los de derechos humanos cuando analizamos una política o programa?

Primer paso: ¿Qué es una buena intervención en salud pública?

Marque con un punto P en el eje horizontal, la medida en que la política promueve la salud pública (véase Figura 1). Si el punto cae dentro del cuadrante B, esto indica buena calidad de salud pública, y cuanto más a la derecha se ubique el punto, mejor será. Si el punto cae dentro del cuadrante D, esto indica mala calidad de salud pública, y cuanto más a la izquierda se ubique el punto, peor será la calidad.

Figura 1

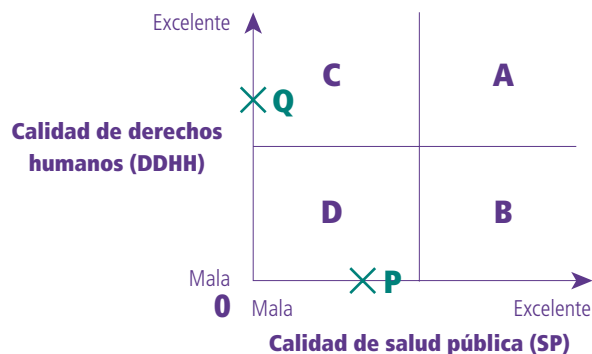


Ahora haga una lluvia de ideas sobre los elementos que considerarían los/las participantes para decidir si algo es una buena intervención en salud pública. Anótelos en un papelógrafo. La lista deberá incluir: efectividad, cobertura, factibilidad, costo, participación comunitaria, etc.

Segundo paso: Considere el aspecto de derechos de la política

Considere el aspecto de derechos de la política y marque esto como el punto Q en el eje vertical (véase Figura 2). Si el punto se ubica dentro del cuadrante C, esto indica buena calidad de derechos humanos, y cuanto más arriba se ubique, mejor será la calidad de derechos humanos. Si el punto cae dentro del cuadrante D, esto indica mala calidad de derechos humanos, y cuanto más abajo se ubique el punto, peor será.

Figura 2

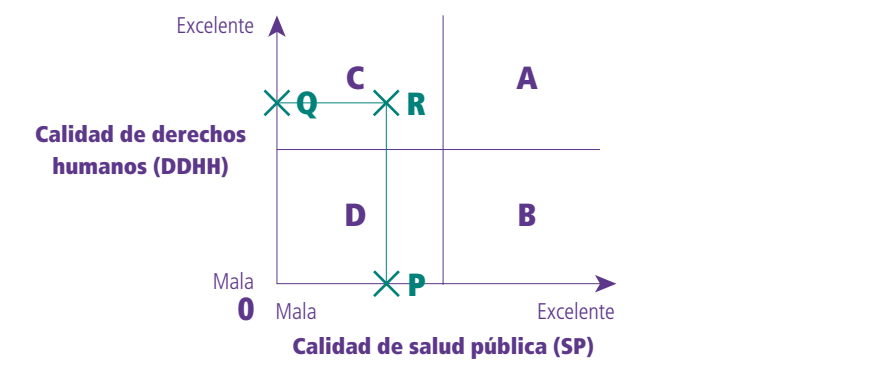


Sugiera que determinar el valor de derechos humanos de una política puede hacerse considerando cada uno de los derechos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y determinando para cada derecho si el impacto es positivo, negativo o irrelevante. Pida a los/las participantes que tengan presente tanto las obligaciones de los gobiernos como los principios de Siracusa. Aclare que la discriminación de sexo en la DUDH debería integrarse a los diferentes derechos relevantes de ese documento.

Tercer paso: El punto donde hacen contacto la salud pública y los derechos humanos

Trace una línea vertical a partir del punto P en el eje horizontal y otra línea horizontal desde el punto Q en el eje vertical. El punto de intersección entre estas dos líneas, R, indica el cuadrante en el que se ubica la política según su calidad de derechos humanos y salud pública (véase Figura 3).

Figura 3



El objetivo es ubicarse en el cuadrante A o acercarse a él, trabajando cada uno de los aspectos de la política.



1 hr
45 mins

Actividad 2: Estudio de caso para analizar una intervención en salud reproductiva



10 mins

Paso 1: Estimando la calidad de la salud pública

Entregue a cada participante una copia de un estudio de caso sobre una intervención en salud pública con instrucciones para analizar su calidad de salud pública y derechos humanos. La guía que se entrega es un ejemplo. Si desea, puede sustituir este caso con cualquier otro, siempre que los pasos para el análisis sean los mismos.

Los/las participantes completan el análisis de salud pública de la intervención. Pueden consultar con los/las compañeros/as que tengan cerca antes de tomar una decisión.



20 mins

Paso 2: Discusión de todo el grupo sobre la calidad de salud pública

Luego de que los/las participantes hayan analizado individualmente la calidad de salud pública de la intervención, se discute en forma grupal.

Qué incluir en la discusión

Preguntas que guían la discusión

Haga estas preguntas relacionadas con la calidad de salud pública de la intervención:

- ¿Cuáles son las razones para centrarse en esta población?
 - presunción de que tienen mayor riesgo de estar infectadas
 - gran número de parejas sexuales de quienes pueden recibir o a quienes pueden transmitir la infección
 - falta de poder real o percibida para negociar el uso del condón con los clientes
 - mayores posibilidades de tener otras ITS: se supone que tienen más posibilidades de contraer el VIH y transmitirlo a otras personas (sus clientes)
 - políticamente expeditivo: da la impresión de que se está haciendo algo.
- ¿Por qué no focalizar la realización de pruebas de detección en los clientes?
- ¿Hay posibilidad de ofrecer consejería antes y después del testeo?
- ¿Qué prueba de detección se utilizaría? ¿Qué precisión puede tener una prueba que se efectúa cada seis meses?
- ¿Se harán pruebas a todas las trabajadoras sexuales? ¿Qué trabajadoras sexuales tienen más posibilidades de ser identificadas?
- ¿Qué pasa con las trabajadoras sexuales una vez que se detecta que están infectadas?
 - Si se les retira el carnet ¿tienen estas mujeres posibilidades de encontrar inmediatamente otras fuentes de ingresos? ¿Por qué las mujeres generalmente ingresan al trabajo sexual? ¿Esta necesidad desaparecería si se encuentra que están infectadas? ¿Quitarles el carnet afectaría la habilidad de las trabajadoras sexuales para usar los servicios de salud y otros servicios?
- ¿Este abordaje controla de alguna manera la tasa de transmisión de los clientes a estas mujeres?
- Dadas las preocupaciones del ministro de salud, ¿este abordaje tiene posibilidades de prevenir efectivamente la transmisión heterosexual?

Muestre la **filmina** “Cuatro cuadrantes: La calidad de derechos humanos y salud pública en un programa”. ¿Cuál es el nivel de consenso entre los/las participantes acerca de la calidad de salud pública de la intervención? Pida a los/las participantes que a medida que desplaza el lápiz a lo largo del eje horizontal, comenzando en el punto O (mala calidad), que levanten la mano cuando consideren que ha llegado al punto que estimen que corresponde a la calidad de la intervención. Marque ese punto en el eje horizontal. Nombre a este punto P.



Paso 3: Un análisis de derechos usando la DUDH

Pida a los/las participantes que ahora realicen el análisis de derechos de la intervención utilizando la DUDH. ¿Se está restringiendo alguno de los derechos? Si así fuere, ¿esas restricciones son válidas de acuerdo con los principios de Siracusa? Los/las participantes trabajan individualmente, consultando con sus compañeros/as si lo desean. Aclare que en este análisis se incluye la discriminación por sexo que puede ser revelada mediante un análisis de género.



Paso 4: Discusión grupal sobre la calidad de derechos humanos

Coordine la discusión grupal sobre la calidad de derechos humanos de la intervención.

Qué incluir en la discusión

Los derechos para ser considerados y discutidos incluyen el Artículo 1, Artículo 2, Artículo 3, Artículo 5, Artículo 6, Artículo 7, Artículo 8, Artículo 9, Artículo 12, Artículo 13, Artículo 20, Artículo 21, Artículo 22, Artículo 23, Artículo 25, Artículo 27 y Artículo 29. Si bien muchos de estos derechos pueden no tener relevancia directa respecto del ejemplo descrito, la discusión permitirá la consideración de la intervención propuesta desde la perspectiva de los derechos.

Puede utilizar la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos o la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer si está familiarizado/a con sus interpretaciones.



Paso 5: ¿Dónde está el punto de intersección entre la calidad de salud pública y la de derechos humanos en esta intervención?

Muestre la **filmina** “Cuatro cuadrantes: La calidad de derechos humanos y salud pública en un programa” nuevamente, ahora con el punto P marcado en ella. Pida a los/las participantes que a medida que desplaza el lápiz a lo largo del eje vertical, comenzando en el punto O (mala calidad), que levanten la mano cuando consideren que ha llegado al punto que ellos/as estimen que corresponde a la calidad de la intervención. Marque este punto en el eje vertical con la letra Q.

Dibuje una línea vertical desde el punto P y una línea horizontal desde el punto Q. Marque el punto de intersección con la letra R. En el caso que se describe en la guía, es probable que el punto R caiga en el cuadrante D. En otras palabras, la calidad de derechos humanos y de salud pública de esta intervención es mala.

Paso 6: Discusión: Cómo moverse en dirección al cuadrante A

Qué incluir en la discusión

Preguntas para hacer

- ¿Cómo podemos hacer para que el objetivo de salud pública responda al problema de la manera más centrada, precisa y con la mayor sensibilidad de género posible?
- ¿Cómo podemos hacer para que la respuesta al problema sea más efectiva?
- ¿Es la política o el programa excesivamente restrictivo o intrusivo (por ejemplo, llega a muy pocas o a muchas personas)?
- ¿Qué cambios proponen los/las participantes para reducir la gravedad, el alcance y la duración de todos los aspectos negativos que surgen de la política?
- ¿Qué significa el mejoramiento de los derechos humanos para la calidad de salud pública de la intervención?

Los/las participantes pueden proponer una serie de diferentes opciones. Para cada una de ellas discuta si son de mejor calidad en términos de salud pública y derechos humanos que el ejemplo analizado. Generalmente, las pruebas de detección anónimas y voluntarias, los sitios de consejería disponibles para la población en general, así como las trabajadoras sexuales, y la promoción del uso del condón son consideradas las políticas de mejor calidad de derechos humanos y salud pública. Sin embargo, se puede debatir sobre su factibilidad y cobertura.

Puntos principales para cerrar la sesión

El respeto de los derechos contribuye a lograr intervenciones más efectivas

Las políticas y los programas que respetan los derechos son más efectivos. Los derechos humanos y las cuestiones de salud pública no son incompatibles.

Considerar los derechos humanos es una manera útil para evaluar programas

Considerar los derechos humanos en el diseño, la implementación o la evaluación de las políticas y los programas de salud resulta útil para determinar si las políticas y programas existentes promueven o violan derechos, especialmente la equidad de género, y para juzgar su efectividad.

Las decisiones de salud pública a menudo se toman por conveniencias políticas

Las decisiones de salud pública muchas veces se toman por razones de conveniencia política, sin tener en cuenta sus efectos con relación a los derechos humanos, y en algunos casos ni siquiera se considera cómo afectarán a la salud pública.

Las personas que trabajan en salud pública tienen una responsabilidad importante respecto de los derechos humanos

- Las personas que trabajan en salud pública tienen la responsabilidad de monitorear si mediante las acciones que se ejecutan en nombre de la salud pública se están promoviendo, violando o ignorando los derechos humanos.
- El vínculo con el gobierno que tiene cualquier persona que trabaja en salud pública, ya sea como agente estatal o porque recibe financiamiento de él, impone la doble obligación de promover y proteger la salud y promover y proteger los derechos humanos.
- Las personas que trabajan en salud pública tienen el derecho a decidir si un derecho debe ser restringido, y por lo tanto esta responsabilidad debe ser asumida muy seriamente.

Las políticas de salud que violan derechos tienen consecuencias negativas

Las políticas o programas de salud que violan derechos tienen consecuencias negativas a largo plazo ya que dificultan la confianza de las personas y las comunidades en cualquier política o programa.

Sesión desarrollada por Sofia Gruskin



Guía

1 Estudio de caso para el análisis de una intervención en salud reproductiva

Lea el siguiente estudio de caso y luego evalúe su calidad de salud pública utilizando las propuestas que se incluyen más adelante para guiar su razonamiento.

Estudio de caso

En este país, la ministra de salud está interesada en prevenir la transmisión heterosexual del VIH/SIDA. Decide agregar una prueba de VIH a las pruebas de rutina para la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) que se administran a las trabajadoras sexuales cada tres meses. Se les entrega un carnet que indica que no presentan ninguna enfermedad. En caso de que se les detecte alguna ITS se les retira el carnet temporalmente por un período de tres meses. La prueba de VIH será agregada a las pruebas de ITS y se realizará cada seis meses. Si una mujer tiene resultados positivos para el VIH se le retira el carnet de manera definitiva.

Análisis de los componentes de salud pública

Dedique diez minutos para completar el análisis de salud pública de esta intervención. Puede discutirlo con sus compañeros/as si lo desea. Por el momento no preste atención a los aspectos de derechos. Siga los siguientes pasos:

- establezca cuál es el problema de salud pública que se está tratando
- establezca el objetivo de la acción propuesta
- determine la calidad de salud pública de la intervención. ¿Es esto “buena salud pública”? ¿Cumplirá los objetivos establecidos?

Tenga presente los diferentes elementos listados anteriormente en esta sesión, que caracterizan una buena intervención en salud pública: efectividad, cobertura, factibilidad, costo, participación comunitaria. Para determinar la calidad de salud pública de cualquier política o programa deberá considerar todos estos elementos. Cuando haya completado el análisis de esos elementos identifique en el eje horizontal del gráfico “Cuatro cuadrantes: La calidad de derechos humanos y salud pública de un programa” el punto que crea que representa el valor de salud pública del programa en cuestión. Identifique ese punto con la letra P.

Análisis de los componentes de derechos humanos

Luego de la discusión grupal y de votar acerca de la calidad de salud pública de la intervención, dedique veinte minutos para completar el análisis de derechos humanos de esta misma intervención. Puede discutirlo con sus compañeros/as si lo desea. Por el momento no preste atención a los aspectos de salud pública de la intervención. Siga los siguientes pasos:

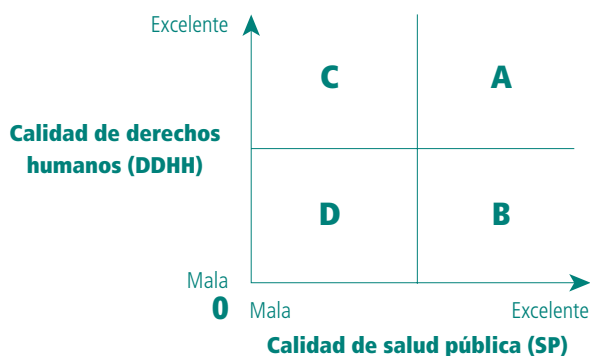
- mire la DUDH (comenzando con el Artículo 1) y considere cada uno de los derechos que se están promoviendo o violando con esta intervención
- piense exactamente en qué forma se está afectando cada derecho tanto en el corto plazo como en el largo plazo
- para cada derecho recuerde considerar la obligación del gobierno de protegerlo y cumplirlo
- recuerde los derechos que nunca pueden ser restringidos (como vimos en la Sesión 2)
- preste atención a la seriedad, alcance, frecuencia y duración de toda violación que vea.

Una vez que haya completado el análisis, identifique en el eje vertical del gráfico el punto que crea que representa el valor de derechos humanos del programa. Identifique ese punto con la letra Q.

Evaluación general de la calidad de salud pública y derechos humanos

Dibuje una línea vertical a partir de P y una línea horizontal a partir de Q. El punto de intersección entre ambas líneas, R, representa la calidad general de salud pública y derechos humanos de la intervención.

Cuatro cuadrantes: La calidad de derechos humanos y salud pública de un programa



EXPLICACIONES SOBRE LOS SECTORES:

A: el mejor caso

B: necesita mejorar la calidad de derechos humanos

C: necesita mejorar la calidad de salud pública

D: el peor caso, necesita mejorar tanto la calidad de salud pública como la de derechos humanos

Discusión grupal

Luego de esto habrá una discusión grupal y se votará para determinar el punto del eje vertical que represente el consenso del grupo sobre la calidad de derechos humanos de la intervención. De esta forma usted identificará el cuadrante en el que se ubica la intervención, que indicará la combinación de la calidad de los componentes de salud y derechos humanos.

SESIÓN

4

Políticas de población y derechos reproductivos

Esta sesión es una adaptación de Klugman B.; Fonn S. y Tint K. S. *Reproductive health for all: taking account of the power dynamics between men and women*. Johannesburgo, AIDOS y Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000: Módulo 2, Actividad 3: "Comparing politics: population control versus human rights and health".

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- podrán aplicar el marco de los derechos sexuales y reproductivos para analizar las políticas de control de la población
- comprenderán cómo las políticas de control de población afectan los derechos sexuales y reproductivos y los servicios
- se familiarizarán con el contenido de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM, Beijing)
- comprenderán que estas conferencias son producto de la lucha de las mujeres y cómo ellas han reorientado el discurso sobre población y desarrollo
- reconocerán que las políticas constituyen un campo de lucha y que los conceptos de salud y derechos reproductivos abarcados en este curso se basan en un abordaje de derechos humanos preocupado por el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género, y la equidad en la distribución de los recursos.

2 horas (excluyendo el tiempo de lectura fuera del horario de clase)

Preparación previa

- La Guía 2 debe ser distribuida a los/las participantes la tarde anterior a esta sesión. Véanse las instrucciones en la Actividad 1, en la pág. 165.

Materiales

- Apuntes para el/la facilitador/a: "El movimiento internacional de mujeres y la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos"
- Guía 1: "Diferencias en los servicios de salud: control de población versus el abordaje de derechos humanos"
- Guía 2: "La política de población de la provincia Esmeralda, de Macondo, 1997"
- filmina: tabla de la Guía 1



2 hrs

Lecturas para el/la facilitador/a

Análisis de las políticas de población de los países

1. Dasgupta J. *et al.* From contraceptive targets to reproductive health: India's family planning programme after Cairo. En: *Confounding the critics: Cairo five years on. Conference report. Cocoyoc, Mexico, 15-18 de noviembre de 1998.* Nueva York, HERA, 1999:68-74.

2. Klugman B. Population policy in South Africa: a critical perspective. *Development Southern Africa*, 1991, **8(1)**:19-33.

3. Population and family planning policies: women-centred perspectives, *Reproductive Health Matters*, 1993, **1(1)**. Esta edición de *Reproductive Health Matters* incluye un análisis de las políticas de población de Japón, India, Malasia, México y Sudáfrica. Véase en particular "The politics of women, population and development in India", de TK Sundari Ravindran (págs. 26-38).

Análisis del discurso de control de población y el discurso de los derechos de las mujeres y los derechos humanos

4. Hartmann B. Population control has not gone away. En: Boston Women's Health Book Collective. *The new our bodies ourselves.* Nueva York, Simon and Schuster, 1999:723-744.

5. Petchesky R. From population control to reproductive rights: feminist fault lines. *Reproductive Health Matters*, 1995, **6**:152-161.

6. Sen G.; Germain A. y Chen L., eds. *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights.* Boston, Harvard School of Public Health and International Women's Health Coalition, 1994. El artículo de C. García-Moreno y A. Claro "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control" es de particular relevancia para esta sesión (págs. 47-61).

Análisis del rol del movimiento de mujeres en relación con la agenda internacional

7. Chen M. A. Engendering world conferences: the international women's movement and the United Nations. *Third World Quarterly*, 1995, **16(3)**:477-493.

8. Freedman L. P., Censorship and manipulation of reproductive health information: an issue of human rights and women's health. En: Coliver S., eds. *The right to know: human rights and access to reproductive health information.* Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1995.

9. Sen G. y Corrêa S. Gender justice and economic justice: reflections on the five year reviews of the UN conferences of the 1990s. *Dawn Informs*, 2000, **1**:5-7.

Lecturas para los/las participantes

Por lo menos una lectura de cada una de las categorías indicadas para los/las facilitadores/as.

Lecturas sugeridas en español

Avila M. B. Feminismo y ciudadanía: la producción de los nuevos derechos. En Scavone L. (comp.) *Género y salud reproductiva en América Latina.* Costa Rica, LUR, 1999.

Barbieri de T. Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México. En: Ortiz-Ortega (comp.) *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México.* Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana/EDAMEX, 1999.

Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva. En: Bronfman M. N. y Castro R. (coords.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América latina.* Ciudad de México, EDAMEX, 1999.

Olea Maulón C. y Vargas Valente V. Los senderos hacia las cumbres. En: Acosta G. *et.al. Las apuestas inconclusas: el Movimiento de Mujeres y la IV Conferencia Mundial de la Mujeres.* Lima, Centro Flora Tristán, 2000.

Sadik N. El progreso en la protección de los derechos reproductivos y en la promoción de la salud reproductiva: cinco años después de El Cairo. En: Gruskin S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

Shalev C. El derecho a la salud sexual y reproductiva: la CIPD y la CEDAW. En: Gruskin, S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

Vargas V. La Plataforma de Beijing y las agendas feministas en el nuevo milenio. En: Acosta G. et al. *Las apuestas inconclusas: el Movimiento de Mujeres y la IV Conferencia Mundial de la Mujeres*. Lima, Centro Flora Tristán, 2000.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay tres actividades. La primera es una lectura individual que se debe hacer la noche previa a la sesión. La segunda actividad son aportes del/de la facilitador/a. La tercera actividad es una discusión grupal basada en las lecturas.

Actividad 1: Lectura

Esto debe realizarse el día anterior a la sesión. Divida a los/las participantes en grupos. Entrégueles la Guía 2. Pídales que la lean y escriban las respuestas a las preguntas.



1 hr

Actividad 2: El rol del movimiento de mujeres en la promoción de la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos



40 mins

Paso 1: Su presentación

Comience con el razonamiento que guía esta sesión. Para poder analizar y mejorar los servicios de salud reproductiva actuales, es importante entender cómo y cuándo comenzaron, cuáles eran sus intenciones, y cómo éstas influyeron en las posibilidades de desarrollar y mantener programas de salud sexual y reproductiva con sensibilidad de género y con una orientación de derechos humanos.

En muchos países, la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva está determinada por las políticas nacionales de población que apuntan a disminuir o aumentar el crecimiento de la población. Si bien estas políticas han sido revisadas y modificadas en algunos países luego de la CIPD (El Cairo), el proceso de reorientación de los sistemas y los servicios de salud es más lento. En algunos casos, los/las defensores/as de la salud de las mujeres han identificado tomadores/as de decisiones que comparten sus principios y han trabajado con ellos para posibilitar algunos cambios.

Esta sesión brinda información sobre el rol del movimiento de mujeres en el esfuerzo de incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos a los temas de salud reproductiva, desplazando la atención puesta en el control de la natalidad.

Prepare una charla sobre el rol del movimiento de mujeres en la promoción de la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos,

y el cambio de paradigma posterior a El Cairo. Acompañe su charla con material visual, como filminas o una presentación en Power Point para poder atraer mejor la atención de los/las participantes.

Comience con las experiencias de los/las participantes

Pregúnteles a los/las participantes acerca de sus propias experiencias antes de comenzar a darles más información. Por ejemplo, pregúnteles qué es lo que saben acerca de la participación del movimiento de mujeres o de grupos de mujeres en sus países en la promoción de la agenda de la salud y los derechos reproductivos. ¿Por qué los gobiernos acordaron en El Cairo que los servicios de salud reproductiva deben integrarse con la atención primaria? ¿Qué implica esto para las mujeres? ¿Y para los varones? ¿Y para los/las adolescentes?, etc.

La charla deberá cubrir los puntos incluidos en los apuntes para el/la facilitador/a. En su charla haga referencias a la literatura y a las experiencias de países específicos.



20 mins



Paso 2: Comparando el abordaje basado en el control de la natalidad con el abordaje basado en los derechos humanos y los derechos reproductivos

Qué incluir en la discusión

Luego de su charla, presente una comparación entre el abordaje de la salud reproductiva basado en el control de la natalidad por un lado, y en los derechos humanos y los derechos reproductivos por el otro.

Muestre **filminas** con las tablas de la Guía 1. También entregue la guía a los/las participantes.

¿Por qué en la tabla hay una distinción entre un abordaje basado en necesidades y otro basado en derechos?

La satisfacción de las necesidades es una de las dimensiones de los derechos humanos. Sin embargo, los programas destinados a satisfacer las necesidades inmediatas de las mujeres suelen carecer de un abordaje de derechos humanos. Muchas de las políticas de salud están orientadas a satisfacer necesidades –apuntan a solucionar determinados problemas de salud–. Son muy pocas las políticas que intentan cambiar la posición de las mujeres en la sociedad –promoviendo la equidad entre varones y mujeres en el acceso a los recursos y su control–. Éstos son los pasos necesarios para mejorar el bienestar global de las mujeres. Un abordaje basado en los derechos humanos no sólo satisface las necesidades inmediatas en salud sino que también empodera a las mujeres. También promueve públicamente la equidad entre hombres y mujeres, por ejemplo en relación con las decisiones sexuales y reproductivas. (La referencia a la satisfacción de las necesidades en contraposición al logro de cambios en la posición de las mujeres en la sociedad, frecuentemente se describe en la bibliografía como la satisfacción de las necesidades prácticas de las mujeres por un lado, y la promoción de sus necesidades o intereses estratégicos por el otro. Dados los objetivos de este curso, consideramos que no sería apropiado dedicar tiempo al desarrollo de conceptos complejos como intereses de género prácticos y estratégicos.)

En el próximo módulo exploraremos este tema con mayor profundidad, prestando atención a las diferencias entre políticas específicas de género y políticas de género redistributivas respecto del género. Ambas promueven los derechos humanos.



Actividad 3: Implementación de la agenda de los derechos reproductivos - desafíos planteados por el legado del control de la natalidad



Paso 1: Presente la actividad

Esta actividad está pensada para ayudar a comprender el legado de los programas de control de la natalidad en los servicios de salud. Muestra que el control de la natalidad no ha desaparecido a pesar de la aceptación de la agenda de la CIPD por parte de los gobiernos, y resalta la necesidad de continuar realizando esfuerzos.



Paso 2: Discusión de las lecturas

Comience la discusión sobre el estudio de caso de la política de control de la natalidad que se describe en la Guía 2.

Qué incluir en la discusión

Las políticas de población posteriores a la CIPD, de la provincia Esmeralda, de Macondo

Ausencia de objetivos de salud sexual y reproductiva

En Esmeralda la política posterior a la CIPD contiene una peculiar combinación del lenguaje de la salud reproductiva y de las metas demográficas. Mientras que muchos de los objetivos se relacionan con la disminución de las tasas de fecundidad, también hay objetivos relacionados con la mortalidad materna e infantil, pero cabe mencionar que no se incluye ningún objetivo de salud sexual o salud reproductiva.

La política viola los derechos y no toma en cuenta a los actores no estatales

La política de población de Esmeralda también viola los derechos de manera similar a la política de Macondo que existía con anterioridad a la CIPD. Tanto la amplia variedad de incentivos a los empleados públicos como la falta de ellos es muy preocupante. Las continuas referencias a las parejas en la política de población de Esmeralda, indican que las mujeres y los varones casados son el centro de atención de los servicios, y que las mujeres y varones solteros pueden no tener acceso a ellos. Asimismo, el contenido de la política se centra en el número de hijos que debe tener una pareja antes de que se les suministren anticonceptivos.

Además, la política no se centra realmente en la prevención de las violaciones de los derechos reproductivos por parte de los actores no estatales, como por ejemplo dentro del hogar, la comunidad y las instituciones religiosas.

La misma hipótesis de antes de 1994

A pesar de que fue formulada luego de la conferencia de El Cairo, la premisa en la que se basa esta política es que el tamaño de la población es la causa de la pobreza. Esta política no reconoce el rol de los modelos de desarrollo adoptados por un país en la generación de la pobreza y en su agudización.

Más allá de la salud materna

La política define las necesidades de salud de las mujeres de manera más amplia que la salud materna, incluyendo algunos servicios adicionales de salud reproductiva. Se ha ampliado levemente la variedad de los servicios que se ofrecen, incluyéndose infecciones del tracto reproductivo (ITR) y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y existe la intención de promover los métodos anticonceptivos de uso masculino. Temas como el acceso a tratamientos de infertilidad seguros no constituyen el centro de atención de esta nueva política.

La nueva política no adopta una perspectiva basada en los derechos

Cabe destacar que si bien se menciona la calidad de la atención, ésta se discute sólo en términos de mejoras de infraestructura y capacitación. No se mencionan mejoras en el acceso a la información, consejería, interacción usuario/a-proveedor/a, ampliación de las opciones, etc. Se menciona la importancia de la participación comunitaria, pero sólo en la implementación de la política y no en su formulación y dirección. Por lo tanto, la nueva política está lejos de ser una política basada en la perspectiva de los derechos.

Puntos principales para cerrar la sesión

Las tendencias demográficas son indicadores y no objetivos

Las tendencias demográficas (fecundidad, mortalidad y migración) son indicadores útiles de los esfuerzos de desarrollo más que objetivos en sí mismos. Las políticas de población del pasado, aunque hayan estado motivadas por la preocupación acerca de que el alto crecimiento de la población podía generar un impacto negativo en su bienestar, con frecuencia se desvirtuaron en políticas destinadas a la reducción de la fecundidad como fin en sí mismo. Estas políticas apuntaron al cumplimiento de metas demográficas en muchas partes del mundo en desarrollo. En los países con grandes poblaciones, con frecuencia se adoptaban sistemas de premios y castigos para reclutar más y más personas que “aceptaran” la planificación familiar.

Del control de población a los derechos humanos

En 1994, la CIPD de El Cairo marcó un cambio de paradigma en los servicios de salud reproductiva –del control de la población a los derechos humanos: incluyendo en la formulación de políticas y programas la atención de las necesidades de las mujeres y los varones, y la promoción de la equidad de género en las decisiones reproductivas y sexuales–. El movimiento de mujeres, y los políticos y funcionarios con sensibilidad de género desempeñaron un rol clave en este cambio de paradigma.

Los cuerpos de las mujeres muchas veces son objetivos de políticas

A pesar del cambio mencionado, los cuerpos de las mujeres frecuentemente constituyen el objetivo de las políticas, sean éstas políticas de población de los gobiernos nacionales o la “política” del control de los varones dentro del hogar. Las intervenciones en la legislación, en las políticas gubernamentales, en los servicios de salud o el trabajo de *advocacy* deberán ubicar el derecho de las mujeres a controlar sus propios cuerpos y la toma de decisiones en relación con la sexualidad y la reproducción, como su objetivo central.

¿Qué pasa con las políticas pronatalistas?

La CIPD todavía tiene que generar cambios en las políticas pronatalistas de algunos países con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo. En algunos de esos países, el gobierno da incentivos para que tengan más hijos a ciertos grupos étnicos y a grupos con un nivel de ingresos determinado, y no a otros.

Las palabras pueden tener distintos significados

Si bien a partir de la CIPD muchos países que tienen políticas de población han comenzado a repensar esas políticas o las han cambiado, es importante recordar que las mismas palabras pueden tener distintos significados. Los distintos grupos de interés tienen diferentes interpretaciones de los documentos de El Cairo y Beijing. Muchos individuos y agencias nacionales e internacionales han comenzado a utilizar este lenguaje para referirse a los servicios de planificación familiar en lugar de los servicios integrales y el abordaje holístico definido en el Programa de Acción de la CIPD.

La lucha por los derechos humanos, la salud y la atención de la salud debe continuar

Por lo tanto resulta esencial que todas las personas que estamos interesadas en sostener una perspectiva basada en los derechos –ya sea como administradores de servicios de salud o como ONGs o dentro de organizaciones donantes– continuemos nuestra lucha por los derechos humanos, la salud y la atención de la salud.

Sesión desarrollada por Barbara Klugman y TK Sundari Ravindran



Apuntes
para el/la
facilitador/a:

El movimiento internacional de mujeres y la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Lo que se incluye a continuación está pensado como una síntesis de los puntos clave y no como un resumen definitivo de estos temas. Si desea puede adaptarlo para centrarlo en los puntos que considere particularmente pertinentes para el grupo con el que está trabajando.

El contenido se organiza en dos partes

La primera parte es sobre la participación de los movimientos de mujeres en la salud reproductiva. En la segunda parte se discute el impacto de la participación de las mujeres sobre la agenda de las políticas de control de la población, que culminó en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y que se reafirmó en la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995 y en las subsiguientes revisiones que se realizaron de cada una a los cinco años.

1. La participación del movimiento de mujeres en la salud reproductiva

En todas partes del mundo, a lo largo de la historia, las mujeres han tenido la responsabilidad de su salud –parto, anticoncepción y aborto–. Durante los últimos siglos, la profesionalización de la atención de la salud desplazó el control femenino de estos procesos. Se considera a los médicos y los científicos como la personificación del conocimiento sobre la salud y el cuerpo humano. Procesos naturales como el parto han sido medicalizados, y el control de las mujeres sobre éstos ha sido minimizado. Las parteras empíricas, quienes durante siglos han atendido a las mujeres en el embarazo y el parto, han sido marginalizadas.

El aborto, practicado por las mujeres en la mayor parte del mundo desde tiempos inmemoriales, ha sido penalizado en el siglo pasado. Aunque es legal en la mayoría de los países, generalmente lo es sólo en caso de riesgo para la vida de la mujer o cuando el embarazo es el resultado de una violación. Aún existen países en los que el aborto es ilegal sin excepción. No son las mujeres las que pueden elegir si continuar o no con el embarazo, sino los/las encargados/as de hacer cumplir las leyes y los/las médicos/as.

Mientras que la medicina moderna ha permitido salvar muchas vidas, incluyendo las de las mujeres, los beneficiarios del conocimiento médico y la tecnología tienen poco control sobre las decisiones acerca de cómo y cuándo deben ser utilizados, y para qué. Por ejemplo, las decisiones acerca de cómo deben parir las mujeres, si el aborto debe ser legal, o sobre qué tipo de anticonceptivos deben desarrollarse, son tomadas en los niveles jerárquicos más altos, por científicos y profesionales médicos.

Desde la mitad de la década de 1960, cuando la comunidad internacional comenzó a promover la agenda del control de población, las organizaciones de mujeres en muchas partes del mundo participaron en los esfuerzos para cambiar la medicalización de la reproducción y la negación del derecho a controlar y regular la propia fecundidad y sexualidad.

Las mujeres han iniciado luchas contra estas cuestiones en forma individual y como miembros de organizaciones, en sus propios países e internacionalmente. Estas luchas han asumido diversas formas:

- Servicios sociales – por ejemplo, proveer refugios para mujeres que han sufrido abusos
- Empoderamiento – por ejemplo servicios alternativos para mujeres provistos por mujeres, o iniciativas para ayudar a las mujeres a comprender cómo funcionan sus cuerpos y permitirles tomar decisiones informadas sobre anticoncepción
- Movilización – las mujeres se movilizan alrededor de campañas específicas, como violencia contra las mujeres o contra las pruebas de nuevas tecnologías en mujeres, sin su plena participación y consentimiento
- Involucramiento en las políticas – las mujeres establecen mecanismos para participar junto con los gobiernos y otros actores en el debate y la implementación de políticas y programas.

El tipo de participación ha dependido tanto de los intereses específicos de las mujeres como del contexto nacional o comunitario.

Donde el contexto que prevalece es completamente antagónico a los derechos de las mujeres, los grupos de mujeres se dieron cuenta de que proveer servicios alternativos constituía la respuesta más factible. Donde los gobiernos permiten cierta participación y pueden ser persuadidos mediante evidencias precisas y la preocupación de que las necesidades de sus votantes no están siendo satisfechas, puede haber oportunidades para promover cambios junto con el gobierno.

Las estrategias para lograr cambios se analizan con mayor detalle en el Módulo de Políticas. Aquí el tema clave es que las mujeres se han movilizado alrededor del derecho a la salud y los servicios de salud durante años, y que a partir de las políticas de población, los grupos de mujeres se han convertido en la fuerza principal para articular una posición acerca de cuándo y cómo esas políticas violaban los derechos humanos de las personas y no satisfacían sus necesidades de salud. En algunos contextos han logrado identificar aliados dentro del gobierno y trabajar con ellos para impedir o cambiar políticas.

2. El impacto de la participación de las mujeres en la agenda de los derechos reproductivos internacionales

A fines de la década de 1970, y más aún durante las décadas de 1980 y 1990, las mujeres organizadas en los distintos países comenzaron a vincularse entre sí. Las reuniones Internacionales de la Salud de la Mujer, que desde 1981 se llevan a cabo cada cuatro años, brindaron la oportunidad de reunir activistas que trabajan en la salud y los derechos de las mujeres. La oposición a las políticas de control de población comenzó a ser articulada en términos de derechos de las mujeres.

En la década de 1990, los grupos de mujeres se involucraron con instituciones multilaterales, especialmente las Naciones Unidas, para promover la comprensión de la salud reproductiva como un área amplia y abarcadora que debe ser abordada desde la perspectiva individual, y mirada a través del lente de los derechos humanos.

Al hacer esto emergió un nuevo discurso que en lugar de ver el control de las cifras de población como la solución para la pobreza en el mundo, reconoce que la pobreza es el resultado de diversos factores, entre los cuales las relaciones económicas y de poder desiguales son uno de los más significativos. A esto se

suman los patrones de consumo en el Norte y la corrupción de las elites nacionales, de manera que los recursos existentes no se reparten equitativamente dentro de los países.

En este discurso, el control de la reproducción es el derecho no sólo de las parejas sino también de los individuos mujeres y varones. La equidad de género y el empoderamiento de las mujeres son temas críticos para que éstas puedan ejercer sus derechos reproductivos. La tecnología anticonceptiva sirve para ayudar a los varones y mujeres a poder realizar sus elecciones reproductivas, más que para permitir que los gobiernos mantengan bajas las tasas de fecundidad.

Este abordaje, conocido como el abordaje de la salud reproductiva:

- otorga prioridad a la calidad de la atención en sus distintas dimensiones
- presta atención no sólo a las necesidades de las mujeres casadas sino también de las solteras, los varones, los/las adolescentes, y las personas que están fuera de la edad reproductiva
- apunta a proveer servicios integrales de salud reproductiva dentro del contexto de la atención primaria, en lugar de servicios de salud reproductiva verticales o servicios de anticoncepción exclusivamente
- promueve el derecho a elegir y apunta a crear las condiciones que permitan la elección (por ejemplo brindando información accesible)
- fomenta la responsabilidad masculina en la planificación familiar y en la salud reproductiva de las mujeres
- se centra en cuestiones de infertilidad así como también en el control de la fecundidad, para que las mujeres y los varones tengan una mayor variedad de opciones sobre la reproducción.

Estos valores fueron consolidados mediante el consenso logrado en la CIPD en El Cairo en 1994, y reafirmados en la CCMM en Beijing el año siguiente, y en las revisiones que se realizaron a los cinco años en 1999 y 2000. Estas conferencias aplicaron los marcos de derechos humanos existentes al área de la reproducción.

El abordaje específico de la salud y los derechos sexuales y reproductivos puede entenderse brevemente mediante las definiciones de estos conceptos que se entregaron en la guía “Definiciones” del Módulo de Apertura, y en el texto de los documentos de El Cairo y Beijing. (Solicite a los/las participantes que busquen esa guía en sus carpetas.)

La diversidad de los capítulos del Programa de Acción de la CIPD ilustra hasta qué punto las cuestiones de población se están considerando en términos amplios – cómo interactúan las tendencias de población con el medio ambiente y la economía y deben utilizarse en la planificación y el monitoreo de las intervenciones para el desarrollo; y cómo se debe abordar la cuestión de los patrones de consumo en la búsqueda de la equidad y la calidad de vida para todos/as.

El movimiento internacional de mujeres ha tomado las conferencias de las Naciones Unidas como instancias clave para la construcción de consenso internacional acerca de la aplicación del marco de los derechos humanos al campo de la reproducción y la sexualidad, ya que ellas establecen una clara agenda nacional e internacional para los gobiernos, el sector privado, las ONGs y las agencias internacionales. También influyen en la dirección que toman los donantes para brindar financiamiento, lo cual es de crucial importancia para los países más pobres del mundo y su gente, que dependen de esos fondos para la provisión de servicios básicos.



Guía

1

Diferencias en servicios de salud: control de población versus el abordaje basado en las necesidades y en los derechos humanos

Fuente: Klugman B.; Fonn S. y Tint K. S. *Reproductive health for all: taking account of the power dynamics between men and women*. Johannesburgo, AIDOS y Women's Health Project, 2001:82. Reproducido con el permiso de AIDOS (Asociación Italiana para las Mujeres en el Desarrollo) y Women's Health Project.

	Control de población/ Planificación familiar	Satisfacción de las necesidades de las mujeres	Promoción de los derechos de las mujeres
Definición de la salud de la mujer	Significado acotado y biomédico como salud materna, o la salud de las mujeres en edad reproductiva, centrado en el embarazo y el parto sin enfermedad o muerte, y en la anticoncepción.	Provisión de servicios de alta calidad que están centrados en la mujer –basados en las experiencias y las necesidades de las mujeres–. Reconocimiento de que las necesidades de salud de las mujeres trascienden la reproducción.	Una comprensión amplia centrada en el derecho de las mujeres a hacer elecciones autónomas sobre reproducción y sexualidad.
Objetivos	Reducción demográfica o aumento de la fecundidad y de la población (objetivo principal). Mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y de los/las niños/as (objetivo secundario).	Mejorar la salud de las mujeres. Proveer a las mujeres un amplio espectro de servicios, asegurando que tengan opciones (por ejemplo de métodos anticonceptivos).	El control de las mujeres sobre sus cuerpos y las decisiones sexuales y reproductivas. El derecho a la información, privacidad e integridad corporal. Equidad de género y su impacto sobre la salud, por ejemplo alimentación, educación, control de los ingresos económicos, etc.
Premisas	El tamaño/crecimiento de la población es el determinante principal de la pobreza, el subdesarrollo y la sustentabilidad del medio ambiente. El control de población reducirá la fecundidad.	La pobreza se debe al modelo de crecimiento económico del desarrollo. El centro de la atención se ubica en la satisfacción de las necesidades básicas y no en el control de población. Mejorar el status de la mujer y proveer programas de salud reproductiva de calidad ayudarán a disminuir la fecundidad.	La interacción de las desigualdades –basadas en clase, y en otras categorías sociales como casta o grupo étnico, y en género– conduce a que algunas personas sean pobres y otras ricas, unas empoderadas y otras sin poder. Estas desigualdades pueden y deben ser cambiadas para lograr la justicia social. Una distribución de recursos más equitativa (como educación y servicios de salud) forma parte de este desafío.
Alcance de los servicios	Anticoncepción; infertilidad (si está a favor de aumentar la tasa de crecimiento de la población); salud materna; aborto (si es culturalmente aceptable y tomado como parte de la agenda del control de población).	Dentro de la salud sexual y reproductiva: anticoncepción; salud materna; aborto; ETS, ITRs; VIH/SIDA; sexualidad; violencia contra las mujeres; detección de cáncer. Considerados parte de la atención primaria, concebida de manera amplia para que se puedan atender las necesidades de salud reproductiva junto con otro tipo de necesidades (por ejemplo enfermedades crónicas, salud mental, salud ocupacional).	Servicios de información y de consejería tendientes a promover confianza en las mujeres para que cuestionen su posición subordinada a sus compañeros sexuales y en la sociedad. Actividades en las comunidades, que apunten a organizar a las mujeres para que cuestionen las desigualdades sociales. Organización de los varones para que entiendan y asuman su rol en la promoción de la equidad para las mujeres en las decisiones sexuales y reproductivas y en la sociedad en general. El foco está puesto más allá de los servicios, en las leyes y las políticas, como por ejemplo la licencia por maternidad, leyes sobre violación, etc.

continúa

	Control de población/ Planificación familiar	Satisfacción de las necesidades de las mujeres	Promoción de los derechos de las mujeres
Edad y estado civil	Mujeres casadas; edad reproductiva (15-44 años).	Mujeres de todas las edades a lo largo de su ciclo de vida, casadas y solteras.	
Estándares de prestación de servicios	Usualmente no se enfatiza la calidad de la atención ya que el foco se dirige a la cantidad de mujeres que se atiende.	Se promueve la alta calidad de la atención como parte de los estándares profesionales con énfasis en la prestación de servicios.	Se promueve la alta calidad de la atención como un derecho relacionado con la salud y también como un tema de derecho de la mujer – centrado en el respeto, la dignidad, la confidencialidad y la elección.
Información y educación	La comunicación es vertical, se centra en las instrucciones para el uso de métodos anticonceptivos. La persuasión y la motivación constituyen los procesos de información. El/la proveedor/a aconseja lo que es mejor.	Se provee información completa sobre los riesgos y beneficios de las tecnologías anticonceptivas para que las mujeres puedan elegir.	El foco está puesto en la comprensión del cuerpo y la sexualidad para poder tomar decisiones y tener control sobre la propia vida. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Se pone atención en la responsabilidad de los varones respecto de la salud y los derechos reproductivos.
Participación	Las políticas son generalmente verticales, y los/las proveedores/as se rigen por metas u otras consideraciones de políticas.	Se entiende que los/las trabajadores/as de la salud tienen más conocimiento que los/las usuarios/as, pero se realizan esfuerzos para asegurar que se satisfagan las necesidades de las mujeres.	Mobilización de las mujeres para lograr mejores políticas de salud. Uso de la educación entre pares para empoderar a las mujeres para la acción. Se realizan esfuerzos para tomar los aportes de la comunidad respecto de las prioridades para la provisión de servicios y su evaluación.



Guía

2 La política de población de la provincia Esmeralda, de Macondo, 1997

Lea la siguiente política y anote las respuestas a las preguntas que se indican a continuación. Mañana se discutirán las respuestas con el grupo.

1. Introducción

[...] La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 expresó claramente la necesidad de un abordaje más amplio e integral de las políticas de población, vinculando las preocupaciones demográficas e incluyendo la disminución de la fecundidad, a una serie de preocupaciones respecto de la salud reproductiva, particularmente las que afectan a las mujeres. También hizo un llamamiento a una mayor responsabilidad por parte de los varones en el comportamiento sexual y reproductivo. Macondo ha firmado este documento. El abordaje de la salud reproductiva debe necesariamente integrarse en la iniciativa de política de población de la provincia.

[...] El rápido crecimiento de la población implica serias consecuencias para el desarrollo socioeconómico y para la preservación del medio ambiente. Esto ha tenido el siguiente resultado:

- La producción de alimentos no puede seguir el paso del crecimiento de la población. Actualmente el 51% de las niñas y el 47% de los niños de esta provincia están desnutridos.
- La presión sobre la tierra y los servicios producirá tensiones sociales y violencia.
- La vivienda en zonas rurales y urbanas se convertirá en un problema muy serio. Actualmente existe un retraso de veinte años en la construcción de viviendas, que tiene pendiente la edificación de 4,7 millones de nuevas unidades de viviendas urbanas.
- En el año 2001, 44,3 millones de personas en las zonas rurales y 7,3 millones en las zonas urbanas no tendrán acceso a servicios sanitarios, y 13 millones en la provincia, no tendrán acceso a agua potable.
- En el año 2001, 25 millones de personas estarán ubicadas debajo de la línea de pobreza, y habrá un aumento en el número de analfabetos y desocupados.
- La degradación del medio ambiente como resultado del crecimiento de la población será insostenible. [...]

2. Objetivos de estabilización de la población

[...] Las metas demográficas están establecidas de la siguiente manera [sic]

	Tasa actual	en 5 años	en 10 años	en 20 años
Tasa de crecimiento natural	1,44	1,15	0,80	0,70
Tasa bruta de natalidad	22,7	19,0	15,0	13,0
Tasa bruta de mortalidad	8,3	7,5	7,0	6,0
Tasa de mortalidad infantil	66,0	45,0	30,0	15,0
Tasa de mortalidad materna	380	200	120	50
Años de protección pareja (%)	48,8	60,0	70,0	75,0
Tasa de fecundidad total	2,7	2,1	1,5	1,5

3. Estructuras y procesos para la implementación

[...] Se establecerán comités de estabilización de población a nivel distrital y subdistrital. Los comités de estabilización de población de nivel subdistrital exhortarán a los gobiernos de cada pueblo y aldea a preparar un Plan de Acción para la Estabilización de la Población, que especificará las metas demográficas y los niveles de logros esperados anualmente y un tratado de acciones sociales para la estabilización de la población, que se redactará luego de ser consensuado con la comunidad. El Plan de Acción también especificará las acciones necesarias para lograr las metas en un marco temporal específico. [...] El Plan de Acción Subdistrital estará basado en todos estos Planes de Acción locales. Incluirá intervenciones específicas para mejorar la calidad de los servicios. El apoyo técnico y económico necesario para la implementación de estos Planes de Acción se entregará a través de los Comités Distritales para la Estabilización de la Población.

[...] El mejoramiento de la calidad de los servicios será un proceso importante para la implementación. Los componentes esenciales para la calidad en la prestación de servicios son:

- disponibilidad de personal médico y paramédico en los lugares y tiempos requeridos
- habilidades técnicas y administrativas y compromiso y motivación por parte del personal que presta los servicios de planificación familiar
- un medio que favorezca la calidad de los servicios: infraestructura adecuada, equipamiento esencial y suficientes insumos, medicamentos, vestimenta y otros materiales
- participación comunitaria en los programas (para ayudar a implementar el programa).

4. Estrategias operativas específicas

a) [...] Promoción de métodos anticonceptivos definitivos mediante:

- mayor focalización en las parejas con paridad 2
- asegurar la reducción de nacimientos en mujeres con paridad 3 o mayor
- promover la vasectomía para que constituya al menos el 30% de todas las esterilizaciones...

- concentrarse en las parejas que puedan querer tener más hijos buscando tener hijos varones e introducir el plan niñas: la única hija mujer o una de dos hijas mujeres de una pareja que adopte la esterilización recibirá una serie de beneficios económicos hasta los veinte años de edad, y una suma de dinero al cumplir esa edad, si es que permanece soltera hasta los dieciocho años. [...]
- b) Promoción de métodos anticonceptivos para el espaciamiento de los nacimientos, a través de:
 - campañas de información sobre métodos de espaciamiento
 - garantizar procedimientos de detección adecuados antes de la inserción del DIU y monitorear los niveles de retención
 - aumentar el acceso a los condones y a los anticonceptivos orales mediante programas de distribución comunitaria y mercadeo social. [...]
- c) Cambiar el establecimiento de metas respecto de los métodos definitivos y los métodos de espaciamiento del nivel provincial, que es vertical, a nivel del gobierno de los pueblos y aldeas.
- d) Garantizar las prestaciones seguras equipando unidades de derivación y aportando fondos a los gobiernos locales de modo que cuenten con transporte para casos de emergencia obstétrica.
- e) Garantizar abortos seguros mediante la capacitación del personal, y equipando más centros de salud para que presten este tipo de servicios. [...]
- f) Prevención y manejo de ITR/ITS principalmente ofreciendo los servicios de un/a médico/a ginecólogo/a en horarios específicos (por contrato o sobre la base de consultas en los lugares donde no es posible reclutarlos) en 450 Centros de Atención Primaria. [...]
- g) Incentivos:
 - i) Los incentivos se proveerán a nivel de la comunidad a aquellas aldeas donde el indicador de años de protección pareja sea mayor al 60%. Esos incentivos incorporarán trabajos adicionales, la construcción de escuelas y planes de desarrollo que incluyan un Plan Sanitario de Bajo Costo y un Plan de Vivienda para Sectores Vulnerables. [...]
 - ii) Los incentivos también se darán a individuos. Será en forma de un premio en efectivo equivalente a US\$ 2.500 a las tres parejas seleccionadas por sorteo en cada distrito para cada una de las siguientes categorías:
 - parejas con dos hijas mujeres que adopten un método anticonceptivo permanente
 - parejas con un solo hijo que adopten un método anticonceptivo permanente
 - parejas con dos o menos hijos que acepten la vasectomía.

En la asignación de planes de desarrollo a individuos (préstamos para viviendas, crédito para inversiones en pequeños emprendimientos, programas de microcrédito para mujeres), y cuando otras variables sean iguales, se otorgará preferencia a quienes cumplan con las siguientes condiciones y en el orden de prioridad que se detalla a continuación:

- acepta un método permanente y tiene dos hijas mujeres
 - acepta vasectomía y tiene un solo hijo/a
 - acepta un método permanente y tiene un solo hijo/a
 - acepta vasectomía y tiene dos hijos/as
 - acepta cualquier método permanente y tiene dos hijas mujeres.
- iii) Se entregarán incentivos a los prestadores de servicios en forma de medallas de oro y/o premios en efectivo, inclusive a equipos de prestadores de servicios que han obtenido niveles de rendimiento superiores al standard mínimo indicado en los Planes de Acción subdistritales. [...]
- iv) El gobierno espera que sus empleados sirvan de ejemplo y que lideren la adopción de la norma de dos hijos. Con ese mismo criterio el gobierno examinará la asignación de gratificaciones que usualmente se otorgan a empleados del gobierno, como becas de viajes (que por lo general se entregan al empleado/a, su cónyuge y sus hijos) y becas de estudio sólo para los primeros dos hijos. [...] El gobierno también explorará la posibilidad de modificar las reglas de los servicios y las políticas de promoción de manera tal que se fomente la norma de los dos hijos.

Nota: Esmeralda y Macondo son nombres ficticios para un caso real.

Preguntas

1. ¿Qué implica esta política de población para el derecho de las parejas y de los individuos de elegir si quieren tener hijos, cuándo y cuántos? ¿Por qué?
2. Haga una lista de los aspectos de esta política que usted crea que violan cualquiera de los derechos garantizados en los documentos internacionales de derechos humanos?
3. ¿Qué implica esta política de población para los servicios de salud? ¿Por qué?
4. ¿Cómo cambiarían los servicios de salud reproductiva en Esmeralda si estuvieran orientados a la elección individual?

SESIÓN 5

Trabajando con los derechos sexuales

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- aprenderán acerca de la evolución de los contenidos de los derechos sexuales y las cuestiones que surgen a partir de su creciente reconocimiento
- reconocerán que los derechos sexuales son un requisito para lograr tanto la salud sexual como la equidad de género
- comprenderán la diferencia entre los derechos reproductivos y los derechos sexuales
- podrán conceptualizar intervenciones prácticas para promover el ejercicio de los derechos sexuales en diferentes niveles (legislativo, sistema de salud, comunidad).

1 hora y 45 minutos

Materiales

- Guía: “Determinantes de la transmisión del VIH en Botswana”
- filmina: “Definición de salud sexual de la CIPD”, en la pág. 180
- filmina: Extracto de la Constitución de Sudáfrica, en la pág. 180
- papelógrafo

Lecturas para el/la facilitador/a

1. *Health and Human Rights*, 2000, **4(2)** (especial atención en derechos sexuales y reproductivos).
2. Health, Empowerment, Rights and Accountability. “Gender equality and equity”, “Reproductive rights and reproductive health”, “Sexual rights”. *Women’s sexual and reproductive rights action sheets*. Nueva York, HERA, 1998.
3. Gupta G. R. Strengthening alliances for sexual health and rights. *Health and Human Rights*, 1997, **2(3)**:55-63.
4. Miller A. M. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*, 2000, **4(2)**:68-109.

Lecturas para los/las participantes

Lecturas 2 y 4.

Lecturas sugeridas en español

Miller A. M. Sexual no reproductivo: explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos. En: Gruskin, S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.



1 hr
45 mins

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades principales. La primera es una sesión interactiva, con aportes de los/las participantes. La segunda es una actividad en pequeños grupos.



1 hr

Actividad 1: El derecho a la no discriminación y a la salud sexual



30 mins

Paso 1: Salud sexual

Muestre en una **filmina** la siguiente definición de salud sexual:

Definición de salud sexual de la CIPD

La salud sexual ha sido definida en el Programa de Acción de la CIPD como "el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención respecto de la reproducción y enfermedades de transmisión sexual" (CIPD 7.2). (Fondo de las Naciones Unidas para Población. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994. Nueva York, Naciones Unidas, 1996:7.2).

Escriba lo siguiente en el papelógrafo:

Constitución de la República de Sudáfrica, Acta No. 108 de 1996

"(2) Ninguna persona será injustamente discriminada, directa o indirectamente, en función de raza, género, sexo, origen social o étnico, color, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, conciencia, creencias, cultura o lengua, sin que esta enumeración sea taxativa."

Lea la cláusula constitucional a los/las participantes y haga las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se relaciona el derecho a la no discriminación en esta cláusula con la salud sexual para todas las personas?

Refiera a los/las participantes a la definición de salud sexual de la filmina. Pida respuestas. Si hay mucho silencio permita que los/las participantes hablen un poco entre ellos/as por un par de minutos. Luego repita las preguntas.

Qué incluir en la discusión

Esta actividad está pensada para ayudar a los/las participantes a reconocer que los distintos tipos de discriminación afectan la salud sexual de las personas.

La discriminación puede afectar la salud sexual de las personas

La discriminación y la inequidad afectan muchos y diversos aspectos de la vida de las personas, inclusive las cuestiones más íntimas, la sexualidad y la experiencia sexual. El sexo forzado ya sea en forma de violación, de imposibilidad de elección de la persona con la cual casarse, o la presión por parte de los pares para tener relaciones sexuales a edad temprana, puede en todos los casos tener efectos psicológicos negativos en una persona. Además, en el contexto de las enfermedades de transmisión sexual y particularmente del VIH/SIDA, puede constituir un riesgo de vida. Tradicionalmente las personas que trabajan en el campo de la salud se han concentrado en las dimensiones de salud reproductiva del sexo, dejando de lado las dimensiones emocionales y de salud mental, y las dimensiones de salud física más allá de la reproducción.

En algunas instancias, la discusión acerca de la discriminación con relación a la salud sexual se combina con la discusión sobre los derechos de los homosexuales. En este curso la discusión ilustrará que muchas personas sufren abusos que socavan su salud sexual, independientemente de su orientación sexual.

Todas las personas, sean mujeres o varones, discapacitados, homosexuales o heterosexuales deben:

- tener acceso a la información, educación y consejería sobre sexualidad humana y salud sexual en la forma y el lenguaje que puedan entender
- poder protegerse a sí mismos de las enfermedades de transmisión sexual
- poder elegir si quieren o no tener relaciones sexuales, cuándo y con quién
- no tener miedo ni sufrir la perpetración de violencia sexual o cualquier forma de presión para tener relaciones sexuales no queridas
- no sufrir violencia que pueda resultar de las relaciones sexuales consentidas voluntariamente
- esperar y demandar equidad, consentimiento pleno, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.



Paso 2: Derechos sexuales

Antes de que los/las participantes comiencen este ejercicio, presente al grupo la siguiente información:

- Si bien el párrafo 96 de la *Plataforma de Acción* de la CCMM (Beijing) no utiliza la palabra derechos sexuales, comúnmente se refiere a él como el párrafo de los derechos sexuales y se entiende como el marco de estos derechos. (Observe que este párrafo se limita a los derechos sexuales de las mujeres. Puede pedir a los/las participantes que lo reformulen para un varón adolescente heterosexual, por ejemplo.)
- En un proceso similar al de la formulación de los derechos reproductivos no se crearon nuevos derechos en El Cairo y Beijing. Pero se hicieron intentos para asegurar que las cuestiones que están más allá de los límites tradicionales de los derechos humanos obtengan la atención y protección adecuadas.
- Si el grupo está interesado en saber por qué el actual lenguaje de los derechos sexuales no se utilizó en la *Plataforma de Acción*, refiéralos a las lecturas para el/la facilitador/a, que proveerán las explicaciones necesarias.



Paso 3: Discusión con todo el grupo

Pida a los/las participantes que miren la guía del Módulo de Apertura, Sesión 4 “Definiciones”, que contiene la definición de la CIPD sobre derechos reproductivos y la definición de la CCMM sobre derechos sexuales, y pídeles que las lean en forma individual en diez minutos. Luego deberán considerar las siguientes preguntas y tomar nota de los puntos clave.

- ¿Qué es lo que cada párrafo sobre derechos reproductivos y derechos sexuales intenta abordar?
- ¿Por qué se percibió la necesidad de un párrafo específico sobre derechos sexuales?
- ¿Por qué el párrafo 96 de la CCMM se focaliza en los derechos sexuales de las mujeres?

Una vez que los/las participantes hayan tomado nota de los puntos clave, retome cada una de las preguntas con todo el grupo y utilice esta oportunidad para que compartan sus pensamientos y aclaren sus ideas. Si los/las participantes no mencionan temas clave como los que se listan a continuación, méncionelos usted. Al final de la discusión, muestre la filmina de la definición de Derechos Sexuales de la CCMM para reforzar el tema.

Qué incluir en la discusión

Las diferencias entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos

Muchas personas consideran los derechos sexuales como un subconjunto dentro de los derechos reproductivos. Sin embargo, estos dos conjuntos de derechos conceptualmente presentan diferencias significativas, y por ende requieren diferentes acciones.

Los derechos reproductivos se limitan a ciertos grupos

A veces se escucha a los profesionales decir “Nosotros ponemos todo bajo los derechos reproductivos”. El problema es que esto puede significar que se ignoren las necesidades de las personas que están por fuera del campo de la reproducción –mujeres mayores, mujeres y varones que no tienen hijos–.

Desconectando la actividad sexual de la reproducción

Los derechos sexuales crean las condiciones que permiten que las personas determinen si quieren vincular la actividad sexual con fines reproductivos o no. Estos derechos refuerzan el derecho de las personas a tener prácticas sexuales no reproductivas (algunas de las cuales son ilegales en muchos países, por ejemplo el sexo anal).

Las personas tienen relaciones sexuales desde la adolescencia hasta la vejez. En la medida en que tengan relaciones sexuales, tendrán necesidades en salud sexual –relacionadas con información, educación, servicios, protección contra las enfermedades de transmisión sexual, y con problemas en el funcionamiento sexual–. El término “derechos sexuales” incluye el derecho a la salud sexual independientemente del estado reproductivo de la persona. Los derechos sexuales incluyen una gran variedad de protecciones que atraviesan muchos otros derechos, y que no se limitan a las cuestiones relacionadas con la salud.

¿Por qué centrarse en los derechos sexuales de las mujeres?

Desafortunadamente, la coerción en las relaciones sexuales es un fenómeno común en muchas culturas. El caso más extremo es la violación, ya sea como parte de la guerra o en tiempos de paz. También hay formas de violación de los derechos sexuales que son específicas de ciertas culturas y religiones, como la mutilación genital femenina y la prostitución forzada. Por lo tanto

es esencial que los gobiernos reconozcan el derecho de cada individuo a decidir si quiere tener interacción sexual, cuándo y con quién, y aseguren que estos derechos sean protegidos y promovidos por los actores estatales y no estatales.

El párrafo se centra en las mujeres debido a que son predominantemente sus derechos sexuales los que son abusados. Sin embargo, los derechos sexuales deberían aplicarse a todas las personas. Si se promoviera la cultura de los derechos sexuales entre los varones adolescentes, por ejemplo, esto ayudaría a construir sus ideas de masculinidad de maneras que promuevan su propia autoestima, al mismo tiempo que construyen una cultura de respeto a la mujer.

Los derechos sexuales dentro del marco tradicional de los derechos humanos

Dentro del marco tradicional de los derechos humanos, los derechos sexuales incluyen derechos tales como no ser sometido/a a torturas, ni a la muerte o ejecuciones arbitrarias, y a no ser arbitrariamente detenido/a, la protección de la integridad corporal, el derecho a la información, el derecho a la expresión y al desarrollo de la personalidad, la libertad de participar en la vida política y cultural, y la intención de lograr que los Estados asuman responsabilidades en la violencia perpetrada por actores no estatales. El lenguaje de la autonomía, la dignidad y la participación ciudadana para las mujeres también ha sido desarrollado en algunos trabajos (véase Miller 2000, Lecturas para el/la facilitador/a 2).



45 mins

Actividad 2: Explorando los derechos sexuales mediante el uso de un ejemplo

Divida a los/las participantes en cuatro grupos.

Presente el ejercicio grupal a los/las participantes. Proponga que en vez de discutir los derechos sexuales en forma abstracta, utilicen un ejemplo específico para analizar las formas de hacer posible el ejercicio de los derechos sexuales en diferentes niveles.

Asigne a cada uno de los grupos una identidad diferente:

- Grupo 1: dirección de servicios de salud
- Grupo 2: formuladores de políticas
- Grupo 3: una ONG de educación de pares
- Grupo 4: un grupo de *advocacy* basado en los derechos

Entregue a todos los grupos una copia de la guía: “Determinantes de la transmisión del VIH en Botswana”. Pídales que observen la figura que ilustra los determinantes, que se basa en parte en el texto de la política de Botswana.

Pida a los/las participantes que identifiquen utilizando la información de la guía, por lo menos tres intervenciones que pueda realizar su grupo para promover los derechos sexuales. Deberán escribirlos en un papelógrafo donde se identifique la identidad del grupo. Cuentan con cuarenta minutos para esto.

En los cinco minutos finales de la sesión, pida a cada grupo que pegue su lámina en la pared y pida a los/las participantes que caminen alrededor del salón para mirar cada una de las láminas. Junto a cada lámina pegue

una hoja en blanco con la palabra “Adicionales” escrita en ella. Pida a los/las participantes que en el tiempo que tienen antes y después de las próximas sesiones se detengan frente a las láminas y agreguen las ideas que se les ocurran sobre las acciones que cada grupo pueda realizar. Usted también puede hacerlo.

La clase de ideas que pueden surgir de cada grupo

Dirección de servicios de salud	Formuladores de decisiones	ONG de educación de pares	Grupo de <i>advocacy</i> basado en derechos
<ul style="list-style-type: none"> ● Capacitar a los trabajadores de la salud para que desarrollen capacidad emocional para trabajar con mujeres que han sufrido violencia; enseñarles destrezas para que brinden la información y los consejos necesarios y para que ellas busquen compensaciones por las violaciones. ● Capacitar a los trabajadores de la salud para que identifiquen y traten en forma correcta y comprensiva las enfermedades de transmisión sexual. ● Desarrollar una estrategia de promoción de la salud dirigida a los líderes tradicionales para conseguir su apoyo para poner fin a la obligación de mantener relaciones sexuales que niega a las mujeres la habilidad para protegerse de las enfermedades o a elegir si quieren tener relaciones, cuándo y con quién. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comprender la amplia variedad de leyes (por ejemplo criminal, familiar, de trabajo, de salud) que afectan los derechos sexuales. ● Modificar las leyes, políticas y programas para asegurar el pleno apoyo a los derechos sexuales. ● Prestar atención urgente a la promoción del acceso de las mujeres al empleo para evitar que recurran al sexo como bien de intercambio. ● Desarrollar e implementar una estrategia para el desarrollo de los jóvenes que cree oportunidades educativas mediante el acceso a centros deportivos y a actividades recreativas. ● Implementar una campaña contra el sexo sin protección. ● Aportar más recursos para la implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar materiales sobre la educación de pares que contengan información precisa sobre sexualidad. ● Crear conciencia acerca de que tanto los hombres como las mujeres tienen el derecho a controlar su sexualidad y tomar decisiones acerca de las relaciones sexuales. ● Crear conciencia acerca de los riesgos que corren las mujeres y las niñas, incluyendo la violencia. ● Capacitar facilitadores/as en el uso de esos materiales. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Movilizar a todas las ONGs con orientación en salud y derechos para que desarrollen una campaña dirigida a terminar con la discriminación basada en la orientación sexual. ● Hacer lobby en los departamentos de salud de cada provincia para que se provean servicios de salud sexual a los/las adolescentes y no sólo a las mujeres en edad reproductiva. ● Informar a las mujeres acerca de sus derechos legales y alentarlas para que reconozcan y denuncien las violaciones. ● Monitorear la legislación sobre violencia contra las mujeres, acoso sexual, etc., y utilizar los hallazgos en tareas de <i>advocacy</i> para lograr cambios.

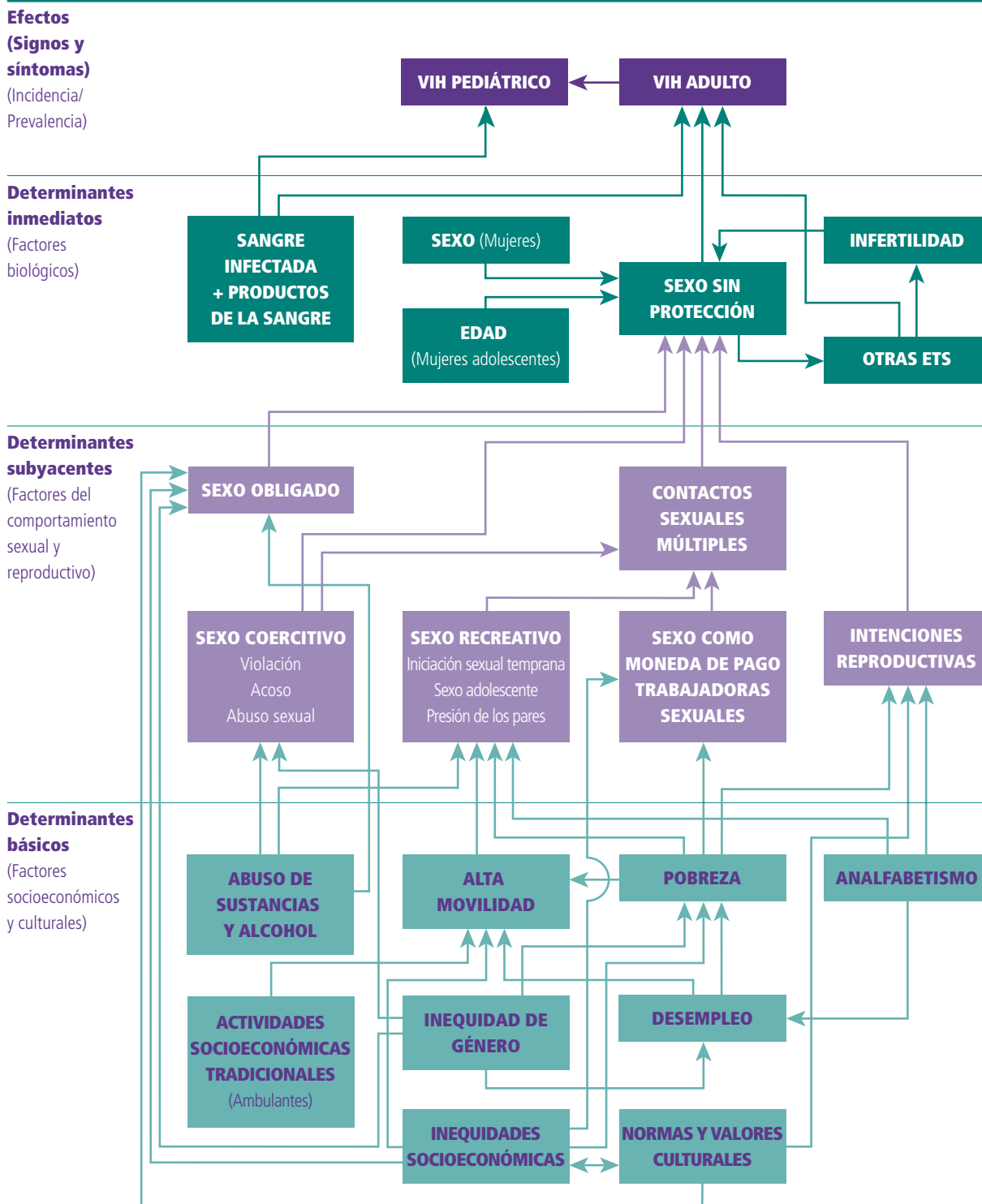
Sesión desarrollada por Barbara Klugman y Sofia Gruskin



Guía

1 Determinantes de la transmisión del VIH en Botswana

Figura 1: Determinantes de la transmisión del VIH en Botswana



Fuente: Gobierno de la República de Botswana. *Botswana HIV and AIDS: second medium term plan: MTPII 1997-2002*. Gaborone, AIDS/STD Unit, Programa Nacional de Control de SIDA, Ministerio de Salud, República de Botswana:15-18.

Género

Como en el resto del África Subsahariana, los patrones de la epidemia del VIH en Botswana, particularmente en el grupo de edad sexualmente activa, presentan un claro sesgo de género [...] La brecha de género se amplía en el grupo de 15-29 años, en el que el 68% de las infecciones corresponde a mujeres. Sin duda las diferencias biológicas explican en parte este sesgo de género. Sin embargo, estas variables no son causas suficientes de la disparidad de género en la distribución de la infección por VIH.

[...] La falta de empoderamiento de las mujeres frente a las prácticas prejuiciosas, culturales y tradicionales en las cuestiones sexuales y reproductivas y en las relaciones de pareja ha sido identificada como un factor que hace a las mujeres vulnerables a la infección por VIH. Por otro lado, centrar la atención en las mujeres es necesario pero no suficiente para promover la equidad de género en las cuestiones sexuales y reproductivas. Es crucial promover el rol y las responsabilidades de los varones en las cuestiones sexuales y reproductivas para protegerlos a ellos y a las mujeres de la infección del VIH. Una abordaje de ese tipo puede reducir varias formas de abuso y explotación sexual y promover conductas sexuales y reproductivas positivas.

Factores de salud sexual y reproductiva

[...] Hasta el momento en Botswana no existen estudios sistemáticos sobre la prevalencia e incidencia de problemas de salud sexual, como las violaciones, el acoso sexual, y la explotación sexual, especialmente en la gente joven. Sin embargo, tomando como base los informes de los medios de comunicación y la preocupación pública, la prevalencia de la violencia sexual es alta en Botswana. Estos males sociales representan serios riesgos de infección por VIH, particularmente para las mujeres. Existe evidencia anecdótica acerca de mujeres adolescentes que tienen relaciones sexuales con hombres mayores. Este patrón de formación de relaciones sexuales puede explicar parcialmente las desproporcionadas tasas de infección por VIH en las adolescentes al compararlas con las de los varones adolescentes. Sin embargo, dado que es probable que la mayoría de las jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres mayores también tienen novios de su edad, los varones adolescentes pueden infectarse por esta vía. También existe preocupación acerca de la posibilidad de sodomía en las poblaciones carcelarias. Un estudio realizado en las prisiones de Botswana mostró que la práctica de "sexo intercrural" es común entre los prisioneros varones. Esta práctica puede constituir un factor de riesgo en los casos en los que los varones presentan cortes o heridas abiertas.

SESIÓN

6

Aplicando el marco de los derechos a la salud sexual y reproductiva

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- aplicarán los conceptos introducidos en las sesiones previas en ejemplos de estudios de caso que resalten la forma en que la violación o la promoción de los derechos interactúan con la salud sexual y reproductiva
- se darán cuenta de que poder comprender estas interacciones puede ayudar en la formulación de políticas e intervenciones.

2 horas 15 minutos

Materiales

- Guía 1: “La historia de Minna”
- Guía 2: “Yo quería poder elegir”
- Guía 3: “Una flor dorada que se marchita prematuramente”
- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. (En este ejercicio tiene la opción de usar los tratados de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, si usted está acostumbrado/a a trabajar con la interpretación de este documento.)

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Cook R. Abortion laws and policies: challenges and opportunities. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1989, supplement to 3:61-87.
2. García-Moreno C. *Violence against women, gender and health equity*. Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper series No. 99.15. Boston, Harvard School of Public Health, 1999:1-8.
3. Hord C. E. y Gerhardt A. J., eds. *When contraception fails. Initiatives for reproductive health policy*. Chapel Hill, IPAS, 1996.
4. Tarantola D. y Gruskin S. Children confronting HIV/AIDS: charting the confluence of rights and health, *Health and Human Rights*, **3(1)**:61-86.
5. Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres*. Nueva York, Naciones Unidas (Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 48/104, 20 de diciembre de 1993).
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial 1997. El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva*. Nueva York, FNUAP, 1997.



Lecturas sugeridas en español

García Moreno, C. *Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud*. 2000. Disponible online en: www.malostratos.com

Klugman B. El VIH/Sida y los derechos sexuales en el África del Sur: ¿discurso de Beijing o necesidad estratégica? En: Gruskin, S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima, Centro de la Mujer Flora Tristán, 2001.

FNUAP. *El estado de la población mundial 1997. El derecho a optar: derechos de procreación y salud de la reproducción*. Disponible online en: www.unfpa.org/swp/1997/spanish/sswpmain.htm

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. La primera es un ejercicio en pequeños grupos donde se utiliza un estudio de caso. La segunda incluye la devolución de cada grupo, seguida de una discusión en la cual el/la facilitador/a da su aporte.

El ejercicio se centra principalmente en el uso del abordaje basado en los derechos para formular estrategias y acciones. Esta sesión es complementaria del ejercicio de la Sesión 5 del Módulo de Políticas.

**Actividad 1: Lectura y preparación de respuestas**

Divida a los/las participantes en grupos de siete a diez personas. Entregue a cada grupo un estudio de caso y pídale que preparen sus respuestas para presentarlas al plenario. Las Guías 1 a 3 incluyen tres historias sobre VIH/SIDA, aborto y mortalidad materna. Cada una resalta diferentes aspectos sobre cómo la violación o la promoción de los derechos humanos puede interactuar con la salud sexual y reproductiva y cómo la concientización acerca de esto puede ayudar en la formulación de políticas e intervenciones. Cada estudio de caso plantea las mismas preguntas. Puede usar los tres casos o sólo el que considere más relevante para el grupo con el que está trabajando.

Resulta útil que más de un grupo trabaje con un estudio de caso de manera tal que en la discusión plenaria quede plasmada la necesidad de utilizar simultáneamente varias estrategias en el abordaje de cuestiones particulares.

**Actividad 2: Discusión plenaria**

Los/las participantes se reúnen en plenario. Cada grupo debe presentar un resumen de sus respuestas a las preguntas de las guías. Cada grupo tiene diez minutos. Luego de cada presentación se destinarán diez minutos para las preguntas y la discusión.

Qué incluir en la discusión

El ejemplo que aquí se presenta utiliza la historia de la Guía 1: "La historia de Minna" para hacer hincapié en los posibles puntos para la discusión y la variedad de posibles respuestas que puedan presentar los grupos.

- 1. Identifique cómo esta situación (VIH/SIDA en la familia) puede afectar la salud de Minna.**
 - ¿Cómo afecta sus fuentes de apoyo, que incluyen los ingresos, la familia, la educación y las oportunidades económicas?
 - De qué forma aumenta su vulnerabilidad al VIH/SIDA, la violencia, la violación, las ETS, el trauma psicológico, etc.
- 2. Identifique las diferentes causas de la pobreza, de la falta de ingresos, del VIH y de la discriminación de género.**
- 3. Haga una lista con todos los actores relevantes y considere la respuesta de cada uno frente a la situación.**
 - Parientes, sistema escolar, ONGs, madre, gobierno (incluido el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación), la persona misma.
- 4. Identifique los vacíos o las respuestas inadecuadas que se evidencian cuando se aplica el abordaje basado en los derechos.**
 - Minna – no es escuchada
 - Familia – discriminación: favorece a los varones, no pagan el arancel de la escuela
 - Madre – le pide que se quede en la casa
 - Escuela – no la exige de pagar el arancel, discriminación, no apoya a Minna
 - ONG – no priorizó la situación, no puede/no quiere ayudar
 - Organización del servicio de SIDA – no provee servicios para la gente afectada. ¿El servicio para la madre era adecuado?
 - Gobierno – no brinda educación, no brinda la atención adecuada, permite la explotación económica de la familia y de Minna.
- 5. Use la Declaración Universal de Derechos Humanos para identificar cada uno de los derechos implicados en esta situación. Analice por qué y en qué forma cada uno de los derechos es relevante. Recuerde considerar los tres niveles de obligaciones del gobierno (respetar, proteger y cumplir), como se discutió en la Sesión 3.**
 - Artículos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 16, 22, 23, 24, 25, 26 de la DUDH
- 6. Determine mediante este análisis, las acciones esenciales que deberían llevarse a cabo para asegurar que esta situación no se repita. Considere abordajes a largo y corto plazo y preste particular atención a los conceptos de respeto, protección y cumplimiento.**
 - Abordajes de corto plazo
 - Método para determinar lo que quiere Minna
 - Que la organización de SIDA brinde más servicios
 - Educación para niñas y niños por igual
 - Conseguir que las autoridades de la escuela eximan a Minna de pagar el arancel; conseguir que eximan el pago en circunstancias extremas
 - Reunir donaciones
 - Escuchar a Minna (permitirle participar en las decisiones que la afectan) tanto sobre cómo hacer para cuidar a su madre y acerca de asistir o no a la escuela
 - Trabajar para que sus oportunidades sean las mismas que las de sus hermanos
 - La madre debería recibir gratuitamente las drogas y no tener que vender la máquina de coser
 - Apoyo a otros niños en circunstancias similares.

- Abordajes de largo plazo
 - Aumentar el financiamiento para salud y educación
 - Equidad de género mediante cambios legislativos (prestar atención a la Convención sobre las Mujeres [CEDAW])
 - Brindar educación gratuita
 - Tomar recaudos para prevenir el empleo infantil
 - Equidad económica en general
 - Asistencia financiera internacional, y no explotación de la fuerza de trabajo
 - Incorporación de las cláusulas de derechos humanos a la legislación local
 - Mejorar la atención de la salud, la seguridad social, los servicios sociales, etc.

7. Analice los tres tipos de acciones identificadas: las que afectan las causas subyacentes (condiciones), las que son específicas de las violaciones y los daños ocurridos, y las que están centradas en las consecuencias de la violación relacionadas con los derechos (tipos de acciones legales a las que se puede acceder, etc.)

Comience la discusión luego de cada presentación

Al comienzo de la primera discusión mencione que en el Módulo de Políticas se trabajará sobre cómo poner en práctica las acciones a través del análisis de políticas y la formulación de una estrategia para cambiar las políticas.

Se necesitan estrategias distintas y complementarias

Aunque estén trabajando con el mismo tema, los grupos pueden proponer abordajes distintos. Ninguna solución aislada es suficiente.

Analice en profundidad las dimensiones económicas, sociales, culturales, civiles y políticas del tema que se está discutiendo. Aliente a los/las participantes a que agreguen otros factores y a que identifiquen los derechos relevantes que no haya mencionado el grupo que hizo la presentación.

Luego hable acerca de cómo la utilización del abordaje basado en los derechos puede ayudar a tomar decisiones para solucionar problemas. Sirve para poner cierto orden en el manejo de problemas que parecen insuperables. Esto puede conducir a la discusión sobre las estrategias a corto y largo plazo. Enfatique la necesidad de ubicar en un contexto más amplio cualquier estrategia que se elija.

Puntos principales para el cierre de la sesión

Los documentos de derechos humanos son útiles

La utilización de los derechos tal como están presentados en los documentos constituye una metodología conveniente para categorizar temas y plantear un marco de abordaje común para diversos actores en la determinación de las estrategias de acción.

Gama de estrategias a corto plazo, a largo plazo y estrategias coincidentes

Ninguna acción aislada o abordaje a corto plazo será suficiente para resolver estos temas. Para abordar adecuadamente las cuestiones de salud es importante emplear una variedad de estrategias al mismo tiempo, tanto a corto como a largo plazo.

Formación de asociaciones fuera del sector

Las estrategias para abordar cuestiones de salud sexual y reproductiva requieren asociaciones con aliados fuera del sector salud.

Sesión desarrollada por Sofia Gruskin





Guía

1

La historia de Minna

Adaptado de Gruskin S. y Tarantola D. *Children confronting AIDS: a health and rights perspective*. Abidjan, UNICEF, UNAIDS, 1997.

Hoy Minna le dijo a su maestra que dejará de ir a la escuela. Tiene doce años y vive en un pequeño pueblo. Su padre era conductor de autobuses y su madre es costurera. Su padre murió de SIDA hace seis meses, luego de sufrir una enfermedad que agotó los recursos de la familia. Su madre está muy enferma y debe dejar de trabajar. Dos meses atrás debió vender su máquina de coser para comprar las drogas que necesitaba. La madre le dijo a Minna que debe dejar la escuela para cuidarla. Tampoco tienen dinero para pagar el arancel de la escuela. Minna es una muy buena alumna y quisiera seguir estudiando. Tiene dos hermanos varones, de catorce y dieciséis años, quienes podrán seguir asistiendo a la escuela porque unos parientes pagarán su arancel.

Los parientes de Minna se han acercado a la autoridad educativa local para pedirle que eximieran a la niña del pago del arancel, pero se les respondió que eso era imposible. Luego buscaron ayuda en una organización de servicios de SIDA, pero les dijeron que a pesar de que la situación de Minna era muy desafortunada, su mandato se limitaba a brindar atención y contención a personas con VIH. Por último, recurrieron a una ONG local llamada Educación para Todos. Esta ONG tenía una larga lista de espera de niños que buscaban su apoyo.

La familia de Minna se reunió y decidió que ya habían hecho todo lo que podían, por lo que Minna debía ir a la ciudad capital donde las muchachas jóvenes pueden encontrar fácilmente trabajo como empleadas domésticas.

Preguntas para la discusión

1. Identifique en qué forma esta situación (VIH/SIDA en la familia) puede afectar la salud de Minna.
2. Identifique las diferentes causas principales de la situación.
3. Haga una lista con todos los actores relevantes y considere la respuesta de cada uno frente a la situación.
4. Identifique los vacíos o las respuestas inadecuadas que el abordaje basado en los derechos pone en evidencia.
5. Use la Declaración Universal de Derechos Humanos para identificar cada uno de los derechos implicados en esta situación. Discuta por qué y en qué forma cada uno de los derechos es relevante. Recuerde considerar los tres niveles de obligaciones del gobierno (respetar, proteger y cumplir), como se discutió en la Sesión 3.
6. Determine, mediante este análisis, las acciones esenciales que deberían tomarse para asegurar que esta situación no se repita. Considere abordajes a largo y corto plazo y preste particular atención a los conceptos de respeto, protección y cumplimiento. Considere estos tres tipos de acciones:
 - las que afectan las causas subyacentes (condiciones)
 - las que son específicas de las violaciones y los daños ocurridos
 - las que están centradas en las consecuencias de la violación relacionadas con los derechos (tipos de acciones legales a las que se puede acceder, etc.).



Guía

2

Yo quería poder elegir

De: Budlender D., ed. *Health in our hands: proceedings and policies of the 1994 Women's Health Conference*. Johannesburgo, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 1995. Reproducido con autorización de AIDOS (Asociación Italiana para las Mujeres en el Desarrollo) y el Women's Health Project.

Soy la mayor de siete hijos. Fui criada en una familia católica, íbamos a la iglesia casi todos los días. El primer año que fui a la universidad comencé a tener relaciones sexuales en secreto con un novio. Siempre tuve que esconder las píldoras anticonceptivas para que nadie se enterara, particularmente mi madre y mi padre. En una familia con siete hermanos era casi imposible tener privacidad, siempre hay algún hermanito pequeño que revisa los cajones. Tampoco había armarios con llave en la universidad y siempre temía olvidarme de tomar la pastilla.

Finalmente quedé embarazada. Tenía veintiún años y acababa de graduarme. Yo era producto de 1976, era una joven negra y tenía el mundo a mis pies. Pero estaba embarazada. ¿A quién podía recurrir? Le confíé mi problema a una amiga mayor, ya que contárselo a mi novio no era una opción. Ella me dijo "¿Por qué eres tan estúpida?".

Comenzamos a golpear las puertas de los médicos. Ellos decían que no nos podían ayudar. Ni las lágrimas ni los gritos ayudaron. Luego mi mejor amiga me contó que otra amiga de ella conocía a alguien que había ayudado a muchas chicas a las que les había pasado lo mismo. Me dijo que debía decirle a mis padres que me ausentaría de mi casa por unos días para participar en una tarea cívica.

Mi amiga me explicó que me harían sangrar y que después estaría bien. Me introdujeron agua y vinagre. Mi amiga también era muy católica. Me dijo que si su marido llegaba a la casa yo me tendría que ir. Comenzamos a las diez de la mañana, pero no podían inducirme el sangrado.

Al tercer día estaba bastante enferma. Mi pelvis y mi útero estaban muy dañados. Todas mis amigas trataban de ayudarme. Luego encontramos un médico a quien le habían revocado la licencia por haberle hecho esto a gente del barrio. Nos dijo que primero que nada tenía que inducir el sangrado. A esta altura yo deliraba. No sé que es lo que el médico me hizo, pero me hizo sangrar. Fuimos a la clínica, me hicieron un raspaje rápido y me fui a mi casa. Mis padres no entendían por qué estaba tan enferma. Les dije que estaba sintiendo los efectos del desgaste provocado por tres años de participación en el equipo deportivo de la universidad y de intensa actividad política.

Sin mis mejores amigas me hubiese muerto. Yo quería poder elegir. Yo quería ser diferente. Cuando mis amigas quedaron embarazadas sus vidas ya estaban predeterminadas. Yo quería poder elegir, y la elección era para toda la vida. Fue mi elección y mi decisión.

Preguntas para la discusión

1. Identifique en qué forma esta situación puede afectar la salud de esta mujer.
2. Identifique las causas principales de esta situación.
3. Haga una lista con todos los actores relevantes y considere la respuesta de cada uno frente a la situación.
4. Identifique los vacíos o las respuestas inadecuadas que pone en evidencia el abordaje basado en los derechos.
5. Use la Declaración Universal de Derechos Humanos para identificar cada uno de los derechos implicados en esta situación. Analice por qué y en qué forma cada uno de los derechos es relevante. Recuerde considerar los tres niveles de obligaciones del gobierno (respetar, proteger y cumplir), como se discutió en la Sesión 3.
6. Determine, mediante este análisis, las acciones esenciales que deberían tomarse para asegurar que esta situación no se repita. Considere abordajes a largo y corto plazo y preste particular atención a los conceptos de respeto, protección y cumplimiento. Considere estos tres tipos de acciones:
 - las que afectan las causas subyacentes (condiciones)
 - las que son específicas de las violaciones y los daños ocurridos
 - las que están centradas en las consecuencias de las violaciones relacionadas con los derechos (tipos de acciones legales a las que se puede acceder, etc.).



Guía

3 Una flor dorada que se marchita prematuramente

Este estudio de caso se utilizó en el curso que ofreció en Kunming, China, el Yunnan Reproductive Health Research Association (YRHRA), Kunming Medical College, en 1999.

Jinwan es una aldea rural habitada por la comunidad de la minoría Lahu. Se encuentra a más de 60 km de la ciudad más cercana. La terminal de autobuses más próxima está en la sede de la municipalidad, a 30 km de Jinwan. Los días de sol, se puede viajar en tractor desde la sede municipal hasta Jinwan, pero en la temporada de lluvias sólo se puede atravesar esta zona montañosa a pie. En Jinwan hay un solo médico rural. En caso de enfermedades graves, las personas de la aldea tienen que viajar más de 30 km hasta el hospital del municipio o hasta otro hospital del condado que queda aún más lejos.

Generación tras generación, las mujeres en Jinwan han dado a luz en sus casas. La tradición local considera que la sangre menstrual de las mujeres es sucia y trae mala suerte a los hombres si la tocan. También existe la creencia de que los tractores o los carros de bueyes no pueden llevar mujeres embarazadas porque su sangre y hasta su aliento pueden traer mala suerte a los conductores. Por esta razón, las mujeres que tienen problemas durante el trabajo de parto deben ser trasladadas por sus parientes los 30 km hasta el hospital del municipio. En Nanxi, una aldea situada a 15 km de Jinwan, hay una clínica privada. Al haber escuchado a otras mujeres relatar que los servicios de las parteras en esa clínica son muy buenos y baratos, algunas mujeres que tienen dificultades durante el trabajo de parto son llevadas allí.

Jinhua (en chino, "Flor Dorada"), es una de las mujeres más hemosas de Jinwan. Se casó durante el último festival de primavera. En el festival de primavera de este año, en el aniversario de su casamiento ya estaba embarazada de nueve meses. La gente la felicitaba y le deseaba que tuviera un buen parto y un bebé sano. Jinhua no tuvo ningún tipo de atención prenatal, ni recibió información ni consejería desde que quedó embarazada. El hospital del municipio le envió algunos materiales sobre nuevas formas de dar a luz. Pero Jinhua no tenía mucha educación y no podía comprender el contenido de esos materiales.

Una noche sintió que estaba por parir. Pero el bebé no salía ni siquiera después de ocho horas de la rotura de la bolsa. Sus parientes estaban muy alarmados y la llevaron rápidamente a la clínica privada. Los médicos de la clínica trabajaron muy duro durante tres horas y finalmente el bebé nació muerto por sofocación. Luego Jinhua tuvo una hemorragia. Sus parientes la volvieron a llevar al hospital municipal, y luego al hospital del condado. Desafortunadamente, no sobrevivió. Falleció al llegar al hospital del condado.

Preguntas para la discusión

1. Identifique las causas principales de esta situación.
2. Haga una lista con todos los actores relevantes y considere la respuesta de cada uno frente a la situación.
3. Identifique los vacíos o las respuestas inadecuadas que el abordaje basado en los derechos pone en evidencia.
4. Use la Declaración Universal de Derechos Humanos para identificar cada uno de los derechos implicados en esta situación. Analice por qué y en qué forma cada uno de los derechos es relevante. Recuerde considerar los tres niveles de obligaciones del gobierno (respetar, proteger y cumplir), como se discutió en la Sesión 3.
5. Determine, mediante este análisis, las acciones esenciales que deberían tomarse para asegurar que esta situación no se repita. Considere abordajes a largo y corto plazo y preste particular atención a los conceptos de respeto, protección y cumplimiento. Considere estos tres tipos de acciones:
 - las que afectan las causas subyacentes (condiciones)
 - las que son específicas de las violaciones y los daños ocurridos
 - las que están centradas en las consecuencias de la violación relacionadas con los derechos (tipos de acciones legales a las que se puede acceder, etc.).

SESIÓN

7

Utilizando los derechos humanos internacionales para traducir los compromisos de los gobiernos en acciones

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- aprenderán abordajes para aplicar los derechos sexuales y reproductivos en el trabajo que realizan
- contextualizarán sus trabajos en relación con una serie de actores que participan en esfuerzos similares.

2 horas

Materiales

- Guía 1: “El Cairo y Beijing en su país”
- Guía 2: “Acciones realizadas por algunas agencias multilaterales para implementar los acuerdos de El Cairo y Beijing”
- filmina: Guía 2
- filmina: “Cómo se inserta su trabajo dentro del marco más amplio”, en la pág. 199
- papelógrafo o pizarra para escribir

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Earth Summit Watch. *One year after Cairo: overview of country reports*. An overview of the country-by-country survey of ICPD implementation. Disponible online en: www.earthsummit.watch.org/cairo1/ (Fecha de acceso: 2000).
2. United Nations Division for the Advancement of Women, United Nations Population Fund, United Nations High Commissioner for Human Rights. *Roundtable of human rights treaty bodies and specialized agencies on human rights approaches to women's health, with a focus on sexual and reproductive health and rights*. Nueva York, UNFPA, 1998.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial 1997. El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva*. Nueva York, FNUAP, 1997.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 2.

Lecturas sugeridas en español

FNUAP. El estado de la población mundial 1997. El derecho a optar: derechos de procreación y salud de la reproducción. Disponible online en: www.unfpa.org/swp/1997/spanish/sswpmain.htm



Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. En la primera se trabaja en pequeños grupos y luego se realiza una devolución y discusión en plenario. La segunda es una actividad individual para determinar las prioridades personales de los/las participantes respecto de la implementación de los derechos sexuales y reproductivos, seguida por una puesta en común con todo el grupo.



Actividad 1: Mirando a El Cairo y Beijing



Paso 1: El Cairo y Beijing en los países de los/las participantes

Comience contándoles a los/las participantes que en varios países se están realizando esfuerzos para implementar los derechos sexuales y reproductivos, y las recomendaciones generales de El Cairo y Beijing en general, en forma simultánea y en diferentes niveles. Para asegurar que los derechos sexuales y reproductivos se conviertan en una realidad para las mujeres en todo el mundo se requiere la acción de las ONGs, los gobiernos, y el sistema internacional. Para avanzar en este trabajo, resulta útil analizar de qué forma nuestro trabajo se inscribe dentro de un marco más amplio que incluye el trabajo que están realizando diferentes instituciones, internacionales y nacionales.

Divida a los/las participantes en cuatro o cinco grupos. Entrégueles las siguientes preguntas para discusión (Guía 1). Pídales que vuelvan al plenario luego de quince minutos.

- ¿Se ha difundido información acerca de El Cairo y Beijing y, de manera más general, sobre derechos sexuales y reproductivos en su país? ¿Quiénes son los actores involucrados en este proceso? ¿Qué tipo de información está difundiendo cada uno de esos actores? ¿A quiénes y cómo se está difundiendo esa información?
- ¿Ha establecido el gobierno o cualquier otro actor alguna institución, proceso o mecanismo para monitorear si se están implementando las recomendaciones de El Cairo y Beijing y cómo se lo está haciendo?
- ¿Ha habido cambios en las leyes, políticas o en la distribución de recursos referentes a la salud sexual y reproductiva a partir de El Cairo y Beijing? ¿Quiénes han participado en este proceso?



Paso 2: Compartiendo la información con el grupo

Los/las participantes vuelven al plenario y cada grupo tiene de tres a cinco minutos para contar a los demás lo que han hablado. Agrupe en el papelógrafo las respuestas según las siguientes categorías. Recuerde que debe haber información en cada una de las categorías de actores en cada nivel.

Actores	Niveles
● Las Naciones Unidas	● Internacional
● Otras organizaciones intergubernamentales	● Regional
● Gobiernos	● Nacional
● Organizaciones no gubernamentales	● Local
	● Comunidad

Resuma los puntos principales.

Es probable que los/las participantes tengan suficiente información sobre lo que están haciendo estos actores en sus países, pero puede ser que tengan menor conocimiento acerca de los detalles de las actividades globales en las que están participando esos actores. Distribuya la Guía 2.

Presente la Guía 2 en **filminas**.



Actividad 2: Las prioridades personales de los/las participantes



Paso 1: Los/las participantes reflexionan sobre su propio trabajo

Pida a los/las participantes que se tomen de cinco a diez minutos para considerar de qué forma el trabajo que ellos/as realizan se inscribe dentro de este marco mayor, utilizando como guía las siguientes preguntas. Pídales que escriban sus respuestas.

Muestre en una **filmina** las preguntas que se incluyen a continuación.



¿Cómo se inscribe su trabajo dentro del marco mayor?

- ¿Qué cuestión de los derechos sexuales y reproductivos considera que es una prioridad en su trabajo?
- ¿Cuál es la situación actual de esa cuestión en su país?
- ¿Qué medidas o acciones cree que son necesarias para mejorar la situación de esa cuestión? Esto incluye considerar los actores que deben participar, los materiales y los recursos que serán necesarios, y las estrategias que se deberán adoptar.
- ¿Qué problemas cree que podrían surgir al intentar realizar ese trabajo?



Paso 2: Comprometiéndose con la acción

Comience la discusión grupal. Remarque que lo que uno hace específicamente no es tan importante como el hecho de realizar acciones concretas. Los derechos sexuales y reproductivos, y El Cairo y Beijing, tendrán fuerza siempre y cuando las personas tengan la voluntad de utilizarlos. Independientemente de que uno trabaje a nivel del gobierno o en una ONG, es nuestra responsabilidad hacer efectivos estos compromisos.

Pida a cada persona que se comprometa en voz alta a realizar una acción el año próximo para que los derechos sexuales y reproductivos sean una realidad en la población con la que ellos trabajan, sin importar cuán pequeña sea esa acción. Asegúrese de que cada participante tenga la oportunidad de hablar. Escriba en el papelógrafo los compromisos de cada participante.

Pida a los/las participantes que sean específicos, y que conecten las acciones que proponen con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, si el o la participante dice que trabajará más en el tema de Maternidad Segura, pida que brinde detalles sobre la acción o las acciones específicas. ¿Serán nuevas intervenciones? ¿Advocacy? ¿Investigación? Pregúnteles también qué aspectos de los derechos sexuales y reproductivos promocionarían mediante sus acciones.

Diga a los/las participantes que, si lo desean, pueden usar esa misma intervención en el ejercicio de aplicación que está al final del Módulo de Políticas.

Cada persona tendrá dos o tres minutos para hablar, calcule un máximo de cincuenta minutos para todo el grupo.

Entregue al/a la facilitador/a del Módulo de Políticas las láminas de los papelógrafos con los compromisos de los/las participantes para que pueda continuar trabajando con ellos.

Puntos principales para el cierre de la sesión

Existen muchas instituciones y muchos actores en todo el mundo que están tratando de promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Pensar sistemáticamente sobre la forma en que nuestro trabajo se ubica dentro de un contexto mayor constituye una herramienta útil para la determinación de prioridades y el establecimiento de acciones para el futuro.

Sesión desarrollada por Sofia Gruskin



Guía

1

El Cairo y Beijing en su país

Tienen veinte minutos para discutir en grupos las siguientes preguntas. Se deberá designar una persona para que anote los puntos principales que surjan durante la discusión y luego los presente.

- ¿Se ha difundido información acerca de El Cairo y Beijing y, de manera más general, sobre derechos sexuales y reproductivos en su país? ¿Quiénes son los actores involucrados en este proceso? ¿Qué tipo de información está difundiendo cada uno de esos actores? ¿A quiénes y cómo se está difundiendo esa información?
- ¿Ha establecido el gobierno o cualquier otro actor alguna institución, proceso o mecanismo para verificar si se están implementando las recomendaciones de El Cairo y Beijing y cómo se lo está haciendo?
- ¿Ha habido cambios en las leyes, políticas o en la distribución de recursos referentes a la salud sexual y reproductiva a partir de El Cairo y Beijing? ¿Quiénes han participado en este proceso?



Guía 2 Acciones realizadas por algunas agencias multilaterales para implementar los acuerdos de El Cairo y Beijing

Para ampliar y actualizar esta información recurra a la página web de las distintas agencias de las Naciones Unidas, incluyendo la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población.

Las Naciones Unidas

La mayoría de los esfuerzos actuales de las Naciones Unidas para implementar y monitorear lo que ha ocurrido desde las conferencias de El Cairo y Beijing consisten en apoyar los procesos nacionales de implementación y asegurar que los gobiernos den cuenta de lo que están haciendo a nivel nacional.

La Comisión del Status de la Mujer ha sido la responsable de monitorear la implementación de Beijing.

La Comisión de Población y Desarrollo Sostenible ha sido la responsable de vigilar la implementación de El Cairo.

Los órganos de monitoreo que supervisan las obligaciones de los gobiernos bajo los tratados de derechos humanos han comenzado a incluir cuestiones de salud sexual y reproductiva, como mortalidad materna o VIH/SIDA, en sus interpretaciones de las obligaciones de los gobiernos respecto de esos tratados.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS se ha comprometido a implementar los acuerdos de El Cairo y Beijing y los de las revisiones posteriores (Cairo+5 y Beijing+5).

Se refiere a estas acciones clave en muchas de sus actividades, entre las cuales se incluye:

- colaborar con los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas para asegurar que se preste atención a las cuestiones de salud sexual y reproductiva en el control que realizan en los diferentes países
- colaborar con los países y asistirlos para que respeten, protejan y cumplan los derechos reproductivos y que adopten un marco de derechos humanos en la implementación de programas de salud reproductiva
- desarrollar una herramienta práctica para evaluar las consideraciones de género en la investigación sobre salud reproductiva
- desarrollar un abordaje estratégico para la introducción de la anticoncepción, que incluya la participación de todos los actores relevantes
- apoyar la investigación sobre métodos anticonceptivos de barrera de uso femenino y microbicidas
- preparar guías y normas para intervenciones en salud reproductiva, que incluyan la salud materna y la salud del recién nacido, la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos y los servicios de aborto seguro
- desarrollar indicadores para el control de programas de salud reproductiva a nivel nacional y de distrito
- dar orientación para la elaboración de programas e intervenciones en salud adolescente.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Luego de El Cairo, las pautas para políticas de género, población y desarrollo de la FNUAP fueron revisadas en 1998. La nueva política, "Apoyo para Transversalizar las Cuestiones de Género en los Programas de Población y Desarrollo", condujo a los siguientes cambios estratégicos y programáticos:

- redefinir estrategias y prioridades para adoptar dos abordajes distintos pero complementarios: por un lado transversalizar la perspectiva de equidad de género en las principales áreas programáticas, y por el otro, apoyar proyectos estratégicos para las mujeres
- trabajar con órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos para incorporar las cuestiones de derechos reproductivos en los mecanismos de informes de la CEDAW (Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)
- intentar la implementación de la igualdad y equidad de género y la promoción de los derechos humanos en todos los programas de apoyo a los países. Algunos ejemplos incluyen: apoyo para formular nuevos códigos de familia y matrimonio que garanticen los derechos reproductivos y la equidad de género en los países del África francoparlante; y, en América latina, apoyo a los esfuerzos para incorporar los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en las nuevas Constituciones de Ecuador y Venezuela.

SESIÓN 8

Resumen del módulo

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



15 mins

Al finalizar esta sesión, los/las participantes tendrán una sinopsis de las herramientas y los conceptos introducidos en el Módulo de Derechos. Comprenderán las vinculaciones con las herramientas introducidas en el Módulo de Género y en el de Determinantes Sociales.

15 minutos

Cómo conducir la sesión

En esta sesión se reúnen todas las herramientas y conceptos introducidos en el Módulo de Derechos. También se trazan las conexiones con las herramientas y los conceptos introducidos en los Módulos de Género y de Determinantes Sociales.



Qué incluir en su presentación

Filmina Incluya los puntos principales de la Síntesis del módulo y las representaciones gráficas del módulo “Estructura del Módulo de Derechos”.

Entrelazando la perspectiva de género

Remarque de qué forma este módulo entrelaza la perspectiva de género en la aplicación de los conceptos de derechos humanos. Se construye sobre la base del análisis de los determinantes sociales del estado de salud y de la atención de la salud y se centra en cómo los derechos humanos pueden utilizarse para abordar esos factores. Esto es evidente, por ejemplo, en las Sesiones 5 y 6.

El último de los Módulos Básicos

Esto marca el final de los Módulos Básicos de este curso, que están pensados para desarrollar la perspectiva de género y derechos y aportar las herramientas para el análisis de cuestiones y problemas usando los conceptos de género, determinantes sociales y derechos. Esto significa, por ejemplo, que para cada intervención o política que evaluamos o pensamos, debemos preguntar:

- ¿Considera las causas subyacentes/determinantes sociales en todos los niveles del problema en cuestión? ¿Identifica los derechos implicados en cada uno de estos factores?
- ¿Aborda las cuestiones de género? ¿Intenta transformar las relaciones de poder?
- ¿Aborda los derechos implicados? ¿De qué formas?

Módulo 4: **Evidencia**



Estructura del Módulo de Evidencia



MÓDULO 4

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con los conceptos básicos de la investigación en salud y podrán identificar tipos de evidencia útiles para el planeamiento y las políticas relativas a los servicios de salud reproductiva
- se familiarizarán con ejemplos usuales de sesgos en la investigación, incluyendo prejuicios de género en la recolección, interpretación y presentación de la información relativa a la salud
- conocerán los actuales lineamientos internacionales para una práctica ética en la investigación en salud y cómo éstos se aplican a las controversias actuales en la investigación en salud reproductiva
- podrán identificar, en un contexto dado, indicadores relevantes de salud reproductiva que incorporen el género y los derechos
- habrán adquirido habilidades para realizar evaluaciones con perspectiva de género y de derechos, de los sistemas de salud, las tecnologías y los servicios.

Ideas que sustentan el módulo

Para qué puede usarse la investigación

La investigación en salud, y la evidencia que ésta genera, hacen posible identificar:

- problemas de salud
- los determinantes de esos problemas
- las intervenciones que resultan necesarias
- el impacto de esas intervenciones.

Entre los planificadores de sistemas de salud, la evidencia útil identificará las tasas de utilización de los servicios y las mejoras que necesitan introducir los sistemas. El monitoreo y la evaluación permiten evaluar a corto plazo o en forma continua si determinadas intervenciones, tecnologías o servicios están teniendo el impacto deseado. Los sistemas de monitoreo y vigilancia a largo plazo permiten que el sistema de salud se adapte a las cambiantes necesidades de salud.

De qué modo la investigación puede descuidar a las mujeres

La evidencia que usamos para evaluar si un sistema de salud es efectivo o si determinadas tecnologías o intervenciones son óptimas debe incluir la atención a las necesidades y preocupaciones de usuarios/as potenciales. Lamentablemente, la evidencia utilizada para la evaluación de los servicios de salud reproductiva y las tecnologías de planificación familiar, a menudo ha prestado escasa atención a los derechos y las necesidades sociales y de salud de los/las usuarios/as, que son en su mayoría mujeres. A menudo la evidencia ha fallado al no incluir información sobre si los derechos

relevantes a la salud reproductiva de las mujeres son protegidos, si los servicios disponibles se ajustan a las necesidades de salud prevaletentes, o incluso si se está cumpliendo con los estándares mínimos de buenas prácticas. Este descuido refleja tanto el bajo status que las mujeres han tenido durante largo tiempo, como el interés específico de los Estados por controlar su fertilidad más que por promover su bienestar.

Es necesario reorientar la evidencia

Fortalecer los sistemas de salud reproductiva para promover la igualdad de género y los derechos reproductivos requiere, por ende, una reorientación de los tipos de evidencia usados para determinar las necesidades, medir la calidad de los servicios, evaluar las intervenciones y monitorear el impacto en el largo plazo. Éste es el propósito del presente módulo.

La Sesión 1 proporciona a los/las participantes una actualización de las estadísticas de salud y la terminología básica de investigación. Asimismo, destaca el desafío de recolectar datos sobre tópicos sensibles en la investigación en salud sexual y reproductiva. Mediante el uso de datos de los propios participantes acerca del momento en el ciclo de vida en que tuvieron su primera experiencia sexual y reproductiva, la sesión revisa los conceptos de muestreo y sesgo y la posibilidad de generalizar los hallazgos. Los cursos dirigidos a investigadores más experimentados podrían optar por obviar los fundamentos básicos de la investigación y centrarse en la discusión de los diferenciales de género en las normas sexuales, las diferencias de edad entre los cónyuges, y las tendencias recientes en el *timing* de los acontecimientos sexuales y reproductivos.

La Sesión 2 provee una revisión paso a paso del proceso de investigación, describiendo una variedad de diseños de estudios y sus aplicaciones. Se presenta a los/las participantes problemas de investigación y se les da la posibilidad de recorrerlos paso a paso, desde la contextualización de la(s) pregunta(s) de investigación, hasta la identificación de un mix adecuado de métodos para llevar adelante la(s) pregunta(s) de la investigación. Los ejemplos abarcan desde problemas simples a problemas complejos. Esta sesión hace referencia a la sesión sobre género y salud en el Módulo de Género (Módulo 1, Sesión 5) y a conceptos aprendidos en el Módulo de Derechos (Módulo 3) para ilustrar el efecto de la aplicación de la perspectiva de género y derechos a todos los pasos del proceso de investigación.

La Sesión 3 proporciona a los/las participantes lineamientos internacionales acerca de la ética en la investigación en salud, dado que la recolección de información podría entrar en conflicto con la privacidad de la paciente o la inmediata provisión de atención. Los dilemas éticos en la investigación en salud reproductiva se ven acentuados por las desigualdades de género –a menudo las mujeres son objeto de investigaciones en salud reproductiva en contextos en los que carecen del status social que les permita proteger su salud y sus derechos–. En muchos contextos, el peso de las políticas de control de población dificulta la posibilidad de elección de las mujeres (y, a veces, de los varones) de participar en investigaciones sobre métodos anticonceptivos. Éste es el caso de contextos donde la persistencia de una preocupación excesiva por el control de la fecundidad subestima las consideraciones éticas que se deben tener en cuenta en el testeado de los métodos y en los estándares vigentes en

la atención clínica. La sesión está diseñada como un debate formal para dar a los/las participantes la posibilidad de mejorar sus habilidades para articular y defender principios éticos.

La Sesión 4 proporciona a los/las participantes la oportunidad de aplicar un análisis de género a informes y artículos de investigación, y de identificar fuentes de sesgos de género en la forma en que la información fue recolectada, analizada, interpretada o presentada.

La sesión analiza la posibilidad de que emerjan potenciales errores de planeamiento si las decisiones se basan en un solo tipo de evidencia. Avanza sobre la base de la sesión anterior, proporcionando ejemplos concretos de cómo diferentes métodos de investigación destacan aspectos diferentes de un problema dado, y cómo las recomendaciones para la acción reflejan el tipo de evidencia que se ha usado. El ejercicio enfatiza el valor de conciliar datos de diferentes fuentes para identificar planes que sean efectivos y de largo alcance. El material de caso provisto se refiere a la salud materna, pero pueden usarse otros ejemplos, dado que el método es generalizable a otros problemas de salud.

La Sesión 5 ofrece un ejemplo concreto de cómo identificar necesidades de información que den cabida a consideraciones de género y derechos en la selección de tecnologías de regulación de la fecundidad. Se pone énfasis en la necesidad de:

- atender tanto la regulación de la fertilidad como la prevención de la enfermedad en un contexto dado
- promover y proteger los derechos reproductivos
- promover la responsabilidad compartida entre varones y mujeres al mismo tiempo que se asegura la atención de las necesidades prácticas urgentes de las mujeres.

El marco global para seleccionar tecnologías de regulación de la fertilidad efectivas puede aplicarse a otras tecnologías (por ejemplo, tecnologías para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual [ITS]). Pero el ejemplo proporcionado muestra cómo los programas de planificación familiar existentes pueden ser reevaluados sistemáticamente en forma consistente con las agendas de El Cairo y Beijing.

La Sesión 6 introduce el concepto de indicadores y cómo éstos pueden ser usados en el monitoreo del estado de salud, la utilización de los servicios y la calidad del servicio. Se pone énfasis en desmitificar

los indicadores como algo necesario sólo para los evaluadores externos, y se destaca su utilidad como una herramienta autogenerada para el monitoreo continuo del control de calidad, la performance y el impacto. Los/las participantes adquirirán habilidades para identificar los indicadores de salud reproductiva de mayor utilidad en un contexto dado, y usted les mostrará una variedad de indicadores tanto existentes como nuevos que pueden usarse para monitorear la equidad de género y los derechos reproductivos en salud sexual y reproductiva.

La Sesión 7 proporciona ejercicios prácticos para el desarrollo de herramientas que se utilizan en la evaluación de los servicios. Estos ejercicios grupales dan a los/las participantes la posibilidad de experimentar por sí mismos las dificultades que implica el diseño de herramientas para

recolectar información, y de este modo aumentan su comprensión de lo que significan en la práctica conceptos como prejuicio, validez y posibilidad de generalización. Las preguntas para la discusión de cada ejercicio ponen de relieve cómo pueden encararse las dimensiones de género y derechos en la recolección de datos/información.

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 18 hrs
Sesión introdutoria	Introducción al Módulo de Evidencia	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con los objetivos y contenidos del módulo 	Sesión informativa	15 mins
SESIÓN 1	Recolección e interpretación de datos	<ul style="list-style-type: none"> ● actualizarán sus conocimientos sobre el uso y la importancia de medidas estadísticas simples: promedio, mediana, rango y varianza 	Ejercicio guiado de recolección de datos previo a la sesión	1 hr 40 mins (tiempo fuera de clase)
		<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con las nociones de confidencialidad y sensibilidad respecto de los datos de salud sexual y reproductiva, y con las formas de proteger la privacidad de los sujetos de la investigación 	Aporte de información	1 hr 15 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● discutirán la interpretación y la posibilidad de generalización de los datos, y el concepto de sesgo 	Discusión orientada por el/la facilitador/a	30 mins
SESIÓN 2	El proceso de investigación paso a paso	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con los pasos básicos para el diseño de una investigación 	Información	50 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● conocerán el concepto de perspectiva de género y derechos en la investigación en salud 	Ejercicios participativos con todo el grupo	40 mins
SESIÓN 3	Cuestiones éticas en la investigación en salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con los principios de la ética en la investigación, centrándose en la salud reproductiva 	Conferencia introdutoria	1 hr
		<ul style="list-style-type: none"> ● tendrán una visión general de los lineamientos éticos internacionales para el desarrollo de la investigación 	Trabajo en grupo preparatorio para el debate	1 hr 15 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● debatirán sobre dilemas éticos clave en la investigación en salud reproductiva desde una perspectiva de género 	Debate y discusión	25 mins
SESIÓN 4	Evidencia para la planificación: conciliando evidencia de diferentes fuentes (Caso: salud materna)	<ul style="list-style-type: none"> ● reconocerán que los resultados de una investigación reflejan la pregunta que se hizo, cómo se reunió la evidencia, y a quiénes se la solicitó 	Lectura individual	En horario fuera de clase
		<ul style="list-style-type: none"> ● comprenderán la necesidad de conciliar evidencia de diferentes fuentes para la adopción de decisiones correctas 	Trabajo en pequeños grupos	40 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● podrán identificar sesgos de género en la recolección, el análisis, la interpretación y presentación de la información sobre salud 	Puesta en común con el grupo general y discusión grupal	1 hr 40 mins
SESIÓN 5	Evidencia para las políticas y los programas: seleccionando tecnologías apropiadas para la regulación de la fecundidad	<ul style="list-style-type: none"> ● desarrollarán habilidades que ayuden a identificar la información necesaria para la selección de tecnologías de regulación de la fecundidad apropiadas para cada contexto 	Información presentada por el/la facilitador/a	45 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● podrán integrar consideraciones de género y derechos al hacer esa selección 	Trabajo en pequeños grupos	1 hr
			Devoluciones al grupo general y discusión grupal	1 hr
SESIÓN 6	Evidencia para el monitoreo: indicadores de salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con el concepto de indicadores de salud y sus usos 	Información presentada por el/la facilitador/a	30 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● podrán establecer los indicadores más relevantes para contextos específicos 	Cuestionario	15 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● tendrán las habilidades necesarias para usar y/o desarrollar indicadores que capten las dimensiones de género y derechos de una cuestión o problema de salud 	Ejercicio(s) en pequeños grupos con posterior discusión plenaria	1 hr 30 mins
SESIÓN 7	Evidencia para la evaluación de servicios: ejercicios aplicados	<ul style="list-style-type: none"> ● se familiarizarán con una variedad de técnicas para la recolección de datos/información para la evaluación del servicio 	Información presentada por el/la facilitador/a	30 mins
		<ul style="list-style-type: none"> ● tendrán práctica en el diseño de herramientas para la recolección de datos/información 	Trabajo práctico grupal	3 hrs
		<ul style="list-style-type: none"> ● aprenderán cómo integrar las dimensiones de género y derechos en el monitoreo y/o la evaluación de los servicios 	Presentaciones grupales y discusión con el grupo general	2 hrs

Introducción al Módulo de Evidencia

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión



Los/las participantes se familiarizarán con la estructura, los contenidos y objetivos del Módulo 4.

15 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión informativa.



Presente el módulo usando **filminas** de la Síntesis:

- “¿Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Evidencia?”
- “Estructura del Módulo de Evidencia”
- “Síntesis del módulo”.

SESIÓN 1

Recolección e interpretación de datos

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión

Los/las participantes:

- actualizarán sus conocimientos sobre el uso y la importancia de medidas estadísticas simples: promedio, mediana, rango y varianza
- discutirán la interpretación y la posibilidad de generalización de los datos, y el concepto de sesgo
- se familiarizarán con las nociones de confidencialidad y sensibilidad respecto de los datos de salud sexual y reproductiva, y con las formas de proteger la privacidad de los sujetos de la investigación.

1 hora y 40 minutos



Preparación previa

- El ejercicio de recolección de datos debe ser realizado el día anterior. Véase la descripción más adelante, en la Actividad 1.

Materiales

- 3 pedazos grandes de papel para las hojas de datos, como en la pág. 214
- filmina: Estadísticas de resumen de datos generados por los/las participantes acerca de su primera experiencia sexual y reproductiva, ejemplo en pág. 215
- filmina: "Variables", en pág. 216
- filmina: "Una introducción a las estadísticas de resumen", en la pág. 217

Cómo conducir la sesión

Esta sesión combina tres actividades complementarias. La primera es para recolectar y analizar datos sobre el *timing* de los eventos sexuales y reproductivos. Tenga en cuenta que los/las participantes deben completar esta primera actividad fuera de clase, el día anterior al inicio de esta sesión. La segunda actividad es una discusión grupal, basada en los datos generados, que explora los diferenciales de género en las normas sexuales y las expectativas de género sobre cuál es la edad apropiada y a quién se atribuyen el poder y la responsabilidad en relación con la reproducción. La tercera actividad es una discusión sobre las normas de género en la conducta sexual y las experiencias reproductivas, basada en los datos que los/las participantes han generado.

Actividad 1: Recolección de datos

Dedique entre diez y quince minutos del día previo a la sesión para presentar esta actividad. Una vez que los/las participantes hayan completado las hojas de datos, analícelas fuera del horario de clase y prepare una devolución para el día siguiente.

Paso 1: Prepare dos o tres hojas grandes de papel con la siguiente tabla, con una línea para cada participante y cinco líneas adicionales.

La hoja de recolección de datos

Hoja de recolección de datos – Primera experiencia sexual y primera experiencia reproductiva

M o F	Edad al momento de la primera menstruación (F) o el cambio de voz (M)	Edad al momento de la primera experiencia sexual		Edad al momento del primer embarazo (F) o edad al momento del primer embarazo de la pareja (M)		Edad al momento del primer nacimiento		Edad al momento del primer matrimonio	
		Usted	Su pareja (indique M o F)	Usted	Su pareja (indique M o F)	Usted	Su pareja (indique M o F)	Usted	Su pareja (indique M o F)

Paso 2: Ubique la hoja de recolección de datos en algún lugar que asegure la privacidad a quienes se acerquen a completarla. Usted y otro/a facilitador/a del curso deben completar sus propios datos en cualquiera de las líneas vacantes excepto las líneas 1 y 2, de modo que por lo menos dos líneas ya estén completas –así, nadie sabrá cuáles datos corresponden a qué participante–.

Paso 3: Los/las participantes pueden completar la hoja de datos durante cualquier receso. Pida a cada integrante del grupo que se acerque solo/a a la hoja de datos y complete su información personal. Explique que se puede usar cualquier línea libre, y no necesariamente la primera. Explique también que:

- “Su pareja” se refiere a la pareja con la que usted tuvo sexo por primera vez, o a la pareja con la que se casó por primera vez, y no a su pareja actual.
- Si una pregunta no se aplica a su caso particular, por ejemplo si usted nunca ha estado casado/a, coloque un guión (-).
- Si usted no posee la información, por ejemplo, si no sabe la edad de la pareja con la cual concibió su primer embarazo, coloque un signo de interrogación. Esto diferencia las preguntas sin respuesta de los casos en los que falta la información (*missing cases*), tema que quizá quiera explorar más adelante.

Paso 4: Una vez que se haya completado la hoja de datos, analícelos fuera del horario de clase. Calcule las siguientes medidas:

Analice los datos

- rango
- promedio
- mediana
- modo
- desviación standard.

Prepare una filmina con los resultados de su análisis. El siguiente cuadro “Ejemplo de estadísticas de resumen a partir de datos generados por los/las participantes sobre su primera experiencia sexual y reproductiva” proporciona un ejemplo tomado de uno de los cursos.

Ejemplo de estadísticas de resumen a partir de datos generados por los/las participantes respecto de su primera experiencia sexual y reproductiva

Tamaño de la muestra = 37; mujeres = 34; varones = 3

1. Edad de la primera menstruación

Rango: 11-17
 Promedio: 13,4
 Mediana: 13
 Modo: 13
 Desviación standard: 1,8

2. Edad a la primera relación sexual

Rango: 9-28
 Promedio: 19,1
 Mediana: 19
 Modo: 18
 Desviación standard: 3,8

El 58% de las mujeres tuvo su primera experiencia sexual antes de los 20 años

3. Edad del primer compañero sexual

Rango: 14-45
 Promedio: 22,3
 Mediana: 21
 Modo: 19
 Desviación standard: 5,5

El 66% de los primeros compañeros sexuales tenía más de 20 años

4. Edad al primer embarazo

Rango: 16-36
 Promedio: 24,1
 Mediana: 23,5
 Modo: 21
 Desviación standard: 5,3

El 20% de las mujeres en la muestra tuvo su primer embarazo antes de los 20 años

5. Edad al primer matrimonio

Rango: 20-30
 Promedio: 25,3
 Mediana: 25
 Modo: 25
 Desviación standard: 2,9

6. Edad de la pareja al primer matrimonio

Rango: 22-36
 Promedio: 27,8
 Mediana: 27
 Modo: 23
 Desviación standard: 4,2



Actividad 2: Discusión de los datos



Paso 1: Discusión en plenario: asuntos delicados

Comience la sesión preguntando a los/las participantes cómo se sintieron al volcar información personal en la hoja de recolección de datos. Averigüe si pensaron que el proceso había respetado la confidencialidad. Dedique aproximadamente diez minutos para esta discusión. Mencione que se trata de un elemento clave en las *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, preparadas por el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en 1993 (véase Sesión 3 en este módulo).

Pregunte si hay otros datos relativos a la salud sexual y reproductiva que sean muy delicados, y discuta las limitaciones que implica llevar adelante una investigación sobre estas cuestiones. Indague si los/las participantes pueden pensar en otras razones importantes para asegurar la confidencialidad al recolectar datos delicados, además de las razones éticas. Algunos ejemplos serían el estigma social o la preocupación por la seguridad del encuestado/a (en el caso de las mujeres que experimentan situaciones de violencia doméstica, por ejemplo). Revise uno o dos ejemplos, como el aborto inducido, el abuso de drogas o el VIH/SIDA.

Qué incluir en la discusión

Tenga el mayor de los cuidados con esta información sensible

La información relacionada con la salud reproductiva y sexual es muy sensible. Es necesario que tengamos el mayor de los cuidados para mantener la confidencialidad tanto en la recolección de datos como en los procesos de presentación de resultados.

El sesgo en la presentación de resultados compromete los datos

Cuando los/las encuestados/as no se sienten cómodos/as al tener que responder ciertas preguntas, es posible que directamente no respondan o que den respuestas inexactas. En el caso de experiencias sexuales tempranas o abortos, por ejemplo, podría haber una tendencia común al subregistro. Esto se denomina subregistro sistemático o sesgo en la presentación de resultados, y compromete la calidad de los datos.



Paso 2: Variables

Coloque una **filmina** que contenga la lista de variables.

Variables

- Edad al momento de la primera menstruación (mujeres)
- Edad al momento del cambio de voz (varones)
- Edad al momento de la primera experiencia sexual (mujeres/varones)
- Edad del/de la primer/a compañero/a sexual (mujeres/varones)
- Edad al momento del primer embarazo (mujeres)
- Edad de la pareja al momento del primer embarazo (mujeres/varones)
- Edad al momento del primer matrimonio (esposas/maridos)
- Edad al momento del primer nacimiento (madres/padres)



Pregunte a los/las participantes qué análisis puede hacerse usando estas variables. Algunas respuestas usuales son: edad promedio al momento de la primera menstruación; edad promedio al momento de la primera relación sexual, embarazo, casamiento y nacimiento; diferencias en esas edades por sexo; proporción de mujeres y varones sexualmente activos en la adolescencia; porcentaje de embarazos adolescentes.



20 mins

Paso 3: Revisión de las estadísticas de resumen

Muestre la **filmina** que contenga las estadísticas de resumen a partir de los datos generados por los/las participantes. Realice una revisión de las estadísticas de resumen.

Al presentar los datos, solicite a los/las participantes que definan las diferentes medidas estadísticas: rango, promedio, mediana, modo y desviación standard. Explique cada una de ellas y las diferencias entre unas y otras.



Una visión general de las estadísticas de resumen

Rango = los valores mayores y menores.

Promedio = la suma de los valores observados dividida por el número de valores. El promedio es sensible a valores extremos. En otras palabras, dos observaciones tan diferentes como 1 y 9 darían un valor promedio de 5. $(1 + 9) / 2 = 5$.

Mediana = el número medio de un conjunto de números ordenados numéricamente. Si hay un número par de valores, la mediana es el resultado de sumar los dos valores del medio y dividirlos por 2. Un valor de mediana de 13 para la edad de la primera menstruación significa que el 50% de las mujeres de la muestra tuvo su primera menstruación a la edad de 13 o por debajo de ésta. La mediana no es sensible a valores extremos, y por lo tanto es una medida más aconsejable cuando se sabe que algunos de los datos son atípicos.

Modo = el valor con el máximo número de observaciones. Un valor de modo de 18 para la edad al momento de la primera relación sexual significa que el número de encuestados/as que tuvieron su primera experiencia sexual a los 18 años es mayor que el de aquellos que la tuvieron a otras edades en el rango 9-28 años.

Desviación standard = un cálculo de la varianza, o el desvío de los valores en torno al promedio. La desviación standard es una síntesis de la medida de la diferencia entre cada valor y el promedio. Una alta desviación standard significa que los valores de los datos están ampliamente dispersos en torno al promedio, mientras que una baja desviación standard significa que todos los valores se encuentran en un estrecho rango. Por ejemplo, para el estrecho rango de 11-17 años (de edad al momento de la primera menstruación), la DS es 1,8; para el amplio rango de 14-45 años (de edad del/de la primer/a partenaire sexual), la DS es 5,5.



Paso 4:
Possibilidad de generalización de los datos, muestreo y fuentes de sesgo

Qué incluir en la discusión

Utilice esta oportunidad para discutir cuestiones relacionadas con la posibilidad de generalización de los datos, el muestreo y las fuentes de sesgo.

La generalización de los datos

Pregunte al grupo si los datos generados a partir de este ejercicio son verdaderos para la sociedad en general, y si no lo son, en qué forma difieren los datos. Defina el concepto de generalización.

La muestra

Pida a los/las participantes que describan cómo se definirían a sí mismos/as como una muestra de la sociedad como un todo. Haga que el grupo elabore una lista de las características demográficas que lo describirían.

Seleccione un grupo diferente en edad o extracción social (por ejemplo, una reunión de jubilados/as de sesenta y cinco años de edad en adelante). ¿En qué modo podrían sus datos diferir de los generados por los/las participantes del curso? Explícite cómo estas características demográficas son otra forma de referirse a los determinantes sociales de la salud o la reproducción.

El muestreo afecta la posibilidad de generalización

La discusión se orienta al impacto del muestreo sobre la posibilidad de generalización de los datos. Elaborar una muestra es seleccionar un número de unidades de estudio de una población de estudio definida. Una muestra representativa posee todas las características importantes de la población de la cual se toma. Por consiguiente, la información sobre una muestra representativa es generalizable a la población de la que se ha tomado la muestra.

No siempre es necesario elegir muestras a fin de que sean representativas. También pueden usarse muestras con un objetivo específico, de acuerdo con la pregunta de investigación. Por ejemplo, para conocer la edad promedio de la menopausia en las mujeres en una población, necesitamos una muestra representativa. Pero para entender las percepciones de las mujeres sobre la menopausia puede de hecho interesarnos incluir mujeres con respuestas atípicas en nuestra muestra a fin de entender la variedad completa de percepciones existente.

Sesgo

¿Qué sucede cuando hay errores en los procedimientos de muestreo? Esto lleva a distorsiones en los resultados, o sesgos.

Algunos ejemplos de fuentes de sesgos

- **La selección podría no ser al azar:** La voluntad de participar en un estudio podría atraer a personas que estén ansiosas por recibir atención clínica o tratamiento. Por ejemplo, las mujeres dispuestas a participar de un estudio comunitario para detectar morbilidad reproductiva podrían ser aquellas que perciben que tienen un problema.
- **Algunos miembros de la población podrían ser omitidos:** Por ejemplo, las encuestas realizadas en horas del día podrían excluir a la mayoría de varones y mujeres que trabajan fuera de sus casas.

- **No respuesta:** Un porcentaje sustantivo de no respuesta siempre es preocupante. Aquellos/as reacios/as a responder ciertas preguntas podrían no tener experiencia relevante al respecto, o podrían tener la experiencia más relevante, especialmente si los problemas de salud tratados en el estudio son social o moralmente sensibles (por ejemplo, violencia doméstica, aborto, o ITS).
- **Sesgo de género:** Las mujeres podrían estar subrepresentadas en la muestra o viceversa. Por ejemplo, cuando los estudios de incidencia de ITS se basan en registros clínicos hay una tendencia al sesgo de género en la muestra porque los usuarios de los servicios de ITS son predominantemente varones. Para otros problemas de salud, podría darse lo opuesto.

¿Cuáles son las fuentes de sesgo en los datos generados por este grupo? La muestra fue autoseleccionada, y hemos estado de acuerdo en que el grupo no puede ser representativo de la población del área.

Cómo revisar los fundamentos de la investigación cuando algunos/as participantes tienen experiencia previa en investigación

La mayoría de los cursos sobre sistemas de salud atraen a participantes con una amplia variedad de experiencia previa en investigación. Es posible que usted se encuentre intentando presentar una revisión de los fundamentos de la investigación simultáneamente a epidemiólogos y a personas sin experiencia en investigación. ¿Cómo manejar esto?

Prepárese para la sesión de información el día anterior, advirtiéndole a la clase que ésta es una revisión de los fundamentos básicos, y luego atégase a su compromiso y diríjase a los menos experimentados. Recuerde que en una sesión tan breve su objetivo no es enseñar habilidades técnicas para la investigación, sino conceptos y juicios adecuados. Y dado que la formación conceptual funciona bien con múltiples docentes, intente convocar a los/las investigadores/as más experimentados/as para que lo/la ayuden. Dígales por adelantado que usted estará agradecido/a por su asistencia, y déles la oportunidad durante la sesión informativa para que ofrezcan sus ejemplos o reformulen sus definiciones en sus propias palabras. Es muy probable que la repetición y reformulación mejoren la comprensión. Y finalmente, recuerde que incluso los/las investigadores/as con experiencia a veces olvidan los fundamentos básicos y podrían apreciar esta sesión más de lo que se imagina.



30 mins

Actividad 3: Discusión de normas y experiencias por género

Inicie una discusión respecto de las normas sexuales y experiencias reproductivas por género, sobre la base de los datos que los/las participantes generaron y presentaron en la actividad anterior.

Qué incluir en la discusión

Jóvenes

¿Por qué a menudo la edad al momento de la primera experiencia sexual difiere entre mujeres y varones? ¿Cuál es la explicación común para estas diferencias? Explore las ideas de género acerca del comportamiento sexual normal entre jóvenes varones y mujeres, incluyendo los valores sociales atribuidos al recato y la virginidad. ¿Cuáles son las consecuencias positivas y negativas de estas expectativas sociales diferentes?

Diferencias de edad en las parejas

Cuando la primera relación sexual, matrimonio o nacimiento ocurren, ¿cómo difieren las edades de la mujer y el varón en las parejas? ¿Existe algún patrón? ¿A qué se debe esto? ¿En qué forma las diferencias de edad típicas en las parejas se conectan con diferentes expectativas respecto del poder y la responsabilidad? ¿Cómo coinciden éstas con diferencias en el poder económico? ¿O en la expectativa de vida?

Primera relación sexual, primer matrimonio, primer nacimiento

En muchas partes del mundo, las tendencias recientes muestran que la primera relación sexual ocurre en edades tempranas, mientras que la edad al momento del matrimonio y primer nacimiento se está retardando. ¿Cuáles son las causas de estos cambios, y cómo coinciden con los roles sociales cambiantes para varones y mujeres? ¿Cuáles son las implicancias de estos cambios para los servicios de salud reproductiva?

Embarazo antes del matrimonio

Si los datos sugieren que algunos embarazos ocurrieron con anterioridad al matrimonio, explore las expectativas sociales puestas en cada integrante de la pareja (madre, padre) respecto de los embarazos por fuera del matrimonio. ¿Qué impacto tienen esas expectativas sobre la salud reproductiva de varones y mujeres, y sobre la necesidad de servicios?

¿Qué es lo normal?

Puede utilizar esta sesión para iniciar una discusión respecto de las controversias actuales sobre el género y las normas sexuales. Por ejemplo:

- roles y comportamientos sexuales entre mujeres y varones adolescentes, y los efectos sociales positivos y negativos de estas diferencias
- tendencias recientes en la edad al momento de la primera relación sexual, matrimonio y primer nacimiento, y el impacto de estos cambios sobre los y las jóvenes
- expectativas sociales puestas sobre cada integrante de la pareja (madre, padre) ante el advenimiento de embarazos no planeados
- diferencias de edad típicas entre maridos y esposas, y sus consecuencias.

Sesión desarrollada por Rachel Snow y Sharon Fonn

SESIÓN 2

El proceso de investigación paso a paso

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con el proceso de diseño de una investigación paso a paso
- conocerán el concepto de perspectiva de género en la investigación en salud.

1 hora y 30 minutos



Materiales

- Guía 1: "Diseños de estudios"
- Guía 2: "Ejemplos de problemas estudiados en la investigación en salud"
- filmina: "Pasos para la investigación", en pág. 222
- filmina: "Síntesis de diseños de investigación", en pág. 225
- filmina: "Preguntas de investigación, la población en estudio y la unidad de estudio", en pág. 226
- filmina: "Algunos puntos centrales del Módulo de Género, Sesión 5: relacionando género y salud", en pág. 228
- filmina: Guía 2
- papelógrafo: "Preguntas para encarar una investigación", en pág. 229

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades: una sesión informativa coordinada por el/la facilitador/a, seguida por un ejercicio grupal.



Actividad 1: Discusión sobre la investigación



Paso 1: **¿Qué es la investigación?**

Empiece por preguntar a los/las participantes qué significa la palabra "investigación" para ellos/ellas. Insista en el hecho de que la investigación es simplemente el acto de averiguar más respecto de una cuestión o problema, con un propósito específico en mente.

Repase el objetivo de la sesión, orientada a introducir los componentes esenciales de la investigación en salud. Muestre la **filmina** "Pasos para la investigación" tomada del recuadro que se presenta más adelante.

De los diferentes pasos delineados aquí, esta sesión se concentrará específicamente en tres: identificación del problema, especificación de los objetivos de la investigación, y metodología de investigación.

Mencione que los/las participantes tendrán oportunidad de diseñar herramientas de recolección de datos en la última sesión del módulo. Deje en claro que esta sesión no pretende enseñarles cómo llevar adelante la investigación; se orienta a familiarizarlos/as con el proceso de investigación en su calidad de profesionales de la salud que a menudo usan información proveniente de investigaciones, o que podrían solicitar el desarrollo de una investigación.



Pasos para la investigación

Identificación del problema

Revisión de bibliografía

Especificación de la(s) pregunta(s) y el/los objetivo/s de la investigación

Diseño y metodología del estudio de investigación

Revisión de evidencia/datos existentes

Recolección de datos

Procesamiento de datos

Análisis de datos

Redacción del informe

Uso de los resultados de investigación:

- Disseminación/*feedback* a los/las encuestados/as
- Aplicación al diseño de políticas y/o la intervención

Fuente: Diseños de estudios de Varkevisser C. M. *et al. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud*. International Development Research Centre Canada. Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud, vol. 2, parte 1. Ottawa, IDRC, 1991.



Paso 2:
**¿Sabe usted hacia
dónde se dirige?**

Como una forma de comenzar con la información sobre los pasos que se deben seguir en la investigación en salud, en el curso en Sudáfrica se utiliza la siguiente fábula.

Extraído de: Botha J. L. y Yach D. Manual of epidemiological research methods. A supplement of an abridged version of the IB-ESSA workshop manual, Tygerberg, South Africa Medical Research Council, 1987.

Había una vez un caballito de mar que tomó sus siete monedas de oro y partió al galope a encontrar su fortuna. No había llegado muy lejos, cuando se encontró con una anguila, que le dijo:

"Psst. ¡Eh, amigo! ¿Adónde vas?"

"Estoy yendo en busca de mi fortuna", contestó el caballito de mar orgullosamente.

"Estás de suerte", dijo la anguila. "Por cuatro de las siete monedas puedes tener esta veloz aleta, y entonces podrás llegar allí mucho más rápido".

"¡Oh!, eso es elegantísimo", dijo el caballito de mar. Pagó el dinero, se puso la aleta, y se deslizó al doble de velocidad.

Enseguida se cruzó con una esponja, que le dijo:

"Psst. ¡Eh, amigo! ¿Adónde vas?"

"Estoy yendo en busca de mi fortuna", contestó el caballito de mar.

"Estás de suerte", dijo la esponja. "Por una pequeña suma te daré esta patineta propulsada a chorro para que seas capaz de viajar mucho más rápido".

Así, el caballito de mar compró la patineta con el dinero que le quedaba y se fue zumbando en el mar, cinco veces más rápido.

Muy pronto se encontró con un tiburón, que le dijo:

"Psst. ¡Eh, amigo! ¿Adónde vas?"

"Estoy yendo en busca de mi fortuna", contestó el caballito de mar.

"Estás de suerte. Si tomas este atajo", dijo el tiburón, señalando su boca abierta, "te ahorrarás un montón de tiempo".

"¡Oh, gracias!", dijo el caballito de mar, y se deslizó hacia el interior del tiburón, y nunca volvieron a verlo.

La moraleja de esta fábula es: si usted no está seguro/a de hacia dónde va, es posible que termine en alguna otra parte.



Paso 3:
**hacer las
preguntas
correctas**

Inicie un examen más detallado de los diferentes pasos de una investigación proporcionando un ejemplo realista del tipo de observación que motiva preguntas de investigación entre los planificadores y prestadores de servicios. A continuación se presenta un ejemplo sobre infecciones del tracto reproductivo (ITR), pero usted puede elegir otro ejemplo que sea más relevante para su contexto.

**Qué incluir en
su presentación**

Ejemplo: en un centro de salud rural, los/las médicos/as notan que está aumentando el número de mujeres que llegan con ITR. Quisieran saber por qué.

En el ejemplo, los/las profesionales de la salud sospechan que hay un problema y quieren saber más. Ahora es posible identificar objetivos específicos de investigación. Responder a estas preguntas nos ayudará a identificar un diseño adecuado para el estudio.

¿Cuál es(son) la(s) pregunta(s) de investigación?

Para el ejemplo mencionado arriba, algunas de las preguntas de investigación podrían ser:

1. ¿Cuál es la magnitud del aumento en el número de mujeres que se presentan con síntomas de ITR?
2. ¿A qué se debe este aumento? ¿Es debido a que ahora las mujeres están asistiendo a este centro de salud (a diferencia de no buscar atención médica o buscar atención médica tradicional) o a que la incidencia y prevalencia de ITR han aumentado?
3. ¿Existen diferencias al respecto entre grupos de mujeres, por ejemplo por características demográficas tales como edad, estado civil y paridad; y por clase social, raza, etnia y lugar de residencia?

¿Qué tipo de evidencia daría respuesta a estas preguntas?

El tipo de evidencia que dará respuesta a estas preguntas incluye:

- el número de mujeres que se presentan con síntomas de ITR en este centro de salud cada mes, empezando con la información actual y retrocediendo varios meses (en lo posible, uno o dos años)
- el comportamiento de búsqueda de atención de salud de mujeres con ITR –observando episodios tanto presentes como pasados de ITR–
- las razones para cambios en el comportamiento de búsqueda de atención de salud (en caso de ser relevante)
- podría ser importante buscar datos sobre diferentes grupos de mujeres: por ejemplo según características demográficas tales como edad, estado civil y paridad; y según clase social, raza, etnia y lugar de residencia.

¿Qué evidencia existente responderá a estas preguntas?

La primera pregunta podría responderse con evidencia existente –datos de los registros del centro de salud–.

¿Qué tipo de evidencia se necesita?

Para responder la segunda pregunta se necesita nueva evidencia.



Paso 4: Diseño del estudio

Brevemente, proporcione información sobre el diseño del estudio.

El diseño del estudio es determinado por:

- el estado del conocimiento existente sobre el problema
- el tipo de preguntas de investigación.



Muestre la **filmina** de esta tabla y explique los diferentes tipos de diseños de estudios. (Remítase a la Guía 1 para más información sobre diseños de estudios.)

Síntesis de diseños de investigación

Estado del conocimiento del problema	Tipo de preguntas de investigación	Tipo de diseño del estudio
Se sabe que el problema existe, pero se sabe poco acerca de sus características	¿Cuál es la naturaleza del problema? ¿Cuál es la magnitud? ¿Quién está afectado? ¿Cómo se comportan las personas afectadas? ¿Cómo perciben el problema las personas afectadas?	Descriptivo, cuantitativo y/o cualitativo
Se sospecha que ciertos factores contribuyen al problema	¿Están algunos factores realmente asociados con el problema? ¿Cuáles son los procesos mediante los cuales estos factores contribuyen al problema?	Analítico, cuantitativo Cualitativo
Se sabe que ciertos factores están asociados con el problema. Se desea establecer hasta qué punto un factor particular causa un problema o contribuye a él	¿Cuál es la causa del problema? La eliminación/adición de un factor particular ¿Reducirá el problema? (por ejemplo dejar de fumar/introducir suplementos de hierro)	Experimental o cuasiexperimental Experimental o cuasiexperimental: cuantitativo y/o cualitativo
Se posee suficiente conocimiento acerca de las causas para desarrollar una intervención que podría prevenir, controlar o solucionar el problema	¿Cuál es el efecto de la intervención particular? (por ejemplo un programa de capacitación, tratamiento con una nueva droga)	

Fuente: Diseños de estudios de Varkevisser C. M. et al. *Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud*. International Development Research Centre Canada. Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud, vol. 2, parte 1. Ottawa, IDRC, 1991:118.

Diferentes tipos de estudios

Un estudio descriptivo involucra la recolección sistemática y/o presentación de datos para dar una clara imagen de una situación particular.

Un estudio analítico intenta establecer las causas o los factores de riesgo para ciertos problemas. Esto se hace comparando dos o más grupos, algunos de los cuales tienen o desarrollan el problema, y algunos de los cuales no.

En un estudio experimental hombres y mujeres son asignados al azar a por lo menos dos grupos. Un grupo está sujeto a una intervención mientras que el/los otro/s no. El efecto de la intervención sobre el problema es determinado mediante la comparación de los grupos. Por ejemplo, las mujeres con una anemia provocada por deficiencia de hierro son asignadas a dos grupos, uno al cual se le dan suplementos de hierro y otro al que no. El grupo que ha experimentado la intervención se denomina grupo experimental, y el segundo se llama grupo de control. Después de un cierto período, se chequea nuevamente el estado de anemia de ambos grupos y se constata el efecto de los suplementos de hierro. En el ejemplo mencionado arriba, cuando la asignación a los dos grupos no es al azar pero un grupo ha experimentado una intervención y el otro grupo no, el diseño del estudio se denomina cuasiexperimental.

Un estudio preexperimental: Si en vez de comparar dos grupos, el mismo grupo es estudiado antes y después de la intervención, se lo denomina un estudio prepost (o preexperimental). Es importante observar que en estudios a gran escala hay muchos factores más allá de la intervención en sí misma que pueden tener impacto en el resultado, y por ende los datos deben ser interpretados con cautela. Siempre que sea factible, es recomendable usar un grupo control.

Cualitativo: Cuando se hacen preguntas acerca de cuestiones tales como las percepciones del problema, las formas en que éste es experimentado por los/las afectados/as, y los procesos mediante los cuales varios factores tienen impacto sobre un problema, el diseño de estudio utilizado es cualitativo.

En el ejemplo del estudio de ITR que estamos considerando, para responder preguntas respecto del comportamiento de búsqueda de atención de la salud de las mujeres y las razones para los cambios, si los hubiera, el diseño del estudio que elegiríamos es descriptivo y podría involucrar un componente tanto cuantitativo como cualitativo. Esto es debido a que la pregunta de investigación se orienta a entender más acerca de la naturaleza del problema.

Nota: Éstos son sólo ejemplos de posibles diseños de estudios para varios tipos de problemas de investigación. No existen reglas rígidas. Es de suma importancia asegurarse de que el diseño del estudio esté orientado a los objetivos de la investigación.



10 mins

Paso 5: La población en estudio

El siguiente paso luego del diseño del estudio es seleccionar la población en estudio. La población en estudio es el grupo de personas o unidades del cual tomamos nuestra muestra. Debe estar definida con precisión en términos de edad, sexo, tiempo, etc. La unidad de estudio es cada unidad de la muestra seleccionada a partir de la población en estudio.

Filmina Ilustre con algunos ejemplos:



Preguntas de investigación, población en estudio y unidad de estudio

Pregunta de investigación	Población en estudio	Unidad de estudio
¿Está la desnutrición relacionada con el destete en el distrito X?	Todos los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad en el distrito X	Un/a niño/a de 6 a 24 meses de edad en el distrito X
¿Qué pasó con las mujeres que tuvieron papanicolaus positivos en el hospital Y en 1999?	Historias clínicas de todas las mujeres que tuvieron un papanicolau positivo en el hospital Y en 1999	La historia clínica de una paciente con un papanicolau positivo en el hospital Y en 1999
¿Cuál es la experiencia sexual entre los/las alumnos/as de 9° grado de la escuela Z?	Todos/as los/las estudiantes de 9° grado de la escuela Z	Un/a estudiante de 9° grado de la escuela Z

Volviendo al ejemplo del estudio de ITR, la población en estudio estaría compuesta por todas las mujeres que se presentan en el centro de salud rural con síntomas de ITR durante un período de tiempo especificado. Los síntomas de ITR deben ser definidos, y la población en estudio especificada en términos de “mujeres que se presentan en el centro de salud A, durante el mes B, con síntomas a, b o c”.

La muestra debe ser representativa de la población en estudio, y el tamaño de la muestra debe determinarse científicamente a fin de asegurarse de que la evidencia es válida y generalizable. (Tenga en cuenta que en esta sesión no se entrará en detalle en el tema del muestreo.)

La mejor manera de asegurarse de que la muestra representa a la población es cuando cada persona en la población ampliada tiene una posibilidad conocida y equivalente de ser seleccionada para participar en el estudio. Esto se denomina muestreo al azar, y significa que las personas fueron seleccionadas sobre la base del azar.

Decidir si una población en estudio es lo suficientemente grande como para generar evidencia significativa no es fácil, pero observe si los investigadores basaron su diseño en un cálculo del “tamaño de muestra”. Al intentar planear nuevos estudios, solicite asesoramiento para determinar el tamaño correcto de la muestra, dado que muchos estudios son demasiado pequeños como para generar resultados confiables o útiles.

¿Cuán generalizable es la evidencia?

Al hacer una revisión de la evidencia existente, siempre pregunte si el esquema de la muestra elegido para el estudio le permite generalizar los resultados al grupo en cuestión.

Si la evidencia se reunió en otro país, en un tipo diferente de servicio de salud o contexto social, ¿hay alguna razón para pensar que la evidencia podría no aplicarse al grupo en cuestión?

En el pasado, muchos tests clínicos en los Estados Unidos fueron realizados en varones, porque se creía que los ciclos menstruales de las mujeres dificultaban los estudios de drogas. Los datos sobre los efectos de nuevas drogas se generalizaron a las mujeres, a pesar del hecho de que no se había incluido a ninguna mujer en el muestreo.

La legislación federal aprobada en los Estados Unidos a fines de la década de 1980 hizo obligatorio que tanto varones como mujeres fueran incluidos/as en el estudio de cualquier droga que sería utilizada por ambos sexos.



10 mins

Paso 6: **Integrar una perspectiva de género y derechos a la investigación en salud**

Integrar una perspectiva de género y derechos significa incorporar las siguientes preocupaciones, incluso en el estadio de establecer la agenda de investigación:

- ¿En qué forma se están promoviendo los derechos y en qué maneras es probable que se vean beneficiadas/os las mujeres o los varones con esta investigación?
- ¿Existen barreras de género que introducirán sesgos, o interferirán de alguna otra forma con el/los resultado/s objetivos de esta investigación?
- ¿Hay derechos que podrían ser violados en el desarrollo de la investigación?

En el ejemplo de ITR, la conciencia de género y derechos se refleja en el reconocimiento, al contextualizar la pregunta de investigación, de que las mujeres podrían no siempre acceder a la atención médica incluso cuando tienen problemas. Por lo tanto, un estudio objetivo de la búsqueda de atención por parte de las mujeres en caso de ITR deberá tomar en cuenta las diferencias de género/poder en las vidas de las mujeres. Los métodos de investigación (específicamente la recolección de datos) asegurarían que las mujeres de la población en estudio se sientan cómodas y sean capaces de articular sus respuestas –por ejemplo, incorporando entrevistadoras mujeres, asegurando la privacidad y la confidencialidad, permitiendo respuestas abiertas, usando terminología local para los síntomas, etc.–. El análisis e interpretación de los resultados también contemplará cómo impactan el género y los derechos sobre las ITR. Por ejemplo, ¿se relaciona una recurrencia de la infección con la no utilización de condones? ¿Está esto relacionado con el empleo o nivel educativo de las mujeres (usados como un indicador del status de las mujeres)?

Remita a los/las participantes nuevamente a la Sesión 3 del Módulo de Derechos, que examinó las implicaciones en los derechos de las políticas públicas y programas de salud.

Recuerde también a los/las participantes los contenidos de la Sesión 5 del Módulo de Género, donde hicimos un análisis de género de los problemas de salud. La investigación por sexo en salud plantearía, siempre que sea relevante, preguntas acerca de si y cómo impacta el género sobre el problema de salud en cuestión.

Muestre la siguiente **filmina**.



Algunos puntos principales del Módulo de Género, Sesión 5: Relacionando género y salud

Preguntas que se deben realizar acerca del rol del género en un problema de salud específico

Para problemas de salud que afectan a mujeres y varones:

- ¿Existen diferentes factores de riesgo para mujeres y varones?
- Los roles que la sociedad prescribe para mujeres y varones, ¿dan cuenta de diferencias en los factores de riesgo?
- ¿Cuáles son las barreras/obstáculos a la obtención de tratamiento para una condición médica determinada? ¿Son diferentes las barreras para mujeres y varones?
- ¿Existen diferencias para mujeres y varones en la severidad de las consecuencias? ¿Qué da cuenta de estas diferencias?
- ¿Existen respuestas diferentes por parte del sector de salud?
- ¿Existen respuestas diferentes por parte de la sociedad en su conjunto?

Para problemas de salud específicos por sexo:

- ¿Están relacionados los factores de riesgo con roles y/o normas de género?
- ¿Están influidas las barreras a la obtención de tratamiento, el comportamiento de búsqueda de atención de la salud, la severidad de las consecuencias, y las respuestas del sector de salud y de la sociedad por el rol que la sociedad prescribe para varones y mujeres?

Preguntas que se deben realizar acerca de los derechos

- Considere cada derecho que podría ser violado o promovido por esta intervención
- Considere exactamente cuál es el impacto sobre el derecho en el corto y en el largo plazo.



40 mins

Actividad 2: Discusión de los problemas de investigación



Distribuya la Guía 2 y muéstrela como **filmina**.

Lea cada problema en voz alta, y solicite respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es (o cuáles son) la/s pregunta/s de investigación?
- ¿Qué evidencia existente daría respuesta a esas preguntas?
- ¿Qué tipo de nueva evidencia necesita?
- ¿Qué tipo de metodología de investigación se necesita?
- ¿Cuál sería la población en estudio?
- ¿Cómo serán encaradas las cuestiones de género y derechos en este estudio?

Preguntas para encarar la investigación

Escriba las respuestas a cada una de estas preguntas sobre un papelógrafo en forma de tabla:

¿Cuál es (o cuáles son) la/s pregunta/s de investigación?	¿Qué evidencia existente daría respuesta a estas preguntas?	¿Qué tipo de nueva evidencia necesita?	¿Qué tipo de metodología de investigación se necesita?	¿Cuál sería la población en estudio?	¿Cómo serán encaradas las cuestiones de género y derechos en este estudio?

Qué incluir en la discusión del Problema 1 en la Guía 2

Las preguntas de investigación

- ¿Ha aumentado el número de recién nacidos de muy bajo peso al nacer?
- En caso afirmativo, hubo un aumento de la proporción de partos de bebés de bajo peso, o es el reflejo del aumento del número de nacimientos (y la proporción es la misma)?
- ¿Hay una diferencia en el status social y económico de las mujeres que dan a luz bebés de bajo peso y las mujeres que dan a luz bebés de peso normal?

Definiciones

Tendríamos que definir lo que queremos decir con “muy bajo peso al nacer”, especificándolo como por debajo de xxx gramos al momento del nacimiento (usualmente 1.500 gramos), y el “status socioeconómico” en términos del número de años de educación, niveles de ingreso, etc.

¿Qué tipo de evidencia se necesita?

- el número de recién nacidos vivos en este hospital, empezando en el presente y retrocediendo algunos años
- el número de recién nacidos vivos con un peso por debajo de los 1.500 gramos al momento del nacimiento, durante el mismo período
- el status socioeconómico de las madres.

La mayor parte de la información mencionada arriba podría obtenerse en los registros hospitalarios. En ese caso, no será necesario recolectar nuevos datos.

Diseño del estudio

El diseño del estudio que se utilizará aquí es descriptivo y cuantitativo.

Muestra

La muestra consiste en los registros de los nacimientos en ese hospital en los últimos x años. La unidad de muestreo es un registro de un nacimiento.

Nuestra perspectiva de género y derechos

¿Cómo podríamos incorporar una perspectiva de género y derechos en este estudio? Una forma sería reformular la pregunta sobre las características de las mujeres que dan a luz a bebés de bajo peso a fin de que incluya no el nivel de ingreso del hogar sino un indicador del acceso de la mujer a los recursos, así como su educación y otros factores asociados con la discriminación de género. También, dada la relación conocida entre la salud materna, el estado nutricional y el bajo peso de los niños/as al nacer, y la existencia de diferencias vinculadas al género en el estado de salud y nutricional de las mujeres, éstas podrían incluirse como factores que se deben examinar. También hay evidencia de una asociación entre la violencia doméstica y el bajo peso al nacer que podría explorarse. Asimismo, deberá examinarse el efecto de otras variables confusoras, tales como el tabaquismo y el abuso de drogas.

Puntos principales para cerrar esta sesión

Precisión

A fin de identificar objetivos válidos de investigación es necesario especificar claramente la pregunta de investigación que se quiere encarar. Es necesario generar un listado preciso de los tipos de evidencia necesaria para responder esa pregunta. Existe la tentación de hacer preguntas vagas, o de tener muchos objetivos para un estudio. Es más probable que pueda elegirse el diseño de investigación correcto si los objetivos están claros, y se expresan en términos mensurables.

No pase por alto evidencia potencial

A menudo la evidencia está al alcance de la mano, y no es tenida en cuenta (Problemas 1 y 4). Por ejemplo, el examen de las actividades obligatorias de los estudiantes durante los dos meses previos para ver si hay patrones sistemáticos por género, que podría proporcionar la evidencia dura necesaria para establecer si se está obligando a las mujeres estudiantes a realizar trabajos muy demandantes o de escasa importancia.

Una serie de técnicas

La investigación operativa (Problema 2) incluye una amplia variedad de técnicas para determinar qué está sucediendo verdaderamente en un servicio. La técnica del "falso usuario/a", las observaciones y las entrevistas de salida pueden proporcionar un conocimiento profundo de las interacciones entre usuarios/as y proveedores/as. Los grupos focales pueden hacer surgir rápidamente los miedos y percepciones del público respecto de los servicios y productos (véase Sesión 7, Guía 4). Los sesgos de los/las proveedores/as de la salud, si son generalizados, requieren reunir evidencia sobre sus fuentes de información (capacitación, información, educación y comunicación) y sobre quienes proveen los insumos.

Una buena línea de base

La recolección de datos sobre impacto (Problema 3) requiere generar datos de línea de base aceptables y representativos antes de la intervención. Si la carga global de casos en el servicio es alta, los casos a lo largo de uno o dos meses podrían ser adecuados, pero una baja carga de casos en el período inicial hará más difícil detectar un cambio positivo luego de la intervención (incluso si es real).

El impacto de los factores externos

Al medir el impacto de las intervenciones (Problema 3), es necesario anticipar otros factores que podrían cambiar la medida resultante (en este caso, tasas de ITS) durante el período de la intervención (por ejemplo, un aumento en el comercio sexual en las paradas de camiones, un retorno estacional de trabajadores urbanos, etc.). Éstos deben ser monitoreados durante el estudio para asegurarse de que los eventos externos no interfieran con su habilidad de medir los cambios (refiérase a la nota sobre estudios pre y post en la Guía 1).

Sesión desarrollada por Nana Kgosidintsi, Rachel Snow y Khin San Tint



Guía

1

Diseños de estudio

Diseños de estudios de Varkevisser C. M. *et al. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud.* International Development Research Centre Canada. Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud, vol. 2, parte 1. Ottawa, IDRC, 1991:118-129.

1. Introducción

Según el estado actual del conocimiento respecto de un problema que se está estudiando, pueden formularse diversos tipos de preguntas que requieren diferentes diseños de estudios. La siguiente tabla incluye algunos ejemplos.

Tabla 9.1. Preguntas de investigación y diseños de estudio

Estado del conocimiento del problema	Tipo de preguntas de investigación	Tipo de diseño de estudio
Se sabe que existe un problema, pero se sabe muy poco acerca de sus características o posibles causas	¿Cuál es la naturaleza/magnitud del problema? ¿Quién está afectado/a? ¿Cómo se comportan las personas afectadas? ¿Qué saben, creen, piensan acerca del problema?	Estudios exploratorios o descriptivos Estudios de caso descriptivos Encuestas representativas
Se sospecha que ciertos factores contribuyen al problema	¿Están algunos factores realmente asociados con el problema? (por ejemplo, ¿la falta de educación preescolar se relaciona con el bajo rendimiento escolar? ¿Está relacionada una dieta baja en fibras con el cáncer del intestino grueso?)	Estudios analíticos (comparativos) Estudios transversales comparativos Estudios de casos y controles Estudios de cohortes
Se ha establecido que ciertos factores están asociados con el problema, se desea establecer hasta qué punto un factor particular causa un problema o contribuye a él	¿Cuál es la causa del problema? ¿La supresión de un determinado factor impedirá o reducirá el problema? (por ejemplo, dejar de fumar, proveer agua potable)	Estudios de cohortes Diseños de estudio experimental o cuasiexperimental
Se posee suficiente conocimiento acerca de la causa para desarrollar y evaluar una intervención que podría prevenir, controlar o resolver el problema	¿Cuál es el efecto de una intervención/ estrategia particular? (por ejemplo, tratamiento con un determinado medicamento, exposición a determinado tipo de educación para la salud) ¿Cuál de las dos estrategias alternativas da mejores resultados? ¿Guardan proporción los resultados con el tiempo y dinero invertidos?	Diseños de estudio experimental o cuasiexperimental

El tipo de estudio elegido depende de:

- El tipo de problema,
- Los conocimientos ya adquiridos sobre el problema, y
- Los recursos disponibles para el estudio.

Al investigar acerca de problemas de gestión de salud, tales como la aglomeración de pacientes externos en un servicio de un hospital, o la escasez de medicamentos a nivel de la atención primaria, una buena descripción del problema y la identificación de los principales factores coadyuvantes a menudo proporcionan suficiente información como para adoptar decisiones al respecto.

Al explorar problemas de gestión más complicados y muchos de los problemas de salud, deseamos habitualmente ir un paso más adelante y determinar la magnitud con que una o varias variables independientes influyen en el problema (por ejemplo, cuánto contribuye la escasez de fibras en la alimentación al cáncer del intestino grueso). Para estos tipos de problemas será necesario realizar estudios analíticos o cuasiexperimentales más rigurosos antes de decidir acerca de las intervenciones adecuadas.

2. Ideas generales sobre tipos de estudio

Los tipos de estudio pueden clasificarse de diversas formas en función de la estrategia de investigación que se utilice. Habitualmente se aplica una combinación de estrategias de investigación, tales como:

- **Estudios sin intervención** en los cuales el investigador se limita a describir y analizar objetos o situaciones que se prestan a la investigación sin intervenir en ella; y
- **Estudios de intervención** en los cuales el investigador manipula objetos o situaciones y mide el resultado de sus manipulaciones (por ejemplo implementando actividades intensivas de educación para la salud y midiendo la mejora en la proporción de personas inmunizadas).

Estudios sin intervención

En primer lugar nos concentraremos en los estudios sin intervención y en su aplicación en la Investigación de Sistemas de Salud (ISS). Analizaremos:

- Estudios exploratorios,
- Estudios descriptivos, y
- Estudios comparativos (analíticos).

1. Estudios exploratorios

Un ESTUDIO EXPLORATORIO es un estudio de poca envergadura y de duración relativamente breve, que se emprende cuando se sabe muy poco acerca de una situación o de un problema.

Por ejemplo

En un programa nacional de control del SIDA se desea establecer un servicio de asesoramiento para pacientes VIH positivos y para pacientes con SIDA, pero se desconocen las necesidades concretas de los/las pacientes. Para explorar estas necesidades, se lleva adelante un número de entrevistas en profundidad con varias categorías de pacientes (varones, mujeres, casados/as, solteros/as) y con algunos/as de los asesores que trabajan en un programa que ya está en curso.

En los estudios exploratorios **describimos** las necesidades de las diversas categorías de pacientes y las posibilidades de acción. Podríamos desear ir un paso más adelante y tratar de explicar las diferencias que observamos (por ejemplo, en las necesidades de pacientes con SIDA varones y mujeres) o identificar las causas de los problemas. Después tendremos que **comparar** los grupos.

Nota La comparación es una estrategia de investigación fundamental para identificar variables que ayudan a explicar por qué un grupo de personas u objetos difiere de otros.

En la Investigación de Sistemas de Salud, los estudios de poca envergadura en los que se comparan grupos extremos son muy útiles para detectar problemas de administración. Podríamos, por ejemplo, comparar:

- Dos centros de salud que están funcionando bien y dos que no funcionan satisfactoriamente, para detectar los posibles motivos de la formación de cuellos de botella en el funcionamiento de los servicios periféricos;
- Una comunidad con un elevado índice de participación en actividades sanitarias y otra comunidad con bajo índice de participación, para señalar los factores que posiblemente contribuyen a la participación;
- Cuarenta madres que dieron a luz en una maternidad y cuarenta que dieron a luz en sus hogares, para explicar los motivos del bajo porcentaje de partos institucionales.

En los estudios exploratorios se mejora su valor explicativo si enfocamos el problema desde diferentes ángulos al mismo tiempo. En el estudio para investigar las causas del bajo porcentaje de partos institucionales, podría ser muy útil incluir observaciones y entrevistas con el personal de salud de los centros de maternidad que prestan servicios a las madres, y entrevistas con sus supervisores, así como con las madres. De este modo, es posible chequear la información procedente de diferentes fuentes independientes.

En el caso de algunos problemas de administración, esta "evaluación rápida" podría proporcionar información suficiente para la toma de decisiones. De no ser así, se deberá efectuar un estudio comparativo de mayor envergadura y rigurosidad para someter a prueba las diferencias entre los grupos respecto de diversas variables independientes.

Nota Si el problema y los factores que contribuyen a él no están bien definidos, siempre es recomendable realizar un estudio exploratorio antes de embarcarse en un estudio descriptivo o comparativo de gran envergadura.

2. Estudios descriptivos

Un ESTUDIO DESCRIPTIVO implica la recolección y presentación de datos de manera sistemática para dar una idea clara de una situación determinada.

Los estudios descriptivos pueden ser de poca o gran envergadura.

En los estudios de caso descriptivos se describen en profundidad las características de un "caso" –o de un número limitado de "casos"–. Un caso podría ser, por ejemplo, un/a paciente, un centro de salud, o una comunidad. Ese estudio puede proporcionar una percepción útil para la comprensión de un problema. Los estudios de caso son comunes en las ciencias sociales, las ciencias de la administración y la medicina clínica. Por ejemplo, en la medicina clínica las características de una enfermedad hasta ahora no reconocida podrían documentarse como un estudio de caso. A menudo esto constituye la primera etapa en la construcción de un cuadro clínico de esa enfermedad. Los estudios de caso descriptivos que llevan a la construcción de teorías pueden demandar demasiado tiempo. Si son de corta duración, se los puede llamar también estudios explicativos.

Sin embargo, si se desea someter a prueba la idea de que las conclusiones corresponden a una población más amplia, podría diseñarse una encuesta más amplia y más representativa.

Las encuestas representativas apuntan a cuantificar la distribución de determinadas variables en una población en estudio en un momento determinado. Estas encuestas pueden abarcar, por ejemplo:

- Las características físicas de personas materiales, o del medio ambiente, tales como en:
 - encuestas de prevalencia (de esquistosomiasis, lepra), o
 - evaluación de cobertura (de inmunización, letrinas, etc.),
- Las características socioeconómicas de las personas, tales como su edad, educación, estado civil, número de hijos, e ingresos,
- El comportamiento de las personas y sus conocimientos, actitudes, creencias, y opiniones que podrían ayudar a explicar ese comportamiento (estudios CAP - conocimientos, actitudes y prácticas), o
- Los acontecimientos que tuvieron lugar en la población.

En las encuestas representativas se cubre una muestra de la población. Si el estudio representativo abarca al total de la población, se denomina censo.

Las encuestas representativas pueden repetirse para medir las modificaciones de las características estudiadas que hayan ocurrido con el transcurso del tiempo.

Las encuestas pueden ser muy extensas, con cientos o incluso miles de unidades de estudio. En estos casos, normalmente sólo se incluirá un número limitado de variables, para evitar problemas con el análisis y la redacción del informe. Si las encuestas representativas son más pequeñas pueden ser más complejas. En ellas pueden incluirse todos los elementos anteriormente mencionados. Las encuestas pequeñas pueden revelar interesantes asociaciones entre ciertas variables, por ejemplo entre tener lepra y el status socioeconómico, el sexo, y la educación.

A menudo los investigadores van más allá y combinan una DESCRIPCIÓN de la población en estudio con una COMPARACIÓN de una serie de grupos de esa población (véase abajo). Estas combinaciones son muy comunes y, por consiguiente, la distinción entre estudios descriptivos y comparativos es a veces bastante borrosa.

3. Estudios comparativos o analíticos

Un ESTUDIO ANALÍTICO se orienta a establecer causas o factores de riesgo de determinados problemas. Esto se hace comparando dos o más grupos, algunos de los cuales experimentan o desarrollan el problema, y otros a los que no afecta.

A continuación se analizan tres de los tipos de estudios analíticos más comunes.

Figura 9.1. Tipos de estudios analíticos



Estudios transversales comparativos

Muchas de las encuestas se centran en comparar así como también en describir los grupos.

Por ejemplo En una encuesta sobre desnutrición podría desearse establecer:

- El porcentaje de niños desnutridos en una determinada población;
- Las variables socioeconómicas, físicas, políticas que influyen en la disponibilidad de alimentos;
- Prácticas de alimentación; y
- El conocimiento, las creencias y las opiniones que influyen en estas costumbres.

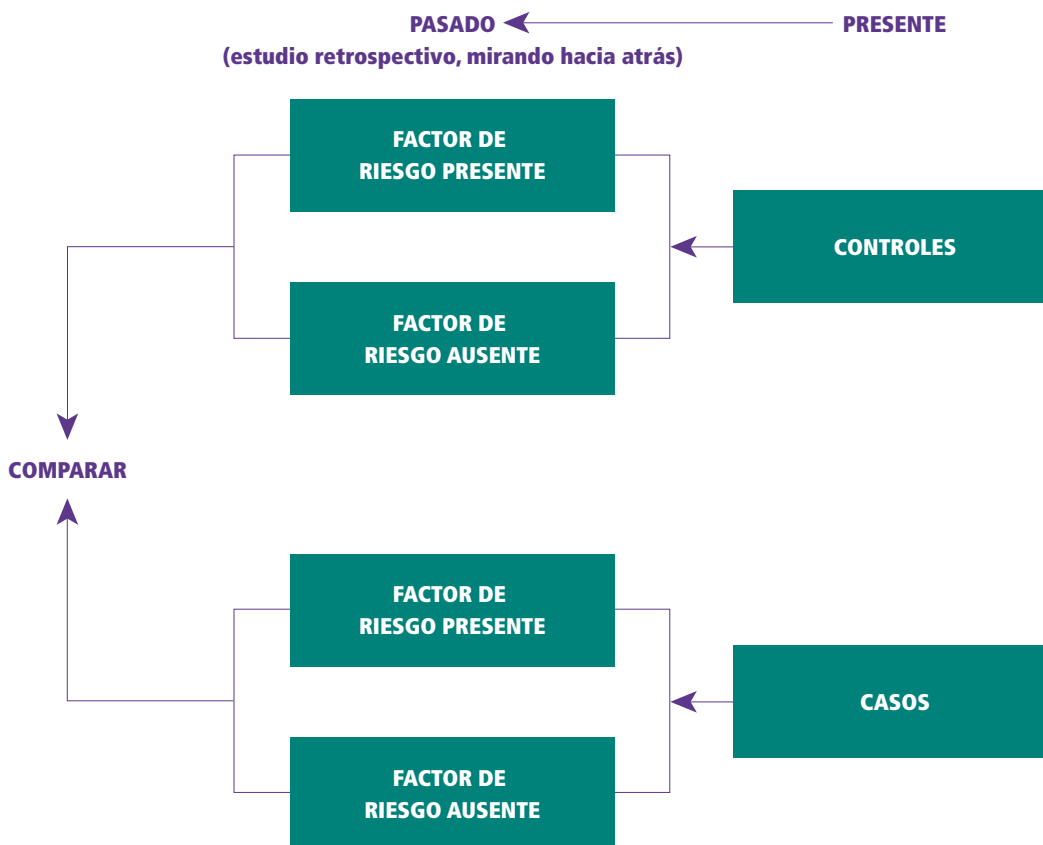
1. El/la investigador/a no sólo describirá estas variables sino que, mediante la comparación de los niños desnutridos con los niños bien alimentados, intentará determinar las variables socioeconómicas, de comportamiento y otras variables independientes que hayan contribuido a la desnutrición.

En cualquier estudio comparativo, es necesario prestar atención a las variables confusoras o intervinientes.

Estudios de casos y controles

En un estudio de **CASOS Y CONTROLES**, el investigador compara un grupo en el que está presente el problema (por ejemplo, desnutrición) con otro grupo, denominado grupo control o grupo de comparación, en el que no se presenta el problema, para descubrir los factores que contribuyen al problema.

Figura 9.2. Diagrama de un estudio de casos y controles



Por ejemplo En un estudio sobre las causas de la mortalidad neonatal el investigador primero selecciona sus “casos” (los niños que murieron durante el primer mes de vida) y “controles” (los niños que sobrevivieron el primer mes de vida). Luego entrevista a sus madres para comparar la historia de estos dos grupos de niños, a fin de determinar si algunos factores de riesgo predominaban más entre los niños que murieron que entre los que sobrevivieron.

Al igual que con un estudio comparativo representativo, el investigador debe controlar las **variables confusoras**. En los estudios de control de casos, esto podría hacerse previamente **apareando** los grupos respecto de las variables confusoras identificadas. Aparear significa procurar que todos los casos y controles sean análogos respecto de la distribución de una o más de las posibles variables confusoras.

Por ejemplo En el estudio sobre las posibles causas de la muerte neonatal desearíamos aparear las madres por edad (dado que este factor podría influir en la mortalidad), así como respecto de otras variables socioeconómicas (educación, estado civil y status económico). Podríamos seleccionar por cada madre de un niño que murió durante el mes posterior a su nacimiento, otra madre de exactamente la misma edad cuyo niño no haya muerto. Podríamos también aparear los grupos respecto del medio ambiente y seleccionar los “controles” en la misma comunidad que los “casos”.

Nota Si bien teóricamente un investigador desearía aparear los casos y los controles respecto de todas las variables, excepto las que se están sometiendo a prueba, como factores de riesgo o como “causas” del problema en estudio, esto es imposible en la práctica, e incluso desaconsejable. (Se podría “sobrepaparear” las variables en las que esté interesado y anular el efecto.) Por consiguiente, en los estudios de casos y controles se utiliza la estratificación así como el apareamiento para controlar las variables confusoras.

Estudios de cohorte

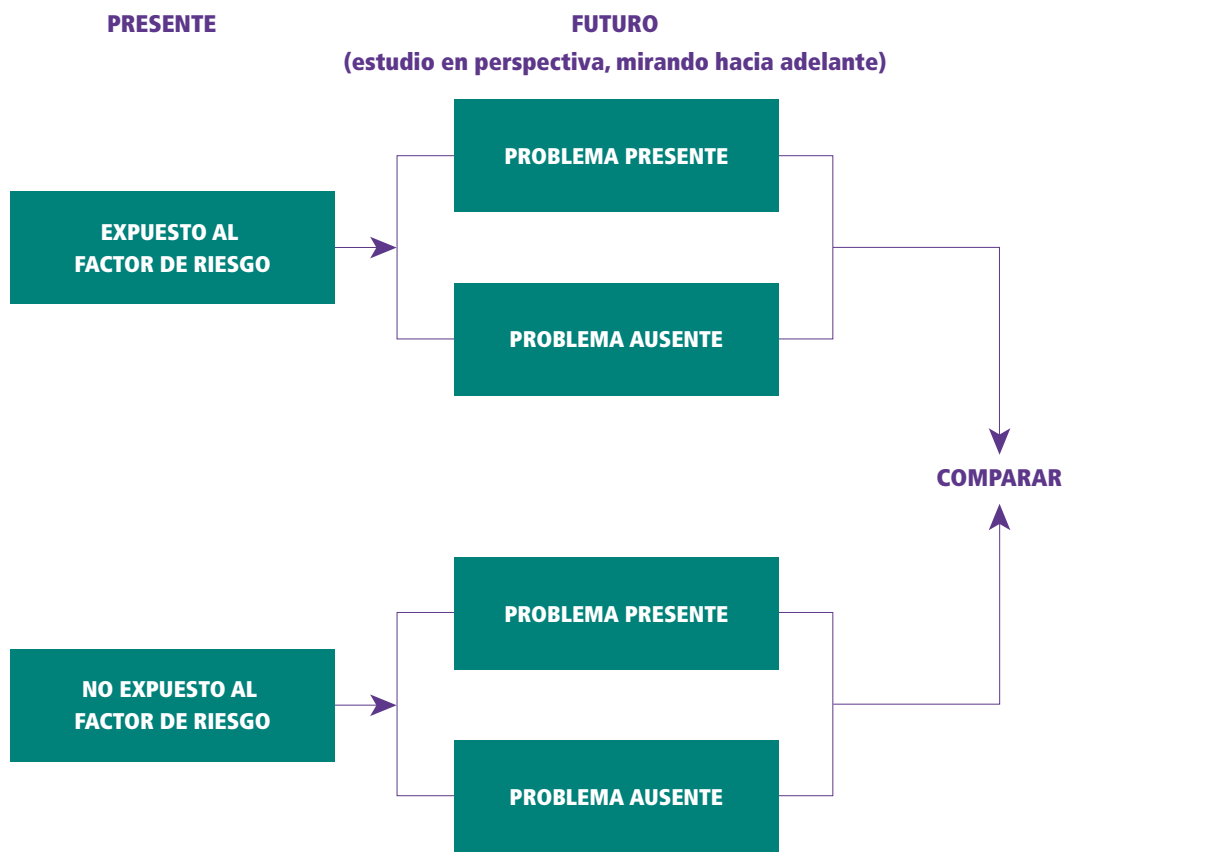
En un ESTUDIO DE COHORTE, un grupo de individuos que está expuesto a un factor de riesgo (grupo de estudio) es comparado con un grupo de individuos no expuestos al factor de riesgo (grupo de control). El investigador vigila ambos grupos a lo largo del tiempo y compara la presencia del problema –que espera esté relacionado con el factor de riesgo– en ambos grupos para determinar si el problema afecta a una mayor proporción de los que tienen el factor de riesgo.

Un ejemplo muy conocido de un estudio de cohorte es el estudio de Framingham de fumadores y no fumadores, que se llevó a cabo para determinar la importancia de fumar como un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer de pulmón.

El estudio puede iniciarse con una cohorte de un gran número de personas. Luego de que la cohorte es seleccionada, los investigadores pueden determinar quiénes están expuestos al factor de riesgo (por ejemplo, los fumadores) y quiénes no lo están, y seguir los acontecimientos de los dos grupos a lo largo del tiempo para determinar si el grupo en estudio tiene una incidencia más predominante de cáncer de pulmón que el grupo de control. Si no es posible seleccionar una cohorte y subdividirla en un grupo de estudio y un grupo de control, pueden seleccionarse dos cohortes, una en la cual el factor de riesgo está presente (grupo de estudio) y una en la cual ese factor está ausente (grupo de control). En todos los demás sentidos, los dos grupos deben parecerse lo más posible.

El grupo de control debe seleccionarse al mismo tiempo que el grupo de estudio y ambos deben ser vigilados con la misma intensidad.

Figura 9.3. Diagrama de un estudio de cohorte



Adaptado de Holland, W.W. et al. 1985.

Usos y limitaciones de diferentes tipos de estudios analíticos

Para investigar las posibles causas de un problema se puede utilizar cualquiera de los tres tipos de estudios analíticos (comparación representativa, control de casos o cohorte).

Por ejemplo Si supone que hay una relación causal entre el uso de una determinada fuente de agua y la incidencia de la diarrea entre los niños menores de cinco años en una comunidad con diferentes fuentes de agua:

- Puede seleccionar un grupo de niños menores de cinco años y verificar a intervalos regulares (por ejemplo cada dos semanas) si los niños tuvieron diarrea y la gravedad de ésta. Los niños que utilizan la fuente de agua sospechosa se comparan con los que usan otras fuentes de abastecimiento respecto de la incidencia de la diarrea (estudio de cohorte).
- También puede llevar a cabo un estudio de casos y controles. Por ejemplo, puede comparar niños que se presentan en un centro de salud con diarrea (casos) durante un período particular de tiempo, con los niños que se presentan con otras dolencias de aproximadamente la misma gravedad, por ejemplo infecciones respiratorias agudas (controles) durante el mismo período, y determinar qué fuente de agua habían usado para beber.
- En un estudio comparativo representativo, se podría entrevistar a las madres para determinar con qué frecuencia sus niños tuvieron diarrea durante, por ejemplo, el mes previo, obtener información sobre sus fuentes de agua para beber, y comparar la fuente de agua para beber de los niños que tuvieron y los que no tuvieron diarrea.

En general se prefieren los estudios transversales comparativos o los estudios de casos y controles en lugar de los estudios de cohorte por razones prácticas y financieras.

Los estudios transversales comparativos y los estudios de casos y controles son relativamente rápidos y económicos. Sin embargo, en los estudios transversales comparativos, el número de estratificaciones que puede hacerse está limitado por la magnitud del estudio. La mayor dificultad en el caso de los estudios de casos y controles es la selección de los grupos de control apropiados. La correspondencia o apareamiento entre los casos y los controles debe hacerse cuidadosamente. Los estudios de cohorte son la única manera segura de establecer relaciones causales. Sin embargo, llevan más tiempo que los estudios de casos y controles y requieren **trabajo intensivo** y por ende, son más caros. La mayor dificultad es habitualmente la identificación de todos los casos en una población objeto de estudio, especialmente si el problema es de baja incidencia, y la imposibilidad de dar seguimiento a todas las personas incluidas en el estudio a lo largo de un número de años debido a la movilidad de la población.

Estudios de intervención

En los estudios de intervención, el investigador manipula una situación y mide los efectos de esa manipulación. Usualmente (pero no siempre) se comparan dos grupos, uno en el cual tiene lugar la intervención (por ejemplo tratamiento con determinado medicamento) y otro que permanece “intacto” (por ejemplo tratamiento con un placebo).

Las dos categorías de estudios de intervención son:

- estudios experimentales y
- estudios cuasiexperimentales.

1. Estudios experimentales

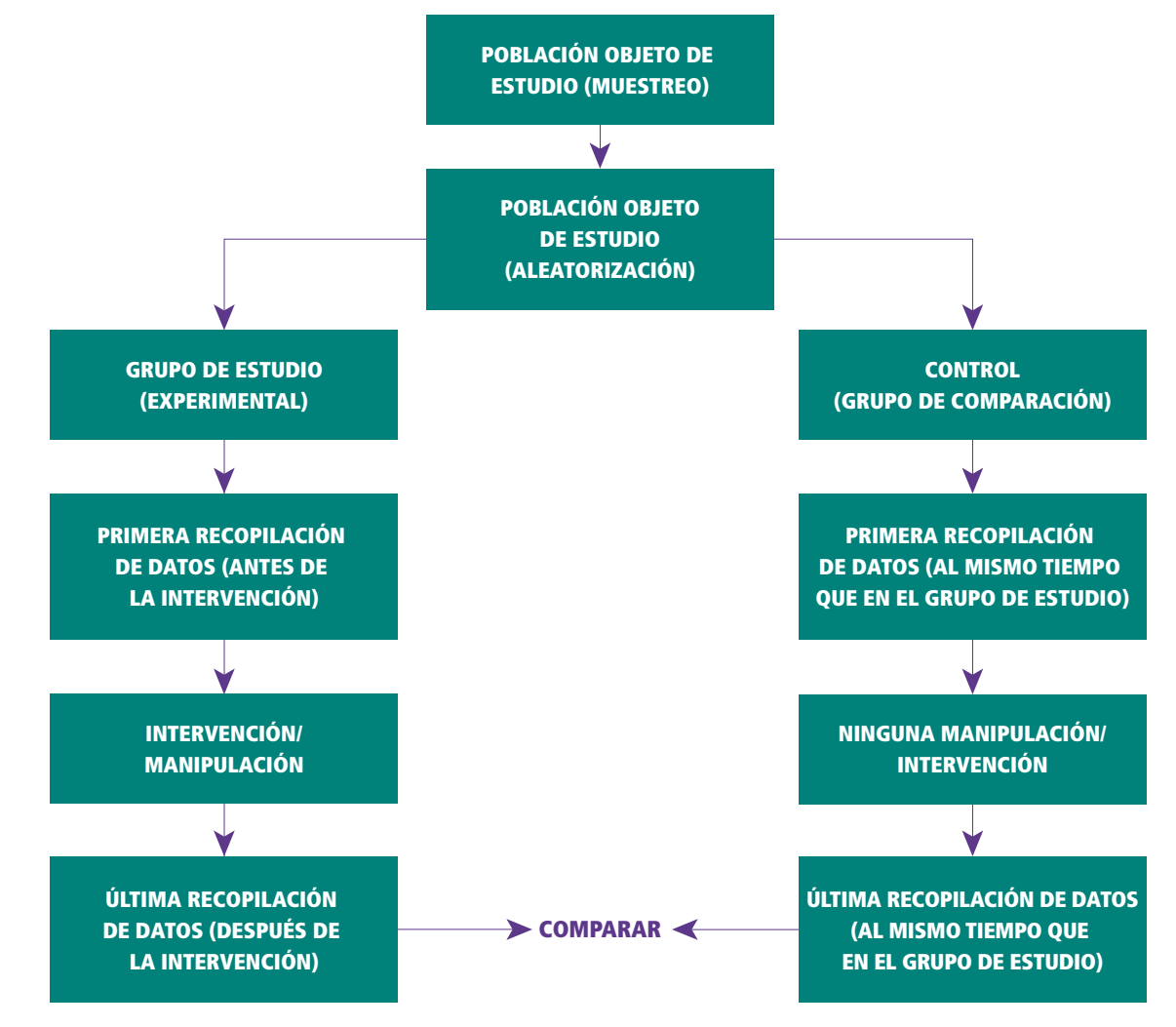
El diseño experimental es el único diseño de tipos de estudio que verdaderamente puede comprobar la relación causa efecto.

En un ESTUDIO EXPERIMENTAL, los individuos son aleatoriamente asignados a por lo menos dos grupos. Uno de los grupos está sujeto a una intervención, o experimento, mientras que el/los otro/s no. El resultado de la intervención (efecto de la intervención sobre la variable dependiente o en el problema) se obtiene comparando ambos grupos.

El diseño de estudio experimental clásico tiene tres características:

- **Manipulación** – el investigador hace algo a un grupo de sujetos en el estudio.
- **Control** – el investigador introduce uno o más grupos de control para compararlos con el grupo experimental.
- **Aleatorización** – el investigador tiene el cuidado de asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos de control y experimental. (Cada sujeto tiene la misma probabilidad de ser asignado a un grupo u a otro, por ejemplo, asignándoles números y seleccionando “a ciegas” los números para cada grupo.)

Figura 9.4. Diagrama de un estudio experimental



Nota La fortaleza de los estudios experimentales es que el investigador elimina, mediante la aleatorización, el efecto de las variables confusoras.

Se ha elaborado una serie de diseños para estudios experimentales. Éstos se utilizan ampliamente en contextos de laboratorio y también en contextos clínicos. Por razones éticas, las oportunidades de realizar experimentos que involucren a sujetos humanos son limitadas. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados de nuevos medicamentos son comunes, y este diseño se considera frecuentemente para probar la eficacia de otras intervenciones. Al seleccionar este diseño se debe tener en cuenta tanto la viabilidad como las consideraciones éticas.

Por ejemplo Un investigador proyecta estudiar el efecto de un nuevo medicamento. (El medicamento ya ha sido probado ampliamente en animales y ha sido aprobado para uso experimental.) El investigador planea incluir en el estudio a 300 pacientes que actualmente están recibiendo un tratamiento estándar para la enfermedad que la nueva droga se propone aliviar. Se explica el estudio a los pacientes pidiendo su consentimiento para ser divididos en dos grupos de forma aleatoria. Un grupo recibirá la droga experimental mientras que el otro grupo seguirá recibiendo el tratamiento estándar. Se debe asegurar que el medicamento esté disimulado y etiquetado de forma tal que ni el asistente de investigación que los administra ni los pacientes sepan qué droga se está usando. (Esto se denomina experimento “doble ciego”).

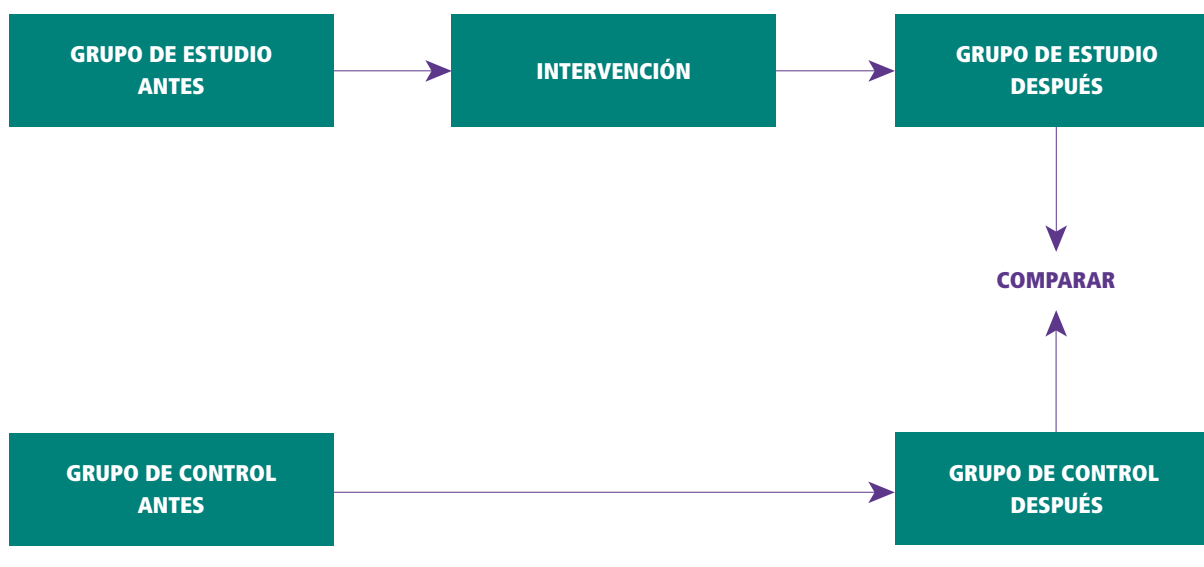
A nivel de la comunidad en la cual a menudo se llevan a cabo las investigaciones de los sistemas de salud, enfrentamos no sólo problemas de índole ética sino también de índole práctica al realizar estudios experimentales. En el contexto de la vida real, a menudo es imposible asignar aleatoriamente personas a dos grupos, o mantener un grupo de control. Por consiguiente, es necesario sustituir los diseños de investigación experimental por diseños de investigación cuasiexperimental.

2. Estudios cuasiexperimentales

En un ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL, falta por lo menos una característica de los experimentos verdaderos, es decir la aleatorización o el uso de un grupo independiente de control. Sin embargo, en un estudio cuasiexperimental se incluye siempre la manipulación de una variable independiente que sirve de intervención.

En uno de los diseños cuasiexperimentales más comunes se utilizan dos (o más) grupos, uno de los cuales actúa de grupo de control, en el que no tiene lugar ninguna intervención. Ambos grupos son observados tanto antes como después de la intervención, para comprobar si ésta ha producido alguna diferencia. Los sujetos de ambos grupos (grupo de estudio y grupo de control) no han sido asignados aleatoriamente.

Figura 9.5. Diagrama de un diseño cuasiexperimental con dos grupos

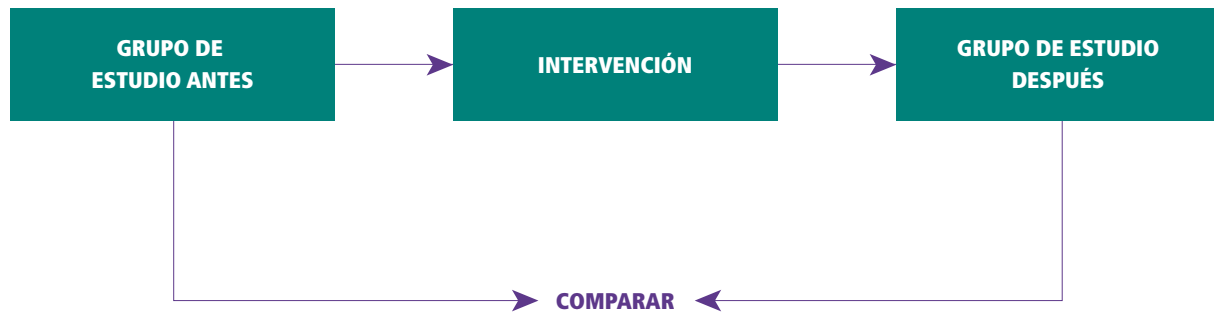


Ejemplos de estudio cuasiexperimental

Un investigador planea estudiar los efectos de la educación para la salud en el grado de participación de los habitantes de una comunidad durante una campaña de inmunización. Decide seleccionar una comunidad en la que se darán sesiones de educación para la salud sobre inmunización, y otra comunidad en la que la población no recibirá ninguna actividad de educación para la salud y que servirá como grupo de control. La campaña de inmunización se desarrollará en la misma forma en los dos pueblos. Se realizará una encuesta para determinar si la cobertura de inmunización en la comunidad en la que se introdujo la educación para la salud antes de la campaña, es significativamente diferente de la cobertura en la comunidad de "control" en la cual no se impartió ninguna clase de educación para la salud. (Nota: El estudio es cuasiexperimental porque la asignación a los grupos de control o experimental no se efectuó de modo aleatorio.)

En otro tipo de diseño que a menudo se elige porque es bastante fácil de aplicar, se utiliza únicamente un grupo en el cual se lleva a cabo la intervención. La situación es analizada antes y después de la intervención para verificar si hay alguna diferencia en el problema observado. Esto se denomina un estudio “antes-después”. Este diseño se considera un diseño “preexperimental” más que cuasiexperimental, porque no involucra ni aleatorización ni el uso de un grupo de control.

Figura 9.6. Diagrama de un diseño cuasiexperimental con dos grupos



Ejemplo de un estudio antes-después

Los consultorios externos del hospital X están atestados de gente. Es común que los/las pacientes tengan que esperar más de cinco horas antes de que sean atendidos/as. La administración del hospital ha realizado un estudio para analizar los cuellos de botella e implementa la mayoría de las recomendaciones que resultaron de ese estudio. Tres meses más tarde, se realiza otro estudio para chequear hasta qué punto los cuellos de botella han sido resueltos y dónde se necesita tomar nuevas medidas.

Este diseño se usa a menudo para problemas administrativos que corresponden a una sola dependencia (hospital, escuela, comunidad). Sin embargo, si el problema es de mayor envergadura o pudiera estar influido por otros factores distintos a la intervención, se recomienda que en el diseño se incluya un grupo de estudio y un grupo de control.

Por ejemplo, en el ensayo relativo a la educación para la salud sobre inmunizaciones, hubiese sido bastante arriesgado trabajar sin un grupo control. Los eventos externos (como una campaña de educación para la salud sobre inmunización por radio u otros medios masivos) podrían llevar a un mejor conocimiento sobre la inmunización tanto en el grupo de estudio como en el grupo de control. (Nota: la campaña de inmunización por radio proporciona lo que se denomina una “explicación rival” de sus resultados.) Si solamente hubiera contado con un grupo de estudio y sin ninguno de control, usted podría haber llegado erróneamente a la conclusión de que todo el aumento se debió a su propia intervención.



Guía

2 Ejemplos de problemas estudiados en la investigación en salud

Problema 1

En un servicio de obstetricia, los/las profesionales de la salud sospechan que está aumentando el número de recién nacidos con bajo peso. El servicio quiere saber si esto es cierto, y en caso afirmativo, tener una mejor comprensión de la situación social y económica de las mujeres que están dando a luz a bebés de bajo peso. ¿Cómo puede responder usted estas preguntas?

Problema 2

El servicio de planificación familiar estatal proporciona anticonceptivos orales, DIUs, inyecciones, condones y esterilización tanto para varones como para mujeres. Sin embargo, si bien el uso global de anticonceptivos alcanza el 40%, casi el 90% de nuevas usuarias en los últimos veinticuatro meses han llevado DIUs. Usted sospecha que podría haber un importante sesgo, incentivos o rumores de parte de los/las proveedores/as que estén llevando a tantas usuarias a adoptar ese método. ¿Cómo puede determinar lo que está pasando?

Problema 3

Usted está a punto de incorporar un nuevo servicio de consejería para varones en su consultorio de ETS, que se centra en comportamientos preventivos, especialmente en el uso de condones. Se trata de un proyecto piloto. El nuevo servicio ha costado mucho, y a fin de justificar los gastos usted necesitará evidencia que demuestre si el nuevo servicio tiene algún impacto positivo. ¿Cómo puede generar la evidencia necesaria para evaluar el nuevo servicio?

Problema 4

Usted es designado/a decano/a de la facultad de medicina. Después de un año nota que las estudiantes de medicina parecen desempeñarse bien en clase, pero ni bien comienzan con las prácticas clínicas, su rendimiento decae rápidamente. En un mes determinado, tres estudiantes mujeres se acercan a usted quejándose de que el personal del hospital les pone obstáculos al asignarles tareas de limpieza, designarlas para la realización de los trabajos más demandantes, e incluso humillarlas durante los ateneos. Luego de dos días de observar el movimiento del hospital, usted reconoce que esto puede estar sucediendo. ¿Qué tipo de evidencia podría ayudarlo/a a encarar este problema?

SESIÓN 3

Cuestiones éticas en la investigación en salud reproductiva

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con los principios de la ética en la investigación, centrándose en la salud reproductiva
- tendrán una visión general de los lineamientos éticos internacionales para el desarrollo de la investigación
- debatirán sobre dilemas éticos clave en la investigación en salud reproductiva desde una perspectiva de género.



2 horas y 40 minutos

Materiales

- Apuntes de clase para el/la facilitador/a: "Cuestiones éticas en la investigación en salud reproductiva"
- Guía: "Investigación ética y apropiada"
- filminas o presentación de tipo Powerpoint basada en las notas para el/la facilitador/a
- filmina: "Ética y derechos humanos", en pág. 246
- 8 hojas de papel para el debate: 4 con la leyenda "A favor de la investigación de la quinacrina" y 4 con la leyenda "En contra de la investigación de la quinacrina"; algunas hojas de papel en blanco, siguiendo las instrucciones en la pág. 246

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Ginebra, CIOMS, 1993. Disponible on line en: [www.who.int/dsa/cat98/ethic8.htm#International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects](http://www.who.int/dsa/cat98/ethic8.htm#International%20Ethical%20Guidelines%20for%20Biomedical%20Research%20Involving%20Human%20Subjects)

Lecturas para los/las participantes

1. Berer M. The quinacrine controversy continues. *Reproductive Health Matters*, 1995, 6:142-146.
2. Pollack A. E. y Carigan C. S. The use of quinacrine pellets for non-surgical female sterilization. *Reproductive Health Matters*, 1993, 2:119-120.

Lecturas sugeridas en español

Códigos Internacionales de Ética de la Investigación. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, N° 5 y N° 6, mayo y junio de 1990: 625-650.

Gracia, D. Introducción. La bioética médica. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, N° 5 y N° 6, mayo y junio de 1990: 374-378.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión se realiza una presentación de los principios éticos en la investigación y los actuales lineamientos internacionales que rigen la investigación, particularmente en el ámbito de la salud reproductiva. También incluye lineamientos de género para el desarrollo de investigaciones. La presentación es seguida por un debate sobre la ética en el caso de un tema controvertido de investigación en salud reproductiva, en el cual usted solicita a los/las participantes que tomen posiciones y las defiendan. En este manual se usa el caso de la experimentación con quinacrina, pero podría utilizarse otro tema, siempre y cuando existan argumentos claros tanto a favor como en contra del mismo, con información adecuada para apoyar ambas posiciones, y la ética de la intervención pueda ser cuestionada. El debate es seguido por una discusión que debe conectar las cuestiones planteadas en el debate con los lineamientos éticos y de género.

Entregue la guía a los/las participantes el día anterior e indíqueles realizar las lecturas para esta sesión, que se encuentran en sus carpetas del curso. Ello les proporcionará algo de tiempo para familiarizarse con la temática.



1 hr

Actividad 1: Introducción a los principios éticos



30 mins

Paso 1: Su clase Prepare y presente una clase (ayudado/a por Powerpoint o **filminas**) que contenga los puntos clave de las notas, incluyendo:

- antecedentes del desarrollo de principios y standards éticos universales
- principios éticos clave elaborados en la Declaración de Helsinki: respeto por las personas, benevolencia y justicia
- consentimiento informado como una cuestión clave en la investigación médica
- consideraciones de género en la investigación.



20 mins

Paso 2: Algunas preguntas Pida a los/las participantes ejemplos de investigación en los cuales:

- no se adhiera a algunos de los principios éticos
- no se promueva la equidad de género en la salud y la atención de la salud
- el hecho de que los investigadores sean varones o mujeres signifique una diferencia.



10 mins



Paso 3: La conexión entre la ética y los derechos

Muestre la siguiente **filmina** y repase sus contenidos.

Ética y derechos humanos

Fuente: Mann J. M., Medicine and public health, ethics and human rights. En: Mann J. M.; Gruskin S.; Grodin M. A. y Annas G. J., eds. *Health and human rights: a reader*. Nueva York, Routledge, 1999:446.

"En última instancia, la ética y los derechos humanos derivan de una serie de valores centrales bastante similares, si no idénticos [...] más que ver a los derechos humanos y la ética como territorios en conflicto, parece más apropiado considerar un continuo en el cual los derechos humanos son un lenguaje más útil para guiar el análisis y el trabajo a nivel de la sociedad, mientras que la ética es un lenguaje más útil para guiar el comportamiento individual [...] Así, la labor en salud pública requiere tanto una ética aplicable al médico en lo individual como un marco de derechos humanos para guiar la salud pública en su análisis y respuesta social."

La presentación y la discusión se usan como base para el debate subsiguiente, en el cual los/las participantes podrán poner en práctica la teoría.

1 hr
15 mins

Actividad 2: El debate



10 mins

Paso 1: Elección de los equipos

Elija una forma de asignar a ocho participantes como expositores en el debate, cuatro de cada lado. Esto puede hacerse pidiendo a cada participante que saque un papel de un sombrero. Cuatro papeles estarán marcados como "A favor de la investigación de la quinacrina" y cuatro estarán marcados como "En contra de la investigación de la quinacrina". El resto estará en blanco. Las personas que saquen los papeles en blanco serán los/las jueces/zas. Una persona (de preferencia externa al grupo) puede ser designada árbitro del debate. Entregue a cada equipo copias de la guía.



30 mins

Paso 2: Las reglas del debate

Pregunte si alguien puede explicar las reglas de un debate. De no ser así, explique que un grupo de cuatro personas defenderá el proyecto relativo a la investigación de la quinacrina, y el otro grupo se opondrá a él, sobre la base de la información incluida en la guía. Cada grupo elige el orden de sus expositores, quienes desarrollarán argumentos para apoyar la posición del grupo. Los primeros dos expositores de cada grupo tienen cinco minutos cada uno para plantear su argumento, y los siguientes dos, tres minutos cada uno. Los expositores de cada grupo se alternan, de modo que los grupos deben anticipar los principales argumentos que el otro hará a fin de que los expositores subsiguientes los refuten. Se les dará un máximo de treinta minutos para prepararse. Durante este tiempo los/las jueces/zas también reciben la guía y tienen oportunidad de discutirla previamente al debate.



Paso 3: Se inicia el debate

Lleve un estricto control del tiempo. El árbitro da inicio al proceso, invitando al primer expositor del grupo 1 (a favor del proyecto) a empezar. A continuación hablará el primer expositor del grupo 2. Recuerde: los primeros dos expositores de cada grupo tienen cinco minutos cada uno para plantear sus argumentos, y los siguientes dos expositores tres minutos cada uno.

Una vez que los ocho expositores han presentado sus argumentos, el árbitro solicita a los/las jueces/zas que voten a favor de uno u otro grupo. El que tenga mayor cantidad de votos, gana el debate.



Actividad 3: Discusión

Vuelva a reunir a la totalidad del grupo, y solicite a los/las participantes que discutan cómo el caso de investigación de la quinacrina se relaciona con los principios éticos discutidos anteriormente.

Qué incluir en la discusión

Respeto por las personas

¿Iban los sujetos a recibir información completa acerca de la investigación (refiérase al cuadro “Consentimiento informado” en sus apuntes de clase), como por ejemplo el propósito y los procedimientos? ¿Se está ofreciendo algún incentivo? ¿Se han tomado provisiones para conservar la confidencialidad de la información? ¿Es la población en estudio particularmente vulnerable?

Benevolencia

¿Son los datos científicos adecuados para demostrar la seguridad de la quinacrina para los humanos? ¿Cuáles son los riesgos asociados con la quinacrina? ¿Cuáles son los beneficios potenciales? ¿Son los beneficios mayores que los riesgos? ¿Estuvieron los resultados de investigación previos basados en diseños científicamente válidos? ¿Hay alternativas disponibles que sean tan buenas como el procedimiento propuesto?

Justicia

¿Qué grupo de población constituye el foco de esta investigación? ¿Todas las categorías de mujeres, o sólo las mujeres pobres? ¿Es esto ético? Los potenciales beneficios y riesgos, ¿serán distribuidos equitativamente a nivel nacional e internacional?

Equidad de género

¿Encara la investigación una necesidad de salud pública demostrada, expresada por mujeres y/o varones? Esto podría ser difícil de responder, pero podría haber alguna evidencia de los deseos de mujeres y varones respecto de los tipos de métodos anticonceptivos que necesitan. ¿Promoverá la investigación la igualdad entre mujeres y varones? Una manera de abordar este interrogante es preguntar: ¿sería la discusión la misma si fuera un método de esterilización masculino?

Por qué la investigación de la quinacrina propuesta es antiética

Demuestre, mediante la discusión de estas preguntas, que la investigación de la quinacrina propuesta es antiética desde muchos puntos de vista:

- La información dada a los sujetos será inadecuada porque se basa en investigación que contiene errores.
- Los beneficios no superan a los riesgos porque se sospecha que el producto es cancerígeno (provoca cáncer).
- Hay una alternativa (aceptable) – minilaparotomía, y también la vasectomía, que es barata y sencilla.
- La población investigada es de mujeres pobres, lo cual pone en cuestión los temas de respeto por las personas y justicia distributiva.
- En una situación de alta (o creciente) prevalencia del VIH, la promoción de la esterilización femenina podría distraer los esfuerzos de la promoción de la protección de ITS y VIH y actuar en detrimento de las mujeres en particular, reforzando así las desigualdades de género.

Sesión desarrollada por Jane Cottingham



Apuntes
para el/la
facilitador/a:

Cuestiones éticas en la investigación en salud reproductiva

Estas notas le proporcionarán el contenido principal de la información correspondiente a la Actividad 1 de esta sesión. Puede usarla como está, ampliando cada uno de los puntos durante la discusión, o re TRABAJARLA a fin de centrarse en los puntos que considere particularmente pertinentes para el grupo con el que está trabajando.

Principios y standards éticos universales

El desarrollo de principios y standards éticos universales para la investigación comenzó luego de las atrocidades cometidas por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. En 1947 se elaboró el *Código de Nuremberg* para proteger a los sujetos de la investigación médica. En 1966 el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* incluyó protección específica en el Artículo 7: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos". El documento fundamental en el campo de la ética y la investigación biomédica –la *Declaración de Helsinki*– se estableció en 1964, y todos los principios que guían la investigación médica en la actualidad se basan en ella. Por ejemplo, las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en 1993 son los lineamientos principales que este organismo usa para el desarrollo de investigación en salud reproductiva.

Los principios éticos clave elaborados en la *Declaración de Helsinki*

- **Respeto por las personas**

Esto incluye dos consideraciones éticas fundamentales:

- respeto por la autonomía, que requiere que aquellos/as que son capaces de deliberar sobre sus elecciones personales sean tratados/as con respeto por su capacidad de autodeterminación
- protección de las personas con autonomía deteriorada o disminuida, lo cual requiere garantizar a aquellos/as que son dependientes o vulnerables, su seguridad frente a la posibilidad de daño o abuso.

- **Benevolencia**

Esto se refiere a la obligación ética de maximizar los beneficios y minimizar los daños y las equivocaciones. Este principio da lugar a normas que requieren que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de investigación sea acertado, y que los/las investigadores/as sean competentes tanto para llevar adelante la investigación como para salvaguardar el bienestar de los sujetos de la investigación. Adicionalmente la benevolencia prohíbe infligir daños a las personas deliberadamente –a veces se la llama "no malevolencia" (no hacer daño)–.

- **Justicia**

Esto se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y adecuado, para dar a cada uno/a lo que se merece. En la ética de la investigación que involucra a sujetos humanos, el principio se refiere principalmente a la justicia distributiva, la cual requiere la distribución equitativa tanto de las cargas como de los beneficios de la participación en la investigación. Las diferencias en la distribución de cargas y beneficios son justificables sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas. Una de esas distinciones es la “vulnerabilidad”. Esto se refiere a la incapacidad sustancial de proteger los propios intereses debido a impedimentos, como la incapacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para obtener atención médica u otras necesidades onerosas, o ser un miembro joven o subordinado de un grupo jerárquico. Como consecuencia, deben establecerse normas especiales para la protección de los derechos y el bienestar de las personas vulnerables.

Cualquiera de los principios arriba mencionados puede ser explicado con mayores detalles (refiérase a los lineamientos de CIOMS). Para establecer la conexión con otras partes del curso, especialmente el Módulo de Sistemas de Salud (sesiones dedicadas a la interacción usuario/a-proveedor/a y la importancia de la información), amplíe la información relativa a la cuestión del consentimiento informado.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es una cuestión importante en la investigación médica, particularmente en el área de la reproducción humana. Históricamente, la investigación anticonceptiva ha planteado muchas preguntas debido a la preocupación de que los métodos en testeo podrían de hecho causar infertilidad o afectar en otras formas la capacidad reproductiva de las personas, o podrían haber sido aplicados sin conocimiento o información plena por parte de las mujeres.

Consentimiento informado

Las piezas clave de la información necesaria para asegurar que un/a potencial participante en la investigación pueda tomar una decisión informada (consentimiento o disentimiento informado) son:

- el propósito de la investigación
- los procedimientos que se utilizarán
- los riesgos o malestares previsibles
- los beneficios esperados para los sujetos u otros
- alternativas apropiadas si las hay
- cómo se mantendrá la confidencialidad
- una declaración de que la participación es voluntaria y los sujetos tienen la opción de desistir en cualquier momento
- la disponibilidad de tratamiento médico o compensación en caso de daños como resultado de la participación.

Si un protocolo de investigación no demuestra cómo se dará esta información a los sujetos de la investigación, o si posteriormente se comprueba que los sujetos no recibieron esta información, la investigación (y sus resultados) pueden ser considerados antiéticos.

Consideraciones de género

Además de las preguntas éticas, deben considerarse varias cuestiones específicas de género, especialmente en relación con la investigación en salud reproductiva. Dado que las mujeres sufren mucho más el peso de la mala salud reproductiva, y dado que ellas, y no los varones, quedan embarazadas (ya sea que lo deseen o no), generalmente son sujeto de investigación en salud reproductiva. Esto no es así en otras áreas de la investigación médica, en las cuales han estado notablemente ausentes en el testeo de drogas, por ejemplo, principalmente para evitar posibles efectos sobre los fetos. Esto ha significado, sin embargo, que se sepa poco acerca de posibles diferencias en los efectos de las drogas (y de diferentes dosajes) sobre las mujeres, a diferencia de lo que sucede con los varones. Sin embargo, debido a su mayor analfabetismo y falta de poder para la toma de decisiones (refiérase al Módulo de Género, Sesión 3), las mujeres a menudo se encuentran en una posición más vulnerable que los varones, particularmente en cuestiones relacionadas con la sexualidad y reproducción.

Consideraciones de género en la investigación en salud reproductiva

Éstas son preguntas sobre género específicamente desarrolladas por la OMS para su uso en la investigación en salud reproductiva.

El tema de la investigación (1): ¿La investigación se orienta a una necesidad de salud pública demostrada y una necesidad expresada por mujeres o varones?

Las mujeres y los varones tienen diferentes necesidades reproductivas, que son tanto biológicamente determinadas como afectadas por los roles de género. La mala salud reproductiva afecta a las mujeres más que a los varones; sin embargo es menos probable que las mujeres estén en posición de hacer oír sus voces acerca de sus propias prioridades en lo que respecta a las necesidades de salud. La propuesta de investigación debe proporcionar evidencia de que la investigación en cuestión responde a las necesidades expresadas o percibidas por las mujeres (o, cuando corresponda, de los varones) en términos de salud reproductiva.

El tema de la investigación (2): ¿Es probable que la investigación contribuya a reducir las inequidades de género en la salud y la atención de la salud?

El principio de equidad de género significa que la tecnología o intervención propuesta debe reducir las disparidades en la salud de varones y mujeres, y no empeorarlas. El principio de equidad significa que quienes tienen las mayores necesidades tienen los mayores derechos sobre los recursos. La propuesta debe describir cómo la investigación propuesta afectará la equidad de género, y al menos demostrar que no aumentará las inequidades o desigualdades entre mujeres y varones. También debe discutir las potenciales limitaciones de adoptar una tecnología, intervención o comportamiento determinado.

El proceso de investigación (1): Difundir los resultados y compartir el conocimiento

En la investigación en salud reproductiva, donde los sujetos a menudo son mujeres, podría resultar necesario desarrollar planes para asegurar que los resultados de la investigación lleguen a ellas y a la comunidad ampliada de mujeres. La propuesta debe presentar planes para compartir la información producida.

El proceso de investigación (2): Composición del equipo de investigación por sexo

En función de la naturaleza o tema de investigación, ¿es necesario que los investigadores sean mujeres en lugar de varones, o viceversa?



Guía

1

Investigación ética y apropiada

Nota: Este caso es ficticio, pero se basa en información proveniente de una variedad de fuentes publicadas.

Le solicitan sus comentarios

El Ministerio de Salud de su país ha sido contactado por investigadores externos para desarrollar una prueba de la quinacrina, un nuevo método de esterilización femenina no quirúrgico. El propósito del estudio es evaluar la aceptación y efectividad de la quinacrina como método de esterilización no quirúrgico, entre mujeres saludables que no desean tener más hijos, en algunos grupos de población en su país. El ministerio le pide a usted que evalúe la investigación para determinar si es apropiada y ética, y le proporciona la siguiente información, entregada por los investigadores.

La información que le proporciona el ministerio

Quinacrina

La quinacrina fue desarrollada en la década de 1920 y usada como una droga contra la malaria durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente fue utilizada para tratar infecciones: lombriz solitaria, amebiasis y giardiasis. Es un efectivo agente esclerosante que causa inflamación y eventualmente podría llevar a la formación de cicatrices. Para ser utilizada como método de esterilización no quirúrgica, debe ser introducida en forma de comprimido (7 comprimidos de 26 mg cada uno, que totalizan 252 mg) en el fondo del útero durante la fase proliferativa del ciclo menstrual, donde causa una inflamación local que produce la oclusión de las trompas después de seis u ocho semanas. La introducción se realiza con un aplicador de DIU.

La quinacrina es más segura que la esterilización quirúrgica: ningún caso de muerte para 100.000 esterilizaciones con quinacrina en comparación con la esterilización quirúrgica, cuyo rango de mortalidad varía de 2 por 100.000 en países industrializados a 20 por 100.000 en algunos países en vías de desarrollo. Las complicaciones también son menores en la esterilización con quinacrina, con una tasa de 0,03% en comparación con el 1,7% para la esterilización laparoscópica.

En términos de complicaciones a largo plazo, al ser un método relativamente nuevo no se conocen con exactitud. El cáncer es una preocupación, pero podría tardar entre diez y veinte años en aparecer. La administración oral de quinacrina en dosis más altas y durante períodos más largos que los necesarios para la esterilización con esta droga no ha sido asociada con mayor riesgo de cáncer.

Antecedentes y fundamento para el estudio

Los actuales métodos de esterilización femenina –ligadura de trompas o laparotomía– son bastante invasivos y costosos en términos tanto de la capacitación del personal médico como del equipamiento necesario para llevar

adelante el procedimiento. Éste no es completamente efectivo y puede causar efectos colaterales. Existe, por ende, la necesidad de un método más seguro que requiera menos pericia y menos inversión en tecnología que la esterilización quirúrgica. La quinacrina es uno de estos métodos. Dado que ha estado en el mercado durante muchos años para otros usos médicos, es extremadamente barata (menos de US\$ 1 por dosis de comprimidos necesarios para la esterilización).

La quinacrina ha sido usada en más de 100.000 mujeres en diferentes partes del mundo. No han ocurrido complicaciones serias y los efectos colaterales han sido moderados y transitorios. Estos resultados podrían indicar que podría ser utilizada en cualquier país sin mediar un estudio, pero dado que la quinacrina no ha sido estudiada hasta ahora en el contexto africano, los investigadores consideran que es necesario investigar su efectividad y aceptación específicamente en las mujeres africanas. Ello proveería asimismo una oportunidad para acumular datos adicionales sobre su efectividad y efectos colaterales y, como resultado de ello, para diseñar materiales de capacitación apropiados para el personal de salud y las potenciales usuarias.

La tasa de mortalidad materna global en Sudáfrica es 170 por 100.000 nacidos vivos, pero en algunas partes del país es mucho más alta. Los beneficios de un nuevo anticonceptivo que puede aumentar la prevalencia de uso de métodos, y por ende disminuir la mortalidad materna, serán especialmente numerosos en un área de alta mortalidad materna y baja prevalencia de uso de anticonceptivos.

El estudio propuesto reclutaría mujeres en dos áreas rurales y dos áreas urbanas pobres del país. Los investigadores creen que, debido al bajo precio y la necesidad de prevenir embarazos no deseados, la quinacrina sería un método particularmente útil para mujeres de bajos ingresos.

Notas adicionales que le proporciona su asistente de investigación

Al parecer se realizó un estudio muy grande (aproximadamente 30.000 mujeres) en Vietnam, cuyos resultados se publicaron en *The Lancet* en 1996. Sin embargo, hubo posteriormente un debate público acerca de esto debido a las críticas al estudio provenientes de varios sectores, incluyendo la OMS. En primer lugar, parece que sólo se dio seguimiento a una pequeña muestra de las mujeres, por lo cual existía preocupación respecto de qué le había pasado a las otras mujeres. En segundo lugar, un Panel de Toxicología de la OMS estudió los datos sobre la quinacrina y concluyó que, dado que algunos estudios en animales mostraron que la quinacrina podría ser cancerígena (causante de cáncer), eran necesarios estudios toxicológicos adicionales antes de proceder con los tests clínicos en humanos. Recomendaba estudios toxicológicos formales sobre la posible carcinogenicidad de la quinacrina administrada al útero.

La quinacrina ha sido aprobada para varios fines médicos por la FDA de los Estados Unidos, pero no como un método de esterilización femenina mediante la oclusión de las trompas. De hecho, no se ha pedido la aprobación para tal uso en ese país. Hasta donde sabemos, ninguna autoridad competente en drogas, nacional o internacional, ha dado su aprobación.

Algunas revistas científicas han publicado artículos indicando la falta de evidencia científica adecuada que demuestre que la quinacrina es segura para usarse como agente de esterilización femenina. Se adjuntan dos artículos. (Véanse las lecturas para esta sesión.)

SESIÓN

4

Evidencia para la planificación: conciliando evidencia de diferentes fuentes (Caso: salud materna)

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión

Los/las participantes:

- reconocerán que los resultados de una investigación reflejan la pregunta que se hizo, cómo se reunió la evidencia, y a quiénes se la solicitó
- comprenderán la necesidad de conciliar evidencia de diferentes fuentes para la adopción de decisiones correctas
- podrán identificar sesgos de género en la recolección, el análisis, la interpretación y presentación de la información sobre salud.

2 horas y 20 minutos



Preparación previa

- Se asignarán lecturas a los/las participantes el día previo a esta sesión, como se explica en la Actividad 1, pág. 256. Los/las participantes leerán sus artículos individualmente en la tarde anterior, como preparación para la sesión.

Materiales

- Guía: “Instrucciones para el trabajo en grupo sobre salud materna”
- papelógrafo: “Conclusiones a partir de las lecturas sobre salud materna”, basadas en la tabla en pág. 257
- filminas en blanco

Lecturas para los/las participantes

1. Jejeebhoy S. J. Safe motherhood: empower women, ensure choices. Trabajo presentado en el 10th Anniversary of Safe Motherhood in Sri Lanka 1997. Concluding section (documento inédito). Disponible on line en: www.who.int/archives/whday/en/pages1998/whd98_03.html
2. Rooney C. *Antenatal care and maternal health: how effective is it?* Ginebra, World Health Organization, 1992.
3. Spies C. A. et al. Maternal deaths in Bloemfontein, South Africa 1986-1992. *South African Medical Journal* 1995, **85**:753-755.
4. Women's Health Project. *Provision of maternal and neonatal services for the PWV province*. Johannesburgo, Women's Health Project, 1994, Introducción y capítulo 4.

Lecturas sugeridas en español

Villar, J. y Khan-Neelofur D. Modelos de atención prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo. En: Biblioteca de Salud Reproductiva N° 4. Ginebra, WHO/RHR/01.6S. OMS, 2001.

Cómo conducir la sesión

Hay tres actividades. La primera es una actividad individual en la que las/los participantes leen un informe de investigación sobre salud materna, fuera de las horas de clase. La segunda es una actividad en grupo en la cual los/las participantes discuten los principales hallazgos del artículo y preparan un informe grupal identificando recomendaciones para una intervención sobre la base de la evidencia que poseen. La tercera actividad es una presentación por parte de los grupos seguida por una discusión en plenario.

Actividad 1: Un problema de salud específico

Esta actividad debe ser presentada a los/las participantes el día previo a la Sesión 4. Reserve aproximadamente diez minutos para ello. Divida a la clase en cuatro grupos. Asigne a cada grupo una de las cuatro lecturas indicadas arriba, las cuales se refieren a cómo generar mejoras respecto de un problema de salud en particular: la salud materna. Las diferentes lecturas se refieren a los diferentes tipos de estudios sobre salud materna, las diferentes fuentes de datos utilizadas, y cómo esto conduce a diferentes recomendaciones. Puede seleccionar lecturas que se refieran a cualquier otro problema de salud reproductiva desde diferentes ángulos.



40 mins

Actividad 2: Recomendaciones

Explique los objetivos de esta sesión. A continuación pida a los/las participantes que se reúnan en los cuatro grupos. Cada grupo tiene dos tareas.

En la primera examinan el informe o artículo que han leído e identifican cómo se ha encarado la problemática de género en la recolección, el análisis, la interpretación y presentación de la información.

En la segunda tarea cada grupo consolida sus respuestas sobre los hallazgos principales del artículo o informe y enuncia recomendaciones para la acción que deben llevar a cabo los planificadores de los servicios de salud para mejorar la salud materna.

Distribuya la guía "Instrucciones para el trabajo en grupo sobre salud materna".

Los grupos tendrán aproximadamente treinta minutos para completar sus tareas y reintegrarse al grupo general. Enfatice que los grupos deben enunciar recomendaciones para las intervenciones. Deben basar sus recomendaciones en lo que han leído, pero no sólo reproducir las recomendaciones de los autores.



Actividad 3: Devolución y conclusiones



Paso 1: Devoluciones Convoque a los subgrupos a reunirse nuevamente en plenario y asigne a cada uno diez minutos para presentar su informe. Aliente a los oyentes a cuestionar la justificación de las recomendaciones. Otorgue cinco minutos por grupo para preguntas y respuestas.

Paso 2: Redactando conclusiones A medida que los grupos hacen sus presentaciones, escriba las conclusiones principales que emerjan de sus informes en una tabla en un papelógrafo. La siguiente tabla es una ilustración.

Ejemplo de conclusiones a partir de lecturas sobre salud materna

Artículo o informe	Disciplina	Fuente de los datos	Hallazgos	¿Se trata la cuestión de género?	Recomendaciones
Atención prenatal y salud materna	Epidemiología	Estudios publicados y no publicados	La efectividad de la atención prenatal en la prevención de la mortalidad materna es cuestionable, especialmente en los países en desarrollo	No	Necesidad de mayor investigación, epidemiológica y operacional, que identifique intervenciones de reconocida eficacia
Muertes maternas en Bloemfontein	Medicina	Informes de casos de 91 muertes maternas en un hospital de tercer nivel	La tasa de mortalidad materna para la institución era 171 por 100.000 nacidos vivos. El 71% de las muertes eran por causas obstétricas directas. El 35% de las muertes podrían haber sido evitadas	No	Mejorar el cuidado obstétrico e instituir un sistema de referencia y contrarreferencia temprana en los hospitales que derivan los casos de complicaciones
Maternidad segura	Ciencias sociales	Informes y estudios publicados y no publicados	El empoderamiento de las mujeres es un factor importante para llevar adelante una maternidad segura	Sí, en el análisis, interpretación y presentación de la información revisada	El empoderamiento de las mujeres y la expansión de sus opciones deben ser un elemento central de las intervenciones en maternidad segura
Provisión de servicios maternos y neonatales	Ciencias sociales	Conversaciones con mujeres que habían dado a luz en servicios de salud	Las mujeres reportaron experiencias negativas con los servicios de salud materna/neonatal	Sí, al contextualizar las preguntas de investigación y en la interpretación de los resultados	Desarrollar intervenciones y hacer cambios para satisfacer las necesidades de las mujeres



Paso 3:
Discutiendo una perspectiva de género en la investigación

Señale que la inclusión de las mujeres como sujetos de estudio (para una condición de salud que afecta sólo a las mujeres) no contribuye en sí misma a una perspectiva de género en la investigación. Una perspectiva de género exige la consideración sistemática de cuestiones de género relevantes al formular las preguntas de investigación, en la recolección de datos y en el análisis e interpretación de la información.

¿Existen formas en que los estudios sobre atención prenatal y el estudio de la mortalidad materna con base en el hospital podrían haber tratado cuestiones de género importantes? A veces, el diseño del estudio y la muestra hacen que esto resulte difícil. Por ejemplo, si el estudio de la mortalidad materna estuviera basado en los registros hospitalarios, a menos que estos registros fueran rediseñados para incluir información de género, no sería posible realizar un análisis de género.



Paso 4:
Suscitando intervenciones apropiadas

Aliente al grupo a proponer un paquete de intervenciones que concilien evidencias de estas diversas fuentes. Solicite a los/las participantes que sintetizen los principales aprendizajes de esta sesión. Agregue a esa síntesis lo que considere necesario.

Puntos principales para cerrar la sesión

Los diferentes métodos de investigación influyen sobre las recomendaciones

Diferentes métodos de investigación nos permiten alcanzar diferentes conclusiones acerca de qué se necesita para encarar un problema particular. Esto lleva a diferentes intervenciones para las recomendaciones.

Diferentes disciplinas plantean diferentes preguntas

La investigación en salud incluye una variedad de disciplinas, entre ellas la demografía, las ciencias sociales y la epidemiología. La naturaleza de las preguntas es determinada por la disciplina del investigador.

Use información cualitativa y cuantitativa

A menudo es útil incluir información tanto cualitativa como cuantitativa al tratar un problema de salud.

Un paquete de intervenciones

Para diseñar un paquete de intervenciones que traten la amplia variedad de cuestiones que contribuyen a un problema de salud, a menudo es necesario conciliar información de diferentes fuentes y disciplinas.

Sea cuidadoso/a respecto de las generalizaciones

No toda la información publicada puede generalizarse a todas las situaciones.

Cómo tratar la ausencia de una perspectiva de género

A menudo existe evidencia muy limitada sobre las dimensiones de género de un problema de salud. Esto usualmente lleva a la omisión de cuestiones de género en las intervenciones. Sería útil adoptar un doble enfoque: recomendar más investigación sobre cuestiones de género por un lado, y asegurar que las intervenciones consideren explícitamente su impacto sobre varones y mujeres por separado, por el otro.

Las intervenciones en salud no son informadas sólo por la mera evidencia

La evidencia disponible no es el único factor que se debe considerar al tomar decisiones acerca de las intervenciones en salud. Los intereses prácticos y políticos y las cuestiones de viabilidad también desempeñan un rol importante. (El Módulo de Políticas y el Módulo de Sistemas de Salud tratarán algunos de estos factores.) Estar familiarizados/as con la evidencia relevante nos ayudará a evaluar la idoneidad de las intervenciones que se están implementando y nos ofrece perspectivas para proponer cambios.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía

1 Instrucciones para el trabajo en grupo sobre salud materna

Todos/as ustedes han leído un artículo o un informe publicado sobre salud materna. Usted y su grupo tienen dos tareas:

La primera es identificar cómo las cuestiones de género han sido tratadas en la recolección, el análisis, la interpretación y presentación de la información. Plántese las siguientes preguntas: ¿incluye la información sobre las características de las mujeres datos sobre su status, de modo tal que pueda desarrollarse un análisis que relacione status y características del parto? ¿Es la información recolectada, analizada, interpretada y presentada en una forma que proporciona hipótesis sobre el impacto de la división del trabajo basada en el género, los roles y normas de género, el acceso a y control de los recursos y el poder, respecto del problema de salud en consideración?

La segunda tarea es consolidar los principales hallazgos del artículo o informe y proponer recomendaciones para la acción que deben realizar los planificadores de los servicios de salud para mejorar la salud materna. Tome en cuenta la información contenida en el informe, como los datos primarios sobre los cuales debe basar sus decisiones al planificar acciones.

Prepare una presentación de diez minutos basada en su interpretación del artículo o informe, centrándose en las siguientes preguntas:

- ¿Qué disciplina(s) representan las preguntas planteadas en el artículo/informe?
- ¿Qué fuente(s) de datos usa el artículo/informe?
- ¿Cuáles son los principales hallazgos?
- ¿Trata la cuestión de género? En caso afirmativo, ¿en qué formas?
- Sobre la base de lo anterior, ¿qué recomendaciones harían ustedes como grupo respecto de las intervenciones para mejorar la salud materna?

Prepare una filmina presentando sus hallazgos en forma de tabla, del siguiente modo:

Artículo o informe	Disciplina	Fuente de los datos	Hallazgos	¿Se aborda la cuestión de género?	Recomendaciones

SESIÓN

5

Evidencia para las políticas y los programas: seleccionando tecnologías apropiadas para la regulación de la fecundidad

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión

Los/las participantes:

- desarrollarán habilidades que ayuden a identificar la información necesaria para la selección de tecnologías de regulación de la fecundidad apropiadas para cada contexto
- podrán integrar consideraciones de género y derechos al hacer esa selección.

2 horas y 45 minutos



Materiales

- Guía 1: “Instrucciones para el trabajo en grupo para hacer recomendaciones sobre políticas”
- Guía 2: “Sudáfrica”
- Guía 3: “Nepal”
- Guía 4: Especificaciones de métodos de regulación de la fecundidad existentes (deben ser preparadas por el/la facilitador/a). Una fuente posible para esto es www.rho.org
- filmina: “La interfase usuario-a/tecnología/servicio”, en pág. 263
- filmina: “Algunos ejemplos de factores de demanda”, en pág. 264
- filmina: “Algunos ejemplos de factores de oferta”, en pág. 264
- filmina: “Síntesis de lo que sabemos acerca de las perspectivas de los/as usuarios/as sobre las tecnologías de regulación de la fecundidad”, en pág. 265

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Cottingham J. Beyond acceptability: users’ perspectives on contraception. En: Ravindran TKS; Berer M. y Cottingham J., eds. *Beyond acceptability: users’ perspectives on contraception*. Londres, Reproductive Health Matters, 1997:1-4.
2. Snow R. C. Each to her own. En: Sen G. y Snow R. C., eds. *Power and decision: social control of reproduction*. Boston, Harvard School of Public Health, 1994.
3. World Health Organization. *Contraceptive introduction reconsidered: a review and framework*. Ginebra, WHO, 1994.

Lectura para los/las participantes

Lectura 3.

Cómo conducir la sesión

Hay tres actividades. La primera es su clase de apertura, que provee un encuadre para seleccionar tecnologías apropiadas de regulación de la fecundidad. Los/las participantes se distribuyen luego en pequeños grupos para hacer una revisión de documentos con datos nacionales de dos países y preparar recomendaciones para las tecnologías que se deben seleccionar para estos contextos. Los grupos presentan sus informes y la sesión cierra con una discusión.



45 mins

Actividad 1: La información proporcionada por usted



10 mins

Paso 1: Compartir experiencias personales

Pida a los/las voluntarios/as que compartan sus experiencias personales de regulación de la fecundidad. ¿Cuáles fueron los factores que influyeron sobre su elección de un método anticonceptivo?

Las respuestas generalmente incluyen los siguientes factores:

- posponer la crianza de hijos o no desear tener más hijos
- la efectividad del método
- los efectos colaterales del método
- si el método interfiere con la actividad sexual
- si el método es fácil de usar
- la necesidad de conservar el secreto
- el acceso a los servicios de salud
- si el método depende del/de la proveedor/ra
- la variedad de métodos que se obtienen con facilidad en el sistema público de salud
- la disponibilidad del aborto, en el caso de que el método falle.

Agrupe los factores en tres categorías principales: aquellos que están relacionados con las características del/de la usuario/a, aquellos que están relacionados con las características de la tecnología, y aquellos que están relacionados con los servicios de salud.



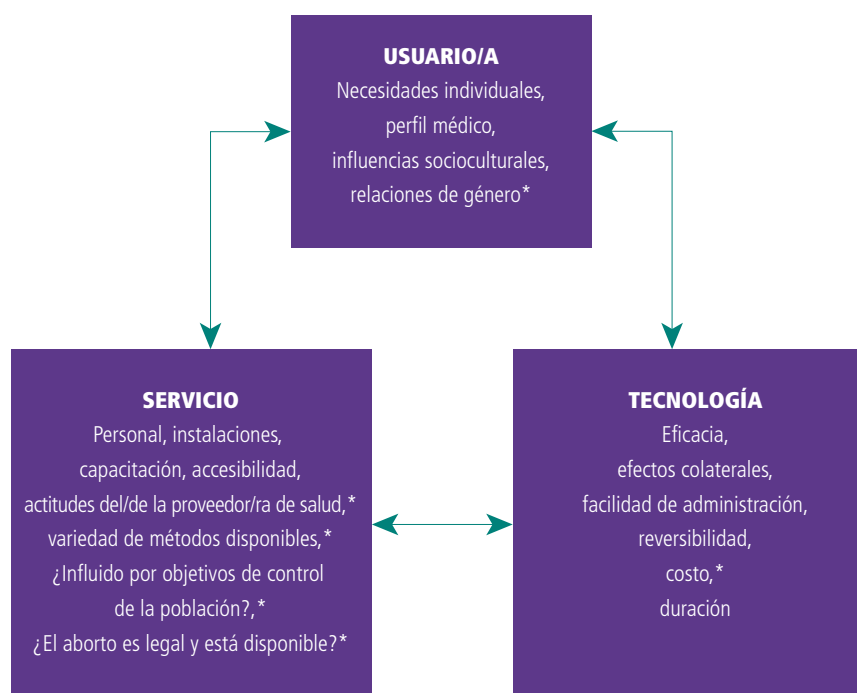
10 mins

Paso 2: Encuadre para la selección de tecnologías apropiadas de regulación de la fecundidad

Muestre en forma de **filmina** este marco para la selección de tecnologías apropiadas de regulación de fecundidad. Repase los factores relacionados con cada dimensión de la interfase que deben considerarse al seleccionar tecnologías de regulación de la fecundidad que sean apropiadas para un contexto dado.



La interfase usuario-a/tecnología/servicio



* No era parte del marco original

Fuente: Spicelhandler J. *Contraceptive introduction reconsidered: a review and framework*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994.

Subraye en particular los factores relacionados con la prestación de servicios, porque a menudo no aparecen en la discusión inicial sobre los factores que determinan las elecciones de tecnologías de los individuos. Aparte de las consideraciones relacionadas con la capacidad del sistema de salud en relación con la infraestructura y la existencia de personal capacitado para administrar las tecnologías sin comprometer la calidad, hay una cantidad de otros factores que deben considerarse.

Por ejemplo, los países que han tenido programas de control de población guiados por objetivos demográficos, han orientado los servicios para proveer métodos que son más efectivos en la reducción de la fecundidad, pero a menudo no permiten un margen de acción para que los individuos seleccionen el método de su preferencia y apropiado de acuerdo con sus objetivos reproductivos. (Remítase a la Sesión 4 en el Módulo de Derechos que analiza la violación de derechos que esto representa.) Las actitudes del/de la proveedor/ra de salud en muchos de esos contextos han sido moldeadas por directivas de políticas para maximizar el número de personas que aceptan la anticoncepción y no por consideraciones relativas a la calidad.

La disponibilidad o no de abortos legales en los servicios de salud pública es otro factor que influiría en si los métodos de barrera –que no son los más efectivos para prevenir el embarazo– son o no una buena opción. Las desventajas de éstos deben ser sopesadas contra sus ventajas para prevenir ITS/VIH.

De todos modos, el alcance de las ITS, incluso el VIH, debe ser seriamente considerado al seleccionar tecnologías anticonceptivas óptimas para un contexto dado. Los métodos de barrera como el condón son el único medio de prevención y su inclusión debe garantizarse en cualquier contexto en el que esas infecciones constituyan una seria amenaza.

En países en los que la planificación familiar se ha integrado con el programa de salud materna e infantil, los varones han sido excluidos de la prestación de servicios, al igual que las adolescentes mujeres, y, en muchas instancias, las mujeres que no están actualmente casadas.

Llame la atención de los/las participantes sobre las formas en las que los derechos y el grado de autonomía de las mujeres impactan en sus opciones anticonceptivas, y la necesidad de tomarlas en cuenta en cualquier proceso de planificación de programas de regulación de la fecundidad. Algunos ejemplos, como la necesidad de conservar el secreto, han sido subrayados en el Paso 1.



15 mins



Paso 3:
Factores de la oferta y demanda que influyen en el comportamiento anticonceptivo

Los factores que influyen en el comportamiento anticonceptivo en diferentes contextos también son clasificados de acuerdo con los factores de demanda y oferta. Muestre **filminas** de estos dos cuadros.

Algunos ejemplos de factores de demanda

- perfil de edad de la población y normas prevalecientes para la edad al momento del matrimonio, el primer nacimiento y el intervalo entre nacimientos
- demanda de métodos para demorar, espaciar o finalizar el embarazo entre diferentes grupos de edades
- tasas de aborto (si están disponibles) y distribución de abortos por edad
- condiciones de salud regionales, incluyendo anemia e hipertensión, y particularmente la incidencia específica por edad (prevalencia) de ITS y VIH, y la necesidad de conciliar la regulación de la fecundidad con la prevención de enfermedades
- relaciones de género, por ejemplo: ¿requieren los roles de toma de decisión en el hogar que las mujeres usen anticonceptivos en secreto? ¿Imposibilitan los roles sexuales el uso de métodos de barrera en el matrimonio? ¿Es la esterilización masculina socialmente factible?
- preferencias de los usuarios/as locales (y usuarios/as potenciales) por diferentes atributos anticonceptivos: alcance y duración de la efectividad, no reversibilidad, resistencia a métodos químicos o mecánicos, y si el uso está asociado con cada acto sexual (como sucede en el caso de los métodos de barrera)
- tolerancia a molestias relacionadas con el sangrado
- aceptación social del aborto.

Algunos ejemplos de factores de oferta

- opciones de distribución prevalecientes
- naturaleza y calidad de las opciones de distribución
- competencias del/de la proveedor/a
- posibilidad de seguimiento
- costos iniciales y recurrentes
- disponibilidad y calidad de los servicios de aborto.





Paso 4: **Perspectivas de los/las usuarios/as**

Filmina ¿Qué sabemos de las perspectivas de los/las usuarios/as sobre las tecnologías de regulación de la fecundidad?

Está claro que se requiere una combinación de métodos que dé respuesta a las variadas necesidades de diferentes grupos de la población y también del mismo individuo en diferentes estadios de su período reproductivo.



Síntesis de lo que sabemos acerca de las perspectivas de los/las usuarios/as sobre las tecnologías de regulación de la fecundidad

Los/las usuarios/as de anticonceptivos carecen de información completa sobre métodos y servicios.

Las necesidades y preferencias de mujeres y varones cambian a lo largo del tiempo y varían según la etapa en el ciclo de vida.

Los/las usuarios/as prefieren los métodos seguros y efectivos; los efectos colaterales y la falla de un método son las principales razones por las cuales las mujeres discontinúan y no usan métodos anticonceptivos.

Las perspectivas y preferencias individuales varían ampliamente y no admiten la posibilidad de generalización.

Existe una variedad limitada de métodos disponibles en muchos países en desarrollo.

Se carece de información acerca de: las perspectivas de varones, adolescentes, mujeres que han tenido un aborto, mujeres que han tenido abortos reiterados, mujeres en el período posparto.

Fuente: Cottingham J. Beyond acceptability: users' perspectives on contraception. En: Ravindran TKS; Berer M. y Cottingham J., eds. *Beyond acceptability: users' perspectives on contraception*. Londres, Reproductive Health Matters, 1997:1-5.



Actividad 2: **Eligiendo tecnologías apropiadas de regulación de la fecundidad**

Divida a los/las participantes en cuatro grupos. Dos grupos revisarán evidencia de un país determinado para hacer una evaluación de las tecnologías de regulación de la fecundidad más apropiadas para ese contexto. Tendrán que presentar la evidencia para hacer sus elecciones, e identificar qué otra evidencia necesitarían para asegurar que estas elecciones:

- son factibles y realistas
- toman en cuenta las perspectivas y los derechos de los/las usuarios/as
- contribuyen a la equidad de género o, al menos, no van en contra de ésta.

Los ejemplos proporcionados pertenecen a Sudáfrica y Nepal (Guías 2 y 3). La Guía 1 establece las instrucciones para el trabajo en grupo y la presentación de informes. Usted habrá preparado la Guía 4, en la que se indican las características de diferentes métodos de regulación de la fecundidad, para ayudar a los/las participantes a tomar sus decisiones acerca de los métodos más apropiados para los escenarios nacionales.

Los/las participantes tienen aproximadamente una hora para leer las guías, decidir qué métodos de regulación de la fecundidad recomendarían, identificar la evidencia adicional necesaria y preparar una presentación de cinco minutos.



Actividad 3: Los grupos presentan sus informes sobre las tecnologías elegidas



Paso 1: Presentaciones de los grupos

Cada grupo tiene diez minutos para hacer su presentación y para la discusión. A medida que cada grupo presenta su informe, tome nota de las justificaciones que da para su elección de las tecnologías y la evidencia que menciona.

Indague

Los grupos a menudo mencionan, por ejemplo, los condones masculinos como un método elegido. Justifican esto diciendo que es el método más apropiado para la prevención de ITS/VIH y que es un método masculino. Estimúlelos a pensar acerca del tipo de evidencia que necesitarían para decidir que la promoción de los condones es factible. ¿Han considerado los niveles actuales de uso de condones? Qué otra información necesitarían (costos, existencia de distribución a nivel comunitario u otros programas de marketing social, actitudes de los varones frente al uso de condones, perspectivas de las mujeres sobre el uso de los condones, etc.).

Podría haber grupos de población cuyas necesidades no hayan sido tratadas, por ejemplo las mujeres adolescentes. ¿Sugerirían introducir un nuevo método? En caso afirmativo, ¿cuál? ¿Qué información adicional buscarán para cerciorarse de que esto sería apropiado?



Paso 2: Discusión grupal

Luego de que los cuatro grupos hayan efectuado sus presentaciones, prosiga con una discusión general sobre los tipos de evidencia necesarios respecto de los usuarios, servicios y tecnología a fin de poder elegir métodos apropiados de regulación de la fecundidad. Remítase al encuadre sobre la interfase, e inicie una lista de indicadores/información para cada dimensión.

Ejemplos del tipo de información necesaria acerca del perfil y las preferencias de los usuarios:

- prevalencia anticonceptiva por métodos disponibles
- proporción de mujeres con una necesidad de anticoncepción insatisfecha
- proporción de usuarios de condones masculinos y esterilización masculina entre los usuarios
- distribución de mujeres con una necesidad insatisfecha por razones para no usar anticoncepción
- tasa de fecundidad específica por edad en el grupo de 15 a 19 años de edad
- tasas de incidencia de VIH (varones y mujeres)
- tasas de prevalencia de ITS

- estudios de la perspectiva de los/las usuarios/as, que indiquen preferencias de métodos, percepciones acerca de la calidad de los servicios y barreras al uso
- indicadores de diferenciales de género en el acceso a la educación, el empleo y el poder.

Ejemplos de información acerca de los servicios

- política de población del país
- si los servicios de planificación familiar son auspiciados por el Estado; si se los proporciona solos, integrados con los servicios de salud materna e infantil, o integrados con el cuidado primario de la salud
- variedad de métodos disponibles y costo de éstos
- status legal del aborto
- información sobre los servicios de salud, como gasto público per cápita en salud, porcentaje de población con acceso a los servicios de atención primaria de la salud y razón médico-población
- indicadores del acceso de las mujeres a la atención de la salud, como la proporción de partos institucionales y proporción de mujeres embarazadas que usan servicios prenatales
- estudios de calidad de la atención en los servicios de planificación familiar y en los servicios de salud en general.

Ejemplos de información acerca de las tecnologías

- efectos colaterales y contraindicaciones
- disponibilidad
- costo
- facilidad de administración
- potencial para el abuso
- consideraciones comunes y reclamos que los/las usuarios/as tienen acerca del método.

Puntos principales para cerrar la sesión

Haciendo coincidir las tecnologías con las necesidades locales y la capacidad de los servicios

Hacer coincidir las tecnologías con las necesidades locales de los/las usuarios/as y la capacidad de los servicios debe ser un paso lógico. En muchos aspectos de la atención de la salud, éste es el caso. Pero, desafortunadamente, en muchos contextos la selección de la combinación "óptima" de tecnologías para la regulación de la fecundidad no ha tenido en cuenta esas consideraciones.

Haciendo una buena combinación

Las necesidades personales de tecnología de regulación de la fecundidad varían considerablemente, y las tecnologías existentes ofrecen un rango de diferentes características. Por lo tanto, enfatizamos un balance o combinación apropiada de métodos de regulación de la fecundidad.

Defendiendo la igualdad de género y derechos

La selección de tecnologías apropiadas de regulación de la fecundidad puede hacerse en una forma que defienda la equidad de género y

derechos, e incluya la calidad de atención (como uno de estos derechos). Esto requiere prestar atención a la naturaleza del contexto de los servicios, el perfil y las preferencias de los/las usuarios/as, y las características de las tecnologías en consideración.

Provisión de servicios de planificación familiar

La selección de una combinación apropiada de tecnologías de regulación de la fecundidad es una condición necesaria pero no suficiente para asegurar que éstas estén disponibles para los/las usuarios/as en una forma que tenga en cuenta la igualdad de género y los derechos. Esto último requiere cambios fundamentales en la provisión de los servicios de planificación familiar –de una perspectiva de control de población a una de derechos (como se detalla en la Sesión 4 del Módulo de Derechos)–.

La evidencia que necesitamos está disponible

Gran parte de la evidencia necesaria para hacer una selección apropiada de las tecnologías de regulación de la fecundidad ya existe, y debe ser identificada y aplicada de manera adecuada.

Sesión desarrollada por Rachel Snow, TK Sundari Ravindran y Khin San Tint



Guía

1 Instrucciones para el trabajo en grupo para hacer recomendaciones de políticas

La información que usted recibirá

Recibirá un ejemplo de un caso con datos de salud y población para un país existente (Guía 2 o 3). Recibirá también la Guía 4 con información actual sobre las características de diferentes métodos de regulación de la fecundidad.

Haga una recomendación de política respecto de las tecnologías de regulación de la fecundidad

Utilice el marco presentado previamente en esta sesión (usuarios/as, servicios, tecnologías) y la información provista en las guías, para revisar la evidencia y hacer una recomendación al ministerio acerca de las tres tecnologías más apropiadas de regulación de la fecundidad para el programa nacional. Tiene una hora para preparar esto. Por supuesto, sería deseable que la mayoría de los programas ofrecieran una variedad más amplia de métodos. Sin embargo, los programas nacionales y de otro tipo (ONGs) generalmente establecen prioridades para métodos seleccionados. Le solicitamos que usted haga lo mismo. Priorice las tres tecnologías que cree que proveerían las opciones más seguras, más aceptables y más beneficiosas para este programa nacional.

Justifique sus opciones

Refiérase explícitamente a los siguientes puntos en la presentación de su síntesis.

Cómo explica o justifica su selección, respecto de la información disponible sobre:

- las perspectivas y los derechos de los/las usuarios/as
- las necesidades y riesgos de salud subyacentes
- la calidad de los servicios existentes –¿puede el método ser provisto asegurando la calidad?–
- los derechos y el empoderamiento de las mujeres –¿contribuirá el método a la justicia de género, o al menos no irá en contra de ella?–.

Prepare una presentación de seis a ocho minutos. Presente sus hallazgos en una tabla como la siguiente:

Tecnología de regulación de la fecundidad evaluada como apropiada (3 opciones preferidas)	Evidencia clave sobre la cual se ha basado la selección	Evidencia adicional (indicadores, tipos de información) que hubiera sido de gran utilidad para la toma de decisiones
1.		
2.		
3.		



Guía

2 Sudáfrica

En 1999 la población de Sudáfrica era de aproximadamente 40 millones de habitantes. La tasa de crecimiento de la población era 1,8%. La expectativa de vida al nacer en Sudáfrica es ahora de 47,3 años para los varones y 49,7 años para las mujeres. [1] Esta baja expectativa de vida es una consecuencia directa de la epidemia de VIH/SIDA; se estima que, a fines de la década de 1990, más de 1,3 millones de personas estaban infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las encuestas muestran que la infección del VIH es más común entre las mujeres que entre los varones, y que las jóvenes entre las edades de 15 y 24 años están afectadas en forma desproporcionada. [2]

Según la Encuesta de Demografía y Salud (EDS) de 1998, la tasa de fecundidad total en Sudáfrica fue 2,9 para el período 1995-1998. Los diferenciales en las tasas de fecundidad son amplios, con una tasa de fecundidad total entre mujeres no urbanas (3,9) de casi el doble que entre las mujeres urbanas (2,3). Más aún, la tasa de fecundidad total es 3,1 entre los africanos, 2,5 entre los mestizos y 1,9 entre los blancos. Las tasas de fecundidad son también más altas en las provincias del Cabo Norte, Cabo Este y KwaZulu-Natal, y más bajas en las provincias del Estado Libre, Gauteng y el Cabo Oeste. [3]

La EDS no proporciona información sobre las tasas de fecundidad por grupo de edad. Sin embargo, un estudio reciente sostiene que los niveles de maternidad adolescente son altos: más del 30% de las jóvenes de diecinueve años han dado a luz por lo menos una vez. [4]

El 75% de las mujeres incluidas en la EDS de 1998 nunca había usado un método anticonceptivo, y el 50% estaba usando un método. De las mujeres que estaban casadas o viviendo con un hombre, el 56,3% eran usuarias de anticoncepción. Entre las mujeres sexualmente activas durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta, el 62,4% eran usuarias de anticoncepción en ese momento. [3]

Uso actual de anticonceptivos por métodos, Sudáfrica [3]

Porcentaje de todas las mujeres, mujeres actualmente casadas y mujeres sexualmente activas que están usando métodos anticonceptivos, Sudáfrica 1998 (edad 15-49 años)

Método anticonceptivo	Porcentaje que está usando actualmente, entre		
	Todas las mujeres (15-49 años)	Mujeres actualmente casadas o que viven con un hombre (15-49 años)	Mujeres sexualmente activas (15-49 años)
Cualquier método	50,1	56,3	62,1
Cualquier método moderno	49,3	55,1	61,2
Píldora	9,3	10,6	13,2
DIU	1,2	1,8	1,9
Inyección	27,3	23,2	30,1
Diafragma/espuma/gel	0,0	0,0	0,0
Condón	1,9	1,7	2,3

continúa

Método anticonceptivo	Porcentaje que está usando actualmente, entre		
	Todas las mujeres (15-49 años)	Mujeres actualmente casadas o que viven con un hombre (15-49 años)	Mujeres sexualmente activas (15-49 años)
Esterilización femenina	8,7	15,8	12,0
Esterilización masculina	0,9	2,1	1,7
Cualquier método tradicional	0,6	0,9	0,7
Número de mujeres	11.735	5.077	6.062

Un estudio reciente (1992-1997) en el subdistrito Agincourt de Bushbuckridge, una región rural de la Provincia Norte, adyacente a la frontera entre Sudáfrica y Mozambique, reveló que la proporción de mujeres que usaban anticonceptivos antes de dar a luz era relativamente baja entre las adolescentes y mujeres jóvenes (4% en las edades de 12 a 16 y 10% en las edades 17 a 21), y era algo más alta entre las mujeres mayores (20% en las edades 22 a 29 y 18% en las edades 30 a 49). Sin embargo, este patrón se revierte en los grupos de edades más jóvenes luego de la maternidad, con el 39% de ambos grupos (12 a 16 y 17 a 21) que comienza a usar anticonceptivos. [5]

Los autores argumentan que la política de planificación familiar de Sudáfrica, dirigida a mujeres casadas y mujeres que han estado embarazadas por lo menos una vez, falla en el tratamiento de las necesidades anticonceptivas de las mujeres jóvenes, especialmente adolescentes, antes de su primer embarazo. Un mejor acceso a la anticoncepción requerirá, en primer lugar, reconocer las necesidades especiales de las mujeres adolescentes, incluyendo las habilidades necesarias para negociar con sus parejas varones. En segundo lugar, requerirá proporcionarles información apropiada sobre salud reproductiva, incluyendo la anticoncepción. También requerirá una variedad apropiada de ofertas y servicios anticonceptivos y capacitación del personal de las clínicas. [5]

Los servicios de anticoncepción en Sudáfrica están disponibles por medio de la red primaria de atención de la salud. El aborto es legal, si bien los servicios aún no están ampliamente disponibles en áreas rurales debido a limitaciones de infraestructura y al número limitado de personal capacitado. Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado en 1992-1993, las mujeres que recibieron servicios tanto en el sector público como en el privado tuvieron largos períodos de espera, recibieron limitada información y pocas opciones de métodos; a veces la competencia técnica era inadecuada y no se les preguntó qué necesitaban o cómo se sentían. Las mujeres sugirieron, además de la implementación de mejoras en esos aspectos, mejorar la educación sobre salud, anticoncepción y sexualidad en las escuelas y comunidades, y realizar cambios específicos en la capacitación de los/las trabajadores/as de la salud. [6]

El gasto total en salud como un porcentaje del producto bruto interno del país (PBI) es del 7,1%. El gasto público en salud constituye el 46,5% del gasto total en salud. El gasto público per cápita en salud era de 184 dólares internacionales (internacionalmente comparable, no dependiente de las tasas de cambio locales) en 1999. [1]

El gobierno de Sudáfrica ha mostrado su compromiso con el mejoramiento de los servicios de salud incluyendo el derecho a la salud en la nueva Constitución, e identifica la salud reproductiva como una prioridad. Sin

embargo, tiene que enfrentar los problemas planteados por el legado de salud pública del *apartheid*, que presenta amplias variaciones en la distribución, cobertura y calidad de los servicios de salud en las provincias y áreas urbanas y no urbanas.

Referencias

1. World Health Organization. *World health report 2000*. Ginebra, WHO, 2000.
2. http://www.pathfind.org/worldwide/safrica_2htm (Fecha de acceso: octubre de 2000).
3. South Africa Department of Health. *South Africa demographic and health survey 1998*. Preliminary report. Pretoria and Calverton, Medical Research Council and Department of Health, and Macro International Inc., 1999.
4. Kaufman C. E.; de Wet T. y Stadler J. *Adolescent pregnancy and parenthood in South Africa*. Policy Research Division Working Paper No. 136. Nueva York, The Population Council, 2000.
5. Garenne M.; Tollman S. y Kahn K. Premarital fertility in rural South Africa: a challenge to existing population policy. *Studies in Family Planning*, 2000, **31(1)**:47-54.
6. Gready M. et al. South African women's experiences of contraception and contraceptive services. En: Ravindran TKS; Berer M. y Cottingham J., eds. *Beyond acceptability: users' perspectives on contraception*, Londres, Reproductive Health Matters, 1997.



Guía

3

Nepal

Nepal tenía una población de aproximadamente 23,4 millones de habitantes en 1999, con una tasa de crecimiento de población anual de 2,5%. La expectativa de vida al momento del nacimiento era de 57,3 años para los varones y 57,8 años para las mujeres. [1] La tasa de mortalidad para menores de cinco años para el país es alta: 139,2 por 1.000 nacidos vivos en 1996. La tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos se estimó en 539 (1996). La tasa de alfabetización femenina en 1996 era del 37,8% comparada con el 67,9% para los varones. Mientras que la tasa de participación femenina en el trabajo era del 40,4% (1991), las mujeres constituían sólo el 15,4% del total de trabajadores en el sector organizado. Menos del 5% de las bancas parlamentarias, y sólo el 2% de los cargos ministeriales, pertenecían a mujeres en 1997. [2]

De acuerdo con la Encuesta de Salud Familiar de Nepal de 1996, la tasa de fecundidad total de ese país era del 4,6. [3] La tasa de fecundidad adolescente es alta. Los datos de la encuesta mencionada muestran que más de la mitad de las mujeres de diecinueve años ha dado a luz por lo menos una vez o estaban embarazadas en ese momento. Sin embargo, la mayoría de éstos no son embarazos prematrimoniales, dado que el 43% de las mujeres en el grupo de edad de 15 a 19 años están casadas.

Los datos disponibles sobre VIH indican que la epidemia está aún en una fase temprana, pero el número acumulativo de casos autoreportados de VIH y SIDA ha aumentado de 467 en 1996 a 1.778 en noviembre de 2000. [4] Mientras que las tasas de infección con VIH permanecen bajas en la población en general, estudios recientes entre trabajadoras sexuales y usuarios/as de drogas intravenosas indican que Nepal ha alcanzado el estadio de una epidemia concentrada, en la cual la prevalencia de VIH/SIDA excede el 5% en uno o más subgrupos. Las tasas de infección en mujeres trabajadoras sexuales resaltan su vulnerabilidad, con evidencia de que la epidemia se ha desarrollado más en Katmandú que en cualquier otro lugar. Las tasas recientes entre trabajadoras sexuales en Pokhara eran del 1%, [4] pero la prevalencia ha alcanzado el 17% entre las trabajadoras sexuales en Katmandú. [4] El riesgo aparece como particularmente alto entre las trabajadoras sexuales que retornan luego de haber trabajado fuera de Nepal, especialmente en India.

Mientras que los datos de vigilancia del VIH en usuarios/as de drogas intravenosas mostraron tasas de infección persistentemente bajas (1,6%) a principios de la década de 1990 (1991-1993), datos de 1999 indican que la prevalencia ha alcanzado el 40,4% entre varones usuarios de drogas intravenosas. [4]

Sobre la cuestión de las ITS en Nepal, datos del año 1999 de usuarios/as de servicios de planificación familiar muestran una prevalencia de 6% de tricomonas vaginales, 1,7% de chlamydia, 1,7% de gonorrea y 1% de sífilis activa. Tal como se esperaba, las tasas son más altas entre usuarios que reportan síntomas en los servicios de atención de ITS. Entre pacientes varones que asistieron a servicios de dermatología y/o infectología en 1997, la prevalencia de chlamydia fue 5,5%, gonorrea 13,6% y sífilis activa 9,5%. Entre pacientes mujeres sintomáticas, la prevalencia de tricomonas vaginales fue 9,3%, chlamydia 5,2%, gonorrea 1,9% y sífilis activa 7,9%. [4]

Uso actual de anticoncepción por método, Nepal 1996 [3]

Método anticonceptivo	Proporción de métodos modernos utilizados por tipo de método
Cualquier método moderno	100,0
Píldora	5,4
DIU	1,2
Inyección	17,3
Condón	7,3
Implantes	1,5
Esterilización femenina	46,5
Esterilización masculina	20,8

Los servicios de anticoncepción están disponibles por medio de efectores públicos de salud como parte del programa de planificación familiar del gobierno, que tiene una política de población comprometida con la reducción de la fecundidad. El aborto es ilegal y un delito penal.

El país tiene una red poco desarrollada de efectores de salud modernos, incluyendo las instalaciones públicas de salud. El gasto total en salud constituye sólo el 3,7% del producto bruto interno (PBI), y el gasto público como parte del gasto total en salud es sólo del 26%, lo cual indica que los servicios de salud son pagados por la población de su bolsillo. El gasto en salud pública per cápita en dólares internacionales es de 11 dólares. [1] Apenas poco más de un cuarto (27,6%) de las mujeres embarazadas están cubiertas por servicios prenatales y sólo el 7,6% de los partos son institucionales. [3]

Referencias

1. World Health Organization. *World health report 2000*. Ginebra, WHO, 2000.
2. World Health Organization. *Women of South-East Asia. A health profile*. Nueva Delhi, WHO South-East Asia Regional Office, 2000.
3. Pradhan A. *et al. Nepal family health survey 1996*. Kathmandu and Calverton, Ministry of Health, New ERA and Macro International Inc., 1997.
4. University of Heidelberg/National Centre for AIDS and STD-HIV Control Project. *Briefing report 2000*. Katmandú, Nepal. UoH/NCASC STD-HIV Control Project, 2000.

SESIÓN

6

Evidencia para el monitoreo: indicadores de salud reproductiva

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con el concepto de indicadores de salud y sus usos
- podrán establecer los indicadores más relevantes para contextos específicos
- tendrán las habilidades necesarias para usar y/o desarrollar indicadores que capten las dimensiones de género y derechos de una cuestión o problema de salud.



2 horas y 15 minutos

Materiales

- Guía 1: "Proyecto de salud reproductiva adolescente"
- Guía 2: "Proyecto de maternidad segura"
- Guía 3: "Mejorando la calidad de los servicios de planificación familiar"
- Guía 4: "Prevención y control de ITR/ETS"
- Guía 5: "La dimensión de género/derechos"
- filmina: "Áreas para la evaluación de impacto", en pág. 277
- 15 tiras de papel. Cada una contiene un indicador del cuadro: "Indicadores de salud reproductiva globales/nacionales", en pág. 278
- papelógrafo con la tabla indicada en pág. 279
- filmina: "Critizando y desarrollando indicadores sensibles al género y los derechos", en pág. 283

Lecturas para el/la facilitador/a

1. World Health Organization. *Indicators to monitor maternal health goals: report of a technical working group*, Geneva, 8-12 de noviembre 1993. Ginebra, WHO, 1997.
2. World Health Organization. *Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators*. Ginebra, WHO, 1997.
3. World Health Organization. *Selecting reproductive health indicators: a guide for district managers*. Ginebra, WHO, 1997.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 3.

Lecturas sugeridas en español

Matamala, M. *et al.* Indicadores cualitativos y cuantitativos en salud reproductiva de las mujeres desde la perspectiva de género. En: *Calidad de la atención. Género ¿Salud Reproductiva de las mujeres?* COMUSAMS-ACHNU, Santiago de Chile, 1995: 141-152.

Matamala, M. I. y Maynou Osorio P. Indicadores de calidad de la atención en salud de las mujeres, desde la perspectiva de género. En: *Salud de la mujer, calidad de la atención y género*. Santiago de Chile, Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, 1996: 96-103.

OPS. *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género*. Washington, 1996.

Cómo conducir la sesión

Hay tres actividades. La primera empieza con una breve presentación, para introducir el concepto de indicadores. La segunda es un ejercicio sobre definiciones de algunos indicadores de salud reproductiva comúnmente usados que se incluyen en la lista de indicadores globales de la OMS. La tercera actividad consiste en dos opciones para trabajar en pequeños grupos, seguida de una discusión grupal. La primera opción ayudará a los/las participantes a diseñar y aplicar indicadores de salud reproductiva con perspectiva de género para proyectos locales específicos bien definidos. La segunda opción es para participantes que estén familiarizados/as con los indicadores y su uso, y que se beneficiarían con un ejercicio más exigente de crítica y desarrollo de indicadores sensibles al género y los derechos.



30 mins

Actividad 1: Los indicadores y cómo usarlos



5 mins

Paso 1: ¿Qué son los indicadores?

Empiece con una serie de preguntas a los/las participantes, siguiendo estas líneas:

- ¿Puede decirme el nombre de una buena película que haya visto recientemente? ¿Por qué pensó que era buena?
- ¿Describiría el barrio X (el nombre de la parte de la ciudad o pueblo donde este curso está teniendo lugar) como de altos ingresos o de ingresos medios?
- ¿Qué signos lo/la llevarían a decir, al ver a una persona, que ésta no se ve muy bien?

Lo que los/las participantes hacen en cada una de las instancias mencionadas arriba es establecer indicadores para una buena película, un barrio de clase media o una persona de escasa salud. Así, los indicadores podrían definirse como evidencia usada para hacer una evaluación de una situación o evento complejo.



5 mins

Paso 2: ¿Qué es un indicador de salud?

Empiece por definir qué es un indicador de salud, y proporcione algunos ejemplos.

Un indicador de salud es usualmente una medida numérica que provee información acerca de una situación o evento complejo. Cuando quiere conocer una situación o evento y no puede estudiar cada uno de los numerosos factores que contribuyen a ésta, usa el indicador que mejor sintetice la situación. Por ejemplo, para entender el estado general de salud de la infancia en un país, los indicadores clave son las tasas de mortalidad infantil y la proporción de niños con bajo peso al nacer.



10 mins

Paso 3: Tasas y razones

Solicite a los/las participantes que le indiquen la diferencia entre tasa y razón, y explique estos conceptos en caso de ser necesario.

Tasa

Un indicador es una tasa o proporción cuando el numerador está incluido en la población definida por el denominador (Last J. M. *et al. A dictionary of epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 1995). Por ejemplo, la tasa de alfabetización en una población tiene personas alfabetizadas en el numerador y población total en el denominador.

Razón

Un indicador es una razón cuando es una expresión de la relación entre un numerador y un denominador, en la cual los dos son usualmente cantidades separadas y distintas (Last J. M. *et al, A dictionary of epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 1995). Por ejemplo, la razón de sexo de la población tiene como numerador la cantidad de varones en la población y en el denominador el número de mujeres en la población.



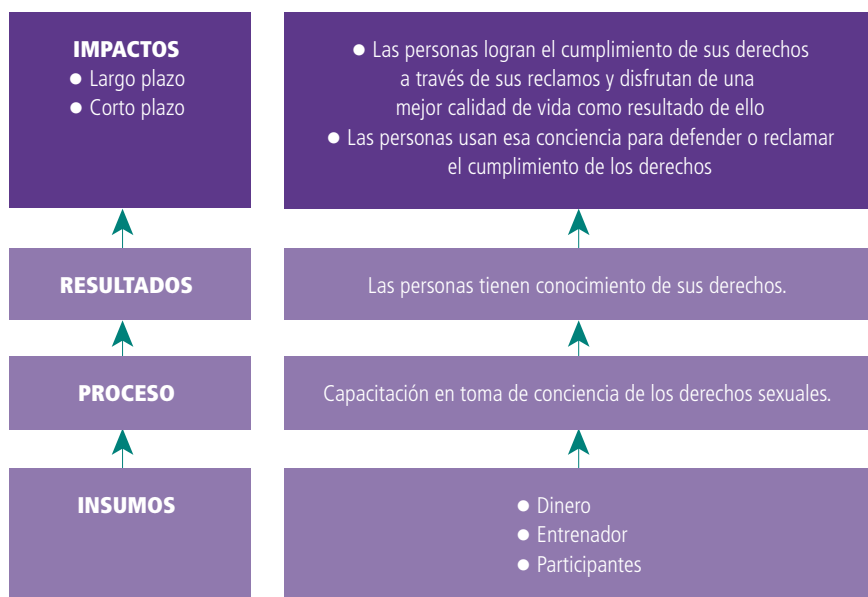
Paso 4: Múltiples usos de los indicadores

Presente a los/las participantes los múltiples usos para los indicadores de salud reproductiva (y otros indicadores de salud). Muestre como **filmina** la figura que se presenta más abajo.

Los indicadores se utilizan para medir insumos, procesos y resultados así como el impacto a largo plazo de un proyecto. Si el proyecto es un programa de capacitación y concientización sobre los derechos sexuales, los indicadores de insumos serían la cantidad de dinero, las cantidades y la calidad de los que llevan a cabo la capacitación, el tiempo de preparación, etc. Los indicadores de proceso serían la cantidad de programas de capacitación desarrollados, la cantidad de participantes del programa, etc. El indicador de resultados sería la cantidad de participantes que han sido concientizados acerca de los derechos sexuales. Los indicadores de impacto serían la proporción de participantes que usan esa conciencia para defender o reclamar el cumplimiento de derechos, la proporción de participantes que han influido en los niveles de conciencia de otros miembros de la sociedad, etc.



Áreas para evaluación de impacto



Fuente: Roche C. *Impact assessment for development agencies*. Oxford, Oxfam, 2000:2.



15 mins

Actividad 2: Cuestionario: definiciones de indicadores de salud reproductiva

Divida a los/las participantes en dos equipos, A y B. Escriba cada uno de los indicadores de salud reproductiva global/nacional de la OMS (del siguiente cuadro) en una tira de papel, dóblela y póngala en una caja abierta. Prepare un ejercicio sobre las definiciones de estos indicadores.

Indicadores globales/nacionales de salud reproductiva

- a. Tasa global de fecundidad
- b. Prevalencia de uso de anticonceptivos
- c. Tasa de mortalidad materna
- d. Porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por razones relacionadas con éste
- e. Porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado (se excluyen los nacimientos atendidos tanto por parteras tradicionales capacitadas como no capacitadas)
- f. Número de centros de salud cada 500.000 habitantes con atención obstétrica básica esencial
- g. Número de hospitales cada 500.000 habitantes con atención obstétrica esencial integral
- h. Tasa de mortalidad perinatal
- i. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
- j. Prevalencia de serología positiva para sífilis en mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales
- k. Porcentaje de mujeres de edad reproductiva cuyos niveles de hemoglobina indican que están anémicas
- l. Porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos por complicaciones de aborto
- m. Prevalencia reportada de mujeres con mutilación genital
- n. Porcentaje de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años que no usan anticonceptivos y que reportan haber intentado quedar embarazadas durante dos años o más
- o. Prevalencia reportada de secreción uretral en varones de 15 a 49 años.

Fuente: World Health Organization. *Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators*. Ginebra, WHO, 1997.

Muestre un papelógrafo con la siguiente tabla:

Indicador elegido	Definición	Tasa/ razón	Puntos: Equipo A	Puntos: Equipo B
Ejemplo: tasa de prevalencia anticonceptiva	El número de mujeres en el grupo de edad de 15 a 49 años que usan un método moderno de anticoncepción es el <i>numerador</i> , y el número de todas las mujeres en el grupo de 15 a 49 años es el <i>denominador</i>	Tasa		

Solicite a cada equipo que elija por turnos un papel y lea el indicador escrito en él. Un integrante del equipo se acerca al papelógrafo y escribe la definición, aclarando cuál es el numerador y cuál el denominador.

Por ejemplo, la tasa de prevalencia anticonceptiva deberá escribirse así:

Número de mujeres de 15 a 49 años
que actualmente usan un método anticonceptivo

Número total de mujeres de 15 a 49 años

Exija precisión en las definiciones – ¿qué definirían como un método anticonceptivo? ¿Métodos modernos? ¿Tradicionales y modernos? ¿Cuáles métodos tradicionales? ¿Están incluidas todas las mujeres del grupo de edad de 15 a 49 años? ¿O sólo las mujeres actualmente casadas? Etc. (Se puede hallar una lista de definiciones de la OMS en: www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_global_monitoring.htm)

Una respuesta completa y correcta obtiene cinco puntos. Si ambos equipos dan la definición completa, los puntos se comparten. El equipo con la mayor cantidad de puntos es el ganador.



Actividad 3: Opción 1: Indicadores de salud reproductiva con perspectiva de género



Paso 1: Trabajo en grupo

Divida a los/las participantes en cuatro grupos. Cada grupo recibe un proyecto hipotético de salud reproductiva para el cual debe desarrollar indicadores (Guías 1, 2, 3 y 4).



Paso 2: Presentaciones de los grupos

- Una persona de cada grupo hace la presentación al plenario sobre:
- el proyecto de salud reproductiva en consideración
 - los indicadores que se utilizarán y sus definiciones
 - el intento realizado para incorporar las dimensiones de género y derechos a uno o más de los indicadores
 - el modo de recolección de información para estos indicadores
 - con qué periodicidad se recolectará la información (por ejemplo, la información censal se recoge una vez cada diez años).

Cada presentación debe durar cinco minutos, seguida de una discusión de diez minutos.

A continuación se presentan algunos de los indicadores que podrían emerger de cada uno de los grupos.

Proyecto de salud reproductiva adolescente

- proporción de mujeres adolescentes que reportan uso de condones (esto podría mejorarse, por ejemplo para especificar la regularidad del uso de condones, el acceso a éstos, o si se usó un condón en el encuentro sexual más reciente)
- adolescentes de 15 a 19 años como proporción de todas las admisiones obstétricas y ginecológicas relacionadas con abortos
- proporción de mujeres en el grupo de edad de 15 a 19 años que han tenido uno o más hijos o están actualmente embarazadas.

Proyecto de maternidad segura

- distribución porcentual de muertes maternas según lugar de fallecimiento
- proporción de mujeres que murieron en su casa o en camino al hospital porque éste estaba demasiado lejos
- distribución porcentual de muertes maternas en el hospital, por lapso entre la admisión y el fallecimiento
- proporción de mujeres que dieron a luz en un servicio de salud, que reportan una complicación en el parto.

Mejorando la calidad de los servicios de planificación familiar

- distribución porcentual de todas las mujeres que usan anticonceptivos, por método usado
- proporción de mujeres y varones que reportan que recibieron información adecuada sobre varias opciones anticonceptivas disponibles
- proporción de usuarios de anticonceptivos que son varones
- proporción de usuarios/as de anticonceptivos que reportan al menos un contacto de seguimiento con el servicio de salud o trabajador/a de la salud
- proporción de usuarios/as satisfechos/as al finalizar x meses luego de la aceptación del método.

Prevención y control de ITR/ETS

- proporción de usuarios/as que conocen los síntomas de una o más ITR/ETS
- número (y/o proporción) de usuarios/as que buscan tratamiento para ITR/ETS
- proporción de usuarios/as (por sexo) cuyas parejas también han buscado tratamiento

- proporción de aquellos/as diagnosticados/as con una ITR/ETS que completaron el tratamiento (razones para no completar el tratamiento: ¿costo? ¿acceso? ¿calidad?)
- proporción de aquellos/as que completaron el tratamiento, que están curados/as del problema.

Qué incluir en la discusión a continuación de cada presentación

Precisión

Verifique que los indicadores estén definidos con precisión, y que el numerador y el denominador del indicador sean especificados siempre que sea relevante.

Validez

Examine la validez de los indicadores, asegurándose de que miden lo que se supone que deben medir. Por ejemplo, la proporción de mujeres con cobertura de atención prenatal podría ser una medida de utilización, pero no una medida del éxito de un programa de maternidad segura –a menos que pudiera establecerse que el tipo de atención prenatal provista ayudó a reducir la probabilidad de muerte materna o de morbilidad aguda–.

Confiabilidad

Examine la confiabilidad de los indicadores, asegurándose de que no dependen de las percepciones subjetivas de la persona que recoge los datos o elabora el reporte. Por ejemplo, indicadores como “desnutrido” dependen completamente de la percepción de quien recoge los datos, excepto que el término sea claramente definido como peso por edad por debajo de xx, o índice de masa corporal por debajo de yy, etc.

Género y derechos

¿Cuáles de los indicadores antes mencionados tenían el potencial para tratar las dimensiones de género/derechos de la cuestión? Por ejemplo, en el proyecto adolescente, la información sobre el uso de condones debe obtenerse tanto de mujeres como de varones. Además de averiguar la proporción de mujeres jóvenes de 15 a 19 años que están actualmente embarazadas o han tenido un hijo, la proporción de varones de 15 a 19 años que han sido padres de un bebé o son responsables de un embarazo en curso también podría ser un indicador. Esta información podría recolectarse preguntando a las mujeres que son madres, o que están actualmente embarazadas, la edad del padre. Los registros acerca de los controles prenatales en los centros de salud podrían requerir la edad del padre como un dato de rutina.

En el proyecto de maternidad segura podría agregarse una dimensión de género/derechos al indicador sobre la distribución de muertes maternas en el hospital por lapso entre la admisión y el fallecimiento, preguntando los motivos de la demora. En forma similar, las razones para el no uso de un servicio de salud por parte de mujeres que reportan una complicación en el parto podrían esclarecer, mediante la falta de acceso a los recursos y el poder, o mediante los roles y normas, si la discriminación por género desempeñó un rol en esta demora.

Para agregar una dimensión de género a los indicadores para el programa de planificación familiar y el programa ITR/ETS, los indicadores deben ser analizados por el sexo de quien responde. Adicionalmente, descubrir las razones para el no uso de cualquier método anticonceptivo, o no uso de servicios de salud para ITR/ETS tanto de mujeres como de varones, podría ayudar a esclarecer el rol del género en esta cuestión.

Modo de recolección de datos

Los datos para los indicadores podrían recolectarse como parte de la información de rutina que recogen los servicios de salud, o los registros que habitualmente llevan los trabajadores de la salud. Alternativamente, podría haber necesidad de investigaciones o estudios especiales. Un criterio para elegir un indicador debe ser si es fácil recoger datos al respecto. Así, mientras que en el programa de adolescentes se nos podría haber ocurrido el indicador “proporción de adolescentes que tuvieron un aborto peligroso”, los datos sobre esto serían tan difíciles de recolectar que no resulta útil.

Tiempo para la recolección de datos

Resalte la necesidad de contar con información de base a fin de poder monitorear o evaluar cualquier situación. Para un proyecto de tres años, los datos podrían recolectarse en dos o tres momentos prefijados; y en la recolección de datos de rutina, como los registros de los hospitales, el análisis de los datos podría realizarse en dos o tres momentos puntuales.



Actividad 3: Opción 2: Análisis crítico y desarrollo de indicadores



Paso 1: Los grupos revisan y discuten indicadores sensibles al género y los derechos

Divida a los/las participantes en cuatro grupos. Asigne a cada grupo un elemento de la calidad de servicio (por ejemplo, accesibilidad) y un conjunto de indicadores para evaluar servicios de prevención de ETS/VIH. (Elabore guías separadas para cada grupo, sobre la base de los elementos presentados en la tabla “Los elementos de la calidad de la atención y sus indicadores” en la Guía 5. Elija cuatro elementos de la calidad de servicio de esta tabla para que los grupos trabajen sobre ellos, preparando cuatro versiones diferentes de la Guía 5.)

Solicite a cada grupo que revise y discuta los indicadores en relación con su sensibilidad de género/derechos: ¿evalúan esos indicadores la sensibilidad de los servicios frente a cuestiones de género/derechos? Si el grupo concluye que estas perspectivas no están adecuadamente incluidas en los indicadores, entonces debe reformularlos. El grupo también podría proponer indicadores adicionales del elemento de calidad de atención que se les haya asignado, que sean sensibles al género y a los derechos.



Paso 2: Presentaciones de los grupos

Asigne a cada grupo siete minutos para hacer su presentación.



30 mins

Paso 3: Discusión en grupo

Para los puntos principales que necesita elaborar en esta discusión, vea la Actividad 3, Paso 2 (precisión, validez, confiabilidad, etc.).

Prepare una **filmina** que indique:



Crítica y desarrollo de indicadores sensibles a género y derechos

- el elemento de la calidad de atención sobre el que usted trabajó
- la lista de indicadores propuestos para evaluar este elemento
- los indicadores sensibles al género
- los indicadores que incorporan una dimensión de derechos.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran, Khin San Tint y Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina



Guía

1

Proyecto de salud reproductiva adolescente

Instrucciones para el trabajo en grupo

Su grupo tiene treinta minutos para trabajar sobre el siguiente problema. Nombre un informante que hará la presentación al plenario. La discusión de su grupo debe cerrarse cinco o diez minutos antes de que se termine el tiempo estipulado, a fin de que el informante pueda redactar su presentación.

El proyecto

En su distrito está comenzando un nuevo proyecto para el mejoramiento de la salud reproductiva de las adolescentes. El proyecto fue planeado para un período de tres años.

Los objetivos son:

- promover el uso de condones
- prevenir abortos riesgosos
- promover la postergación de la maternidad.

¿Cuáles son los indicadores que usará para evaluar este proyecto? ¿Cómo hará para que uno o más de estos indicadores incluyan la dimensión de género/derechos?

¿Cómo recogerá la información sobre estos indicadores? ¿Con qué periodicidad la recolectará?



Guía

2 Proyecto de maternidad segura

Instrucciones para el trabajo en grupo

Su grupo tiene treinta minutos para trabajar sobre el siguiente problema. Nombre un informante que hará la presentación al plenario. La discusión de su grupo debe cerrarse cinco o diez minutos antes de que se termine el tiempo estipulado, a fin de que el informante pueda redactar su presentación.

El proyecto

Ha surgido una preocupación acerca del número de muertes maternas reportadas en su área. En breve se implementará un proyecto de maternidad segura orientado a reducir las muertes maternas durante los próximos tres años.

Los objetivos específicos son:

- evitar demoras entre el desarrollo de una complicación seria durante el embarazo y la llegada a un servicio de salud que provea atención obstétrica de emergencia
- evitar demoras en el inicio del tratamiento apropiado dentro del servicio de salud.

¿Cuáles son los indicadores que usará para evaluar este proyecto? ¿Cómo hará para que uno o más de estos indicadores incluyan la dimensión de género/derechos?

¿Cómo recogerá la información sobre estos indicadores? ¿Con qué periodicidad la recolectará?



Guía

3 Mejorando la calidad de los servicios de planificación familiar

Instrucciones para el trabajo en grupo

Su grupo tiene treinta minutos para trabajar sobre el siguiente problema. Nombre un informante que hará la presentación al plenario. La discusión de su grupo debe cerrarse cinco o diez minutos antes de que se termine el tiempo estipulado, a fin de que el informante pueda redactar su presentación.

El proyecto

En su provincia, más del 80% de las usuarias de anticonceptivos han adoptado la esterilización femenina. Su objetivo es mejorar a lo largo de los próximos tres años, la calidad de los servicios de planificación familiar que se ofrecen en los cinco centros de atención primaria bajo su supervisión.

Usted diseña un proyecto, que se orienta a:

- ampliar la oferta de anticonceptivos para las mujeres
- promover métodos de anticoncepción masculinos
- mejorar los servicios de seguimiento
- mejorar la satisfacción del/de la usuario/a.

¿Cuáles son los indicadores que usará para evaluar este proyecto? ¿Cómo hará para que uno o más de estos indicadores incluyan la dimensión de género/derechos?

¿Cómo recogerá la información sobre estos indicadores? ¿Con qué periodicidad la recolectará?



Guía

4

Prevención y control de ITR/ETS

Instrucciones para el trabajo en grupo

Su grupo tiene treinta minutos para trabajar sobre el siguiente problema. Nombre un informante que hará la presentación al plenario. La discusión de su grupo debe cerrarse cinco o diez minutos antes de que se termine el tiempo estipulado, a fin de que el informante pueda redactar su presentación.

El proyecto

Un nuevo proyecto de prevención y control de ITR/ETS se está implementando en su servicio de salud.

Los objetivos del proyecto son:

- aumentar la conciencia acerca de los signos y síntomas de ITR/ETS
- promover la búsqueda de tratamiento entre quienes tienen síntomas de ITR/ETS
- alentar la notificación a la pareja y su tratamiento.

¿Cuáles son los indicadores que usará para evaluar este proyecto? ¿Cómo hará para que uno o más de estos indicadores incluyan la dimensión de género/derechos?

¿Cómo recogerá la información sobre estos indicadores? ¿Con qué periodicidad la recolectará?



Guía

5 Sensibilidad de género y derechos de los indicadores de calidad de la atención

Instrucciones para el trabajo en grupo

Su grupo tiene treinta minutos para trabajar sobre el siguiente problema. Nombre un informante que hará la presentación al plenario. La discusión de su grupo debe cerrarse cinco o diez minutos antes de que se termine el tiempo estipulado, a fin de que el informante pueda redactar su presentación.

El problema

Usted ha recibido los detalles de un elemento de calidad de la atención para los servicios ambulatorios de ITR/ETS, e indicadores correspondientes a este elemento. Revise y discuta estos indicadores en términos de su sensibilidad de género/derechos: ¿evalúan la sensibilidad de los servicios a las cuestiones de género/derechos? Si usted concluye que el indicador carece de una sensibilidad de género/derechos adecuada, reformúlelo. Podría también proponer indicadores adicionales del elemento de la calidad de atención en revisión, que sean sensibles al género/derechos.

Los elementos de la calidad de atención y sus indicadores

Elemento	Definición del elemento	Indicadores
Accesibilidad y disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Todos tienen acceso a educación sexual ● Los horarios de clínica disponibles son convenientes para el/la usuario/a ● Distancia/medios/costo del transporte convenientes y asequibles ● Los servicios preventivos y curativos simples son accesibles de acuerdo con la capacidad de pago del/de la usuario/a ● El costo de los condones no disuade de su uso ● Grupos de alto riesgo, tales como las trabajadoras sexuales, reciben acceso a los servicios mediante el trabajo con grupos de pares u otros métodos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de la población menor de 15 años que ha recibido educación sexual ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan que los horarios son convenientes ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan que la ubicación del servicio es conveniente/asequible ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan que los servicios son accesibles
Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevención y servicios de ETS provistos en un lugar de reunión socialmente aceptable ● Duración aceptable del tiempo de espera para visitas iniciales y de seguimiento ● Sexo, grupo étnico, status de edad del/de la prestador/a que proporcionó atención apropiada para el/la usuario/a potencial ● Se mantiene la confidencialidad ● Los condones son aceptables 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de la comunidad objetivo que va a la clínica por problemas de salud ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan el nivel de privacidad como aceptable ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan el tiempo de espera como aceptable ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan sentirse cómodos/as con el prestador que les proporcionó atención ● Porcentaje de usuarios/as (potenciales/anteriores) que reportan que la confidencialidad es adecuada

continúa

Elemento	Definición del elemento	Indicadores
Competencia técnica	<p>Prestador/a que proporcionó atención en la clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Puede identificar modos de transmisión y prevención de VIH/ETS ● Puede evaluar la relación de los métodos anticonceptivos con los riesgos de ETS para cada usuario/a ● Puede diagnosticar y tratar ETS comunes ● Deriva a los/las pacientes con ETS que no puede diagnosticar o tratar ● Usa una técnica aséptica ● Usa guantes y elementos de protección ● Puede realizar una evaluación de los riesgos sin juicios morales usando el enfoque de la luz verde, amarilla y roja; verde = alentar a los de bajo riesgo para que continúen con su comportamiento actual; amarillo = precaución; rojo = detener el comportamiento de riesgo ● Puede reconocer a todas las personas en riesgo de exposición al VIH ● Puede reconocer diferentes síntomas de SIDA y los síntomas de infecciones urinarias recurrentes en las mujeres ● Ha establecido y mantiene sistemas de registro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de pacientes sintomáticos adecuadamente evaluados, diagnosticados y tratados ● Porcentaje de prestadores/as que proporcionan atención en la clínica, que mantienen registros adecuados de los servicios provistos y los guardan en un lugar seguro
Interacción entre usuario/a y prestador/a	<ul style="list-style-type: none"> ● Confidencialidad ● Puede aconsejar al/a la usuario/a-trabajador/a sexual con respeto ● Puede realizar evaluaciones de riesgo sin juicios morales ● No existe coerción 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de usuarios/as satisfechos/as con la confidencialidad y la actitud del/de la prestador/a médico/a ● Porcentaje de prestadores/as médicos/as satisfechos/as con la cantidad de tiempo por usuario/a
Información/consejería	<ul style="list-style-type: none"> ● Materiales informativos disponibles ● Consejería de transmisión y prevención de VIH/ETS para todos los/las adolescentes antes de su iniciación sexual, y para todos los adultos sexualmente activos ● Los tópicos cubiertos incluyen información de que: <ul style="list-style-type: none"> – ETS/VIH pueden ser asintomáticos – ETS/VIH pueden presentarse con síntomas tales como dolor pélvico, lesiones genitales y flujo vaginal – la mayoría de las ETS pueden ser tratadas – sin tratamiento, las ETS pueden causar infertilidad u otras consecuencias serias para la salud – el riesgo puede reducirse mediante la abstinencia, la postergación de la actividad sexual, la monogamia mutua, el uso de condones y la negociación ● Instrucciones para el uso de condones ● Tiempo suficiente para que el/la prestador/a aconseje al/a la usuario/a ● Grupos de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales, deben recibir consejería intensiva y acceso a los servicios mediante el trabajo con grupos de pares u otros métodos ● Las campañas de información, educación y comunicación asocian a los condones con la prevención de la transmisión de VIH/ETS en los/las niños/as 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de mujeres con dolor pélvico, lesiones genitales y flujo vaginal aconsejadas sobre ETS/VIH ● Porcentaje de usuarios/as aconsejados/as sobre ETS/VIH; reducción de riesgo; uso de condones y negociación ● Porcentaje de parejas notificadas ● Porcentaje instruido sobre el uso de condones ● Existe una lista de control de información que el/la prestador/a debe cubrir, y el material educacional correspondiente ● Porcentaje de usuarios/as que sienten que el tiempo pasado con los/las prestadores/as es suficiente

continúa

Elemento	Definición del elemento	Indicadores
Insumos esenciales, equipamiento y medicación necesaria. Normas y estándares	<ul style="list-style-type: none"> ● Mesa, espéculo, guantes ● Electricidad ● Primera línea de drogas para ETS ● Esterilizador o autoclave ● Refrigerador en la clínica (kerosén si no hay electricidad) ● Condones, espermicidas, provisión y/o derivación para otros anticonceptivos ● Se mantiene una provisión consistente de drogas, insumos y equipamiento necesario ● Medicamentos y condones conservados adecuadamente ● Manejo adecuado de residuos tóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pautas para el almacenamiento a la vista de todos ● Porcentaje de servicios de ETS y consejería en prevención de VIH que se ofrece con los servicios de planificación familiar y salud materna ● Porcentaje de usuarios/as que obtuvieron anticonceptivos
Integralidad de la atención y conexiones con otros servicios de salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Integración de toda la prevención de ETS/VIH con planificación familiar/salud materna u otros servicios donde es factible y eficiente ● Derivación para otros anticonceptivos o servicios ● Sistema de comunicación y de referencia y contrarreferencia desarrollado y en funcionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de parejas contactadas ● Porcentaje de derivaciones documentadas ● Porcentaje de parejas notificadas ● Funcionamiento del sistema de seguimiento
Continuidad de la atención y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Notificación a la pareja (sólo después de evaluar el riesgo de violencia si es una mujer) ● Derivación directa de las parejas por individuos infectados atendidos por el/la prestador/a ● Horarios regulares de atención ● Si es posible, horarios regulares para los/las prestadores/as ● Sistema de seguimiento para pacientes que no regresan ● Seguimiento de tratamientos (por ejemplo, sífilis) ● Seguimiento de pruebas de laboratorio 	

Fuente: Pan American Health Organization. *Quality of care in women's reproductive health: a framework for Latin America and The Caribbean*. Washington, PAHO, 1994.

SESIÓN 7

Evidencia para la evaluación del servicio: ejercicios aplicados

Qué obtendrán los/las participantes de la sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con una variedad de técnicas para la recolección de datos/información para la evaluación del servicio
- tendrán práctica en el diseño de herramientas para la recolección de datos/información
- aprenderán cómo integrar las dimensiones de género y derechos en la recolección de datos/información para el monitoreo y/o evaluación de los servicios.

aproximadamente 5 horas de clase y una tarde de trabajo luego de la clase



Materiales

- Guía 1: "Instrucciones para las consignas grupales sobre herramientas para la recolección de datos"
- Guía 2: "Cómo diseñar un cuestionario"
- Guía 3: será preparada por el/la facilitador/a usando: Britten N. Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal*, 1995, 311:251-253
- Guía 4: será preparada por el/la facilitador/a usando: Kitzinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 1995, 311:299-302
- filmina: "Diversas técnicas de recolección de datos", en pág. 292

Cómo conducir la sesión

La sesión comienza con la información proporcionada por usted: revisará técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección de datos. Esto es seguido por un ejercicio en pequeños grupos (los/las participantes trabajan en los mismos grupos de la Sesión 6). Los/las participantes desarrollan herramientas de recolección de datos para evaluar los resultados de los mismos proyectos de la Sesión 6 y realizan pruebas piloto de esas herramientas. En la tercera actividad los grupos hacen sus presentaciones, y esto es seguido por una discusión detallada y sus comentarios.



Actividad 1: Información sobre técnicas de recolección de datos



Diversas técnicas de recolección de datos

Cualitativo

1. Observación
 - Provee descripciones detalladas de las actividades del programa, los procesos y participantes
 - Altamente dependiente de la habilidad, capacitación y competencia del observador/a
 - Requiere concentración, paciencia, vigilancia, sensibilidad y resistencia física.
2. Entrevistas en profundidad
 - Involucra la realización de preguntas abiertas, escucha y grabación de las respuestas, seguimiento con preguntas relevantes adicionales
 - Entrevista en conversación informal, entrevista usando una pauta general y entrevista abierta estandarizada
 - Propósito: nos permite acceder a, y documentar, las perspectivas de otra persona.
3. Grupos focales
 - Entrevista a un pequeño grupo de personas (6-8) sobre un tema específico
 - Orientado a obtener datos de alta calidad en un contexto social en el cual las personas pueden considerar sus propios puntos de vista en el contexto de los puntos de vista de otros
 - Es bastante fácil evaluar hasta qué punto existe una visión compartida del programa entre los/las participantes.

Cuantitativo

4. Revisión de registros
 - Relativamente accesible
 - Algunas restricciones debido al tipo de registros, clasificación, datos faltantes
 - Imagen global de la performance del programa: quiénes son los usuarios/as, cobertura, morbilidad.
5. Listas de control
 - Proveen una matriz comparativa de diferentes servicios
 - Referencia rápida de qué se hizo y qué no.
6. Cuestionarios
 - Sigue una estructura bien definida para prevenir la interpretación propia
 - Todas las preguntas se hacen en la misma forma
 - Podría usar una combinación de preguntas abiertas y cerradas
 - Los/las respondentes deben encuadrar sus experiencias y sentimientos en las categorías de los investigadores a menos que el cuestionario sea abierto
 - Podría servir para obtener información comparable en diferentes contextos.



3 hrs

Actividad 2: Desarrollando herramientas para la recolección de datos y realizando pruebas piloto de esas herramientas

Indique a los/las participantes que vuelvan a reunirse en los mismos grupos de la actividad para desarrollar indicadores de la Sesión 6, a fin de trabajar en el desarrollo de herramientas de recolección de datos para evaluar el resultado de los mismos proyectos.

Subdivida a cada uno de los cuatro grupos en dos: uno para desarrollar una herramienta para recolectar información cualitativa y otro para recolectar información cuantitativa.

Quienes desarrollen herramientas para los datos cuantitativos deben asegurarse de que sus herramientas proveen información relacionada con los indicadores que desarrollaron en la sesión anterior.

Aquellos que desarrollen herramientas para la información cualitativa deben especificar sobre qué aspectos recolectarán información, usando su herramienta. Por ejemplo, en el proyecto de salud reproductiva adolescente, los adolescentes varones de la comunidad con una actitud positiva frente al uso de condones. Cada grupo desarrollará sus herramientas y las probará con el otro grupo. La Guía 1 proporciona detalles sobre el proceso. Las Guías 2 y 3 se refieren al diseño de cuestionarios y entrevistas y la Guía 4 explica cómo diseñar pautas para la discusión en grupos focales.

Informe a los/las participantes que deben hacer una presentación de diez minutos sobre la herramienta de recolección de datos que han desarrollado. También deben entregarla en forma escrita, para su evaluación.

La presentación y el informe escrito deben responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles fueron los cambios hechos a esta herramienta luego de realizar las pruebas piloto? ¿Por qué?
2. ¿Cómo ha tratado usted las cuestiones de género, derechos y ética en esta herramienta?

Cuando esta sesión se llevó a cabo en Yunnan, China, se usó un ejercicio de investigación operativa (IO) como aplicación práctica. Anteriormente, el enfoque de IO había sido introducido como parte de la Sesión 2, la introducción a la investigación en salud. Para el ejercicio de aplicación (Sesión 7) se usaron los resultados de un estudio de IO realizado en Kunming, China. El estudio consistió en una evaluación de un Fondo para mejorar la salud materna e infantil, un proyecto para ayudar a madres de bajos ingresos.

Los/las participantes fueron divididos en dos grupos. Un grupo recibió la información cualitativa del estudio de IO y el otro recibió los datos cuantitativos. Cada grupo debía examinar los datos/información recibidos y responder las siguientes preguntas:

A partir de los datos, ¿puede usted sugerir por qué fueron generados? ¿Cuáles son las hipótesis del estudio? ¿Cómo podríamos utilizar los datos? ¿Cuáles son los posibles prejuicios? ¿Cómo se podrían reducir los prejuicios?

Los subgrupos intercambiaron sus respuestas en una discusión plenaria. Luego los/las facilitadores/as proporcionaron información sobre el estudio de IO existente, sus objetivos, hipótesis, el análisis e interpretación de los resultados, y cómo los datos/la información fueron usados. Los/las participantes luego tuvieron la oportunidad de hacer una evaluación crítica del estudio tal como había sido realizado, sobre la base de lo que habían aprendido en las diversas sesiones de este módulo.



2 hrs

Actividad 3: Presentaciones y devolución

La tarea de diseñar el cuestionario podría usarse para la evaluación de los/las participantes, a fin de contribuir a la certificación en los casos en que resulte apropiado. Sea o no evaluada, esta actividad debe consistir en una devolución detallada del/de la facilitador/a a los/las participantes sobre cómo podrían mejorarse sus cuestionarios y herramientas de recolección de información.

Cada grupo tiene quince minutos para la presentación y cualquier discusión que pudiera seguir a ésta. Las herramientas deben presentarse como filminas y las presentaciones deben incluir los cambios realizados, así como las cuestiones de género, derechos y ética que han sido tratadas.

A medida que los grupos realizan sus presentaciones, evalúe la herramienta y tome nota de los puntos principales para cuando haga sus comentarios.

Solicite los siguientes detalles:

- ¿Quiénes son los/las respondentes? (unidades de muestra)
- ¿Cómo se los elegirá? (muestreo de la población elegible para el estudio)
- ¿Cuáles son las razones para lo anterior?
- ¿Dónde tendrá lugar la recolección de datos? ¿Por qué?

Tome en cuenta los siguientes puntos al evaluar las herramientas.

La herramienta de recolección de datos se construye de modo tal que las preguntas:

- susciten respuestas únicas
- sean relevantes a las cuestiones que se están tratando
- no sean repetitivas
- estén en orden lógico
- sean sensibles al/la y respetuosas del/de la respondente.

Otros puntos a tener en cuenta en la evaluación son: cómo las cuestiones de género, derechos y ética serán tratadas tanto en la herramienta como en el modo en que la información será recogida utilizando esa herramienta: por ejemplo, asegurando que tanto las mujeres como los varones estén incluidos/as en la muestra, que las preguntas pertinentes a ambos sexos sean incluidas donde resulte relevante, que se respete la privacidad, que se aplique el consentimiento informado, etc.

Proporcione a los/las participantes comentarios detallados inmediatamente a continuación de cada presentación. Si hay tiempo disponible, puede dar a los grupos la oportunidad de revisar sus herramientas de recolección de datos y reenviarlas para su evaluación.

Sesión desarrollada por Mariana Romero y Khin San Tint



Guía

1 Instrucciones para el ejercicio grupal sobre herramientas para la recolección de datos

Preparación

Usted recibió en la Sesión 6 guías para desarrollar indicadores para evaluar programas de salud reproductiva. También recibió guías sobre el diseño de cuestionarios (Guía 2) y de entrevistas (Guía 3). Y hemos revisado técnicas cualitativas y cuantitativas para recoger datos. La Guía 4 tiene la finalidad de proporcionarle información general y no se relaciona específicamente con este ejercicio.

La consigna

1. Revise lo que ha aprendido sobre técnicas de recolección de datos

Tiene una hora para revisar las nuevas guías sobre técnicas de recolección de datos en forma individual.

2. Desarrolle su herramienta

A continuación, dedique una hora en el grupo para desarrollar o redactar su herramienta para recolectar datos a fin de evaluar el resultado de los programas utilizados en la Sesión 6. Si está elaborando una herramienta para datos cuantitativos, asegúrese de que ésta proporcione información acerca de los indicadores que usted desarrolló previamente. Si está elaborando una herramienta para información cualitativa, especifique sobre qué aspectos recolectará información.

Al desarrollar la herramienta, tenga presente que las preguntas deben:

- suscitar respuestas únicas
- ser relevantes respecto de las cuestiones tratadas
- no ser repetitivas
- estar en orden lógico
- ser sensibles al/la y respetuosas del/de la respondente.

Sea claro/a respecto de:

- quiénes son sus respondentes
- cómo y por qué serán elegidos/as
- dónde y por qué tendrá lugar la recolección de datos.

3. Realice una prueba piloto de su herramienta

Una vez que haya redactado su herramienta, ésta debe ser testeada con algunos miembros de otro grupo. Todos/as los/las participantes deben estar disponibles durante una hora para ser entrevistados/as como parte del proceso de prueba piloto.

4. Revise y cierre

Luego de esto, su grupo tiene 1 hora y 30 minutos para revisar y dar por cerradas las herramientas, discutir tanto sus fortalezas y debilidades, como las cuestiones de derechos, ética y género que hayan surgido en el proceso.

Prepare una presentación de diez minutos y un informe escrito que incluya:

- la herramienta final
- los cambios realizados luego de la prueba piloto y por qué
- cuestiones éticas que usted ha considerado
- cuestiones de derechos que usted ha considerado
- cuestiones de género que han sido abordadas por su herramienta.

Esta actividad será calificada con nota. Todos los miembros de un grupo reciben la misma nota.



Guía

2

Cómo diseñar un cuestionario

Fuente: extraído y adaptado de: Botha J. L. y Yach D. *Manual of epidemiological research methods: a supplement to perspectives in community health*. Versión abreviada del manual del taller IB-ESSA. Tygerberg, South African Medical Research Council, 1987:17-18.

Paso 1: Sólo haga las preguntas necesarias Las preguntas deben basarse en los objetivos de su estudio –manténgalas dentro del foco del estudio–. Elabore una lista corta de las variables que necesita. Use los cuestionarios existentes sólo como guía. Diseñe sus preguntas para acomodarlas a su estudio en particular.

Un estudio corto, bien concebido, produce como respuesta información mucho mejor que uno largo y sin hilación.

Paso 2: Enuncie las preguntas cuidadosamente Las preguntas pueden ser abiertas, y el/la respondente contesta en la forma que elija. La alternativa es tener preguntas cerradas con categorías predeterminadas de respuestas posibles codificadas. Esto asegura una recolección de datos más veloz y estandarizada.

¿Cómo deben hacerse las preguntas?

- Indague con potenciales respondentes qué preguntas les resultan significativas y cómo enunciarlas, a fin de asegurarse de que resulten comprensibles y aceptables.
- Las preguntas deben ser simples, concisas y específicas. Asegúrese de que no haya ambigüedades.
- Decida cuándo son más apropiadas las preguntas abiertas o cerradas.
- Haga una pregunta por vez. Desglose las preguntas complejas en otras más simples. Por ejemplo “¿Usa usted un método anticonceptivo? En caso negativo, ¿por qué no?” debe desglosarse del siguiente modo: “¿Usa usted un método anticonceptivo? Sí/No. En caso de no usar, ¿cuáles son sus razones? En caso afirmativo, ¿cuáles de los siguientes métodos está usando actualmente?”, etc.
- Evite las preguntas que sugieren al/a la respondente la respuesta esperada (denominadas preguntas capciosas). Por ejemplo “¿Cree usted que los DIUs tiene efectos adversos sobre la salud?”.
- Cuando se trata de preguntas que indagan sobre información personal o sensible, tenga especial cuidado al elaborar las preguntas y al definir la secuencia.
- Las categorías de preguntas cerradas deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas: no debe haber superposición de categorías y todas las posibilidades deben ser cubiertas. Siempre habilite una categoría de “otros” en la cual el/la respondente pueda especificar su respuesta.

Paso 3: Orden del cuestionario

- Ordene las preguntas con sentido para asegurar una secuencia fluida y lógica. Los ítem no amenazantes deben ponerse primero, a fin de que el/la respondente se sienta cómodo/a.
- Proporcione ayudas visuales de modo que el formulario sea fácil de completar –para el/la entrevistador/a en las entrevistas y para el/la respondente en los cuestionarios autoadministrados–. Ejemplos de ayudas visuales incluyen poner las preguntas relacionadas en recuadros y usar flechas, diagramas de flujo, símbolos geométricos, etc.

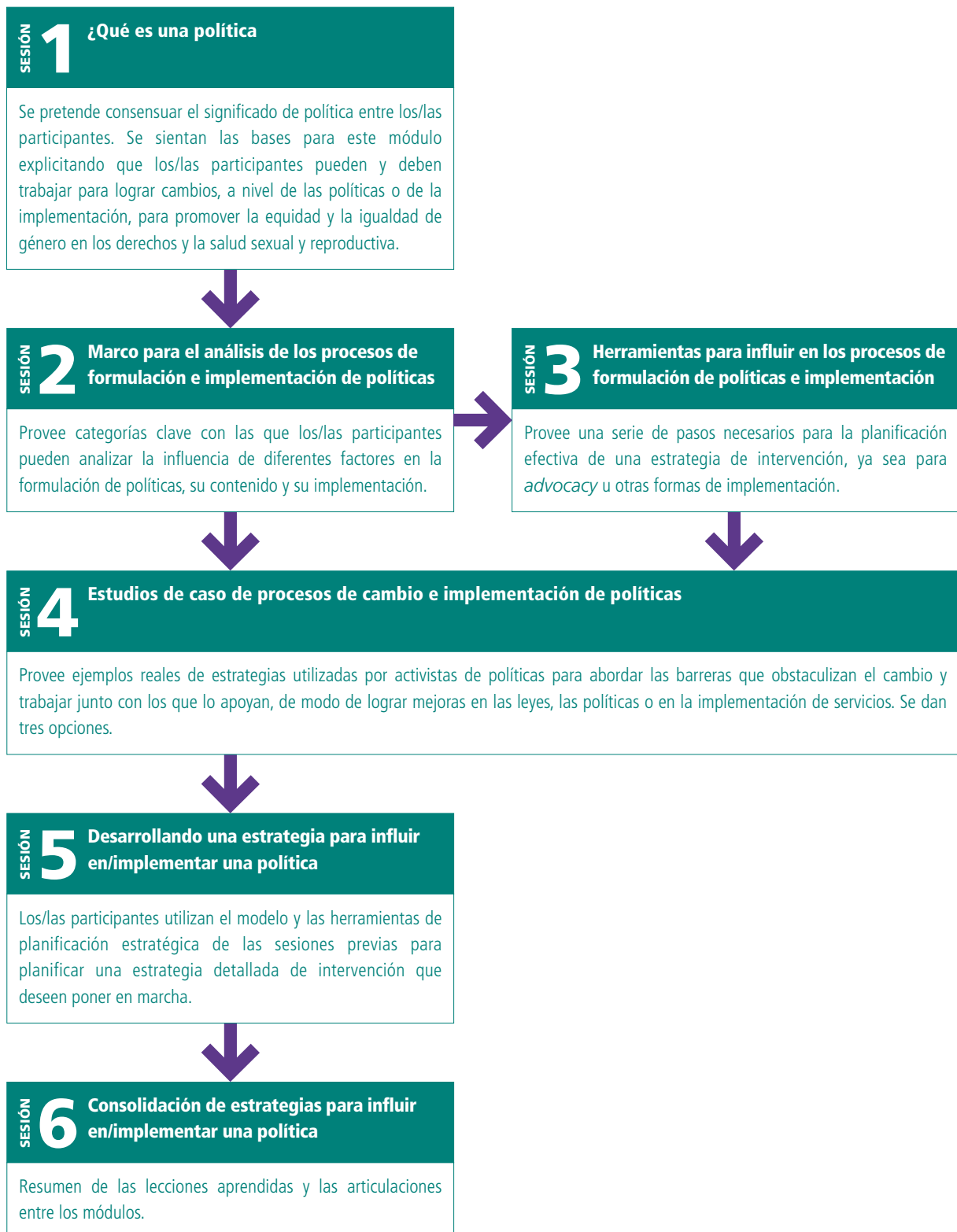
Paso 4:
Realice una prueba piloto del cuestionario

- Asegúrese de que el espaciado y la impresión sean adecuados para una fácil lectura. Proporcione espacio suficiente para completar las respuestas.
- Seleccione respondentes que sean similares a los de la población objetivo.
- Realice rondas de prueba de las preguntas, dejando espacio para tomar nota de los cambios requeridos.
- Evalúe cuestiones logísticas tales como el tiempo utilizado, la redacción, las respuestas comunes que sugieren categorías para preguntas cerradas y malas interpretaciones comunes de la pregunta.
- Realice los cambios necesarios.

Módulo 5: **Políticas**



Estructura del Módulo de Políticas



MÓDULO 5

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Políticas

Los/las participantes:

- acordarán el significado de “políticas”
- conceptualizarán el proceso de formulación de políticas. Esto incluye la variedad de factores que influyen en las decisiones relativas a políticas y su implementación a nivel del gobierno, el trabajo y el hogar
- identificarán los componentes necesarios para el diseño y la planificación de cambios en las políticas y en los servicios
- identificarán inequidades de género en las políticas y programas y abordarán esas inequidades en el proceso de análisis de políticas, diseño de estrategias e implementación
- usarán herramientas específicas para analizar los procesos de formulación de políticas y estrategias/planes de diseño de intervenciones (o estrategias de *advocacy*) para impactar sobre políticas o programas, ya sea a nivel macro o micro (trabajo).

Ideas que sustentan el módulo

Hostilidad al cambio

En la mayoría de los países se necesitan cambios en las políticas, inclusive en las leyes o en las prácticas para que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. El contexto político y social suele ser hostil a estos cambios, a pesar de la evidencia con que se cuenta de que podrían mejorar la salud de la población. Esto ocurre particularmente con los cambios necesarios para la promoción de la equidad de género.

Análisis

En este contexto, los defensores de la salud y los tomadores de decisiones en los servicios de salud necesitan hacer un análisis de las políticas que los ayude a comprender las barreras contextuales e institucionales que obstaculizan el cambio. También tienen que poder identificar a los que se oponen o no se interesan por generar esos cambios, y comprender sus razones y el tipo de influencia que ejercen sobre la formulación de políticas. A partir de esas reflexiones deben planificar campañas de *advocacy* u otras intervenciones para asegurar que se implementen los cambios necesarios.

Planificación estratégica

La falta de experiencia en la toma de decisiones estratégicas de quienes dirigen los servicios de salud representa una barrera importante para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas personas también deben adquirir habilidades para elaborar un plan estratégico que obtenga apoyo para los cambios. La planificación estratégica también es necesaria para asegurar que estén presentes las condiciones prácticas para la implementación – por ejemplo, que se movilicen recursos, que se formen

alianzas y redes y que se desarrollen métodos y mensajes para *advocacy*. La planificación estratégica se debe basar en el conocimiento de que las estrategias de cambio pueden promover la equidad social y de género para que las nuevas políticas y programas aborden conjuntamente cuestiones prácticas y de eficiencia, y temas de equidad e igualdad.

Dado que la palabra “política” tiene diferentes significados en diferentes contextos políticos, en la primera sesión se establece de manera consensuada la definición de política que se utilizará en este módulo. Apunta a considerar la política en su sentido más amplio, para que el módulo sea útil cuando se intenta generar cambios en niveles muy diferentes que pueden implicar desde cambios legislativos hasta cambios en las políticas de los sistemas de salud, como los mecanismos para asegurar una efectiva distribución de medicamentos. O, desde los procesos mediante los cuales se toman decisiones en un medio específico, hasta las prioridades que guían las actividades de una ONG específica. Esta sesión también familiariza a los/las participantes con los conceptos de políticas que no toman en cuenta el género, neutrales respecto del género, específicas de género y redistributivas respecto del género, lo cual ayuda a clasificarlas según las distintas maneras en que identifican y abordan las inequidades de género.

La segunda sesión ayuda a comprender los diversos factores que influyen:

- si un problema es identificado como algo preocupante para los tomadores de decisiones
- qué soluciones u opciones de políticas se eligen
- los procesos mediante los cuales esas soluciones se convierten en políticas formales o informales
- los procesos mediante los cuales se implementan las políticas en mayor o menor grado.

La sesión utiliza un modelo para mostrar la interacción de los diferentes factores, que incluyen el contexto general, la política específica o los procesos de implementación y los diversos actores, en los diferentes momentos, pero interrelacionados, del proceso de la política. La sesión también analiza el rol de los/las activistas de las políticas para asegurar que se identifiquen y se aborden estos factores y así lograr una política en particular o un objetivo de implementación.

La Sesión 3 provee a los/las participantes de una herramienta para la planificación estratégica, basada en el análisis de políticas de la sesión previa. Esta herramienta ayuda a los/las participantes a prepararse para la evaluación progresiva de una iniciativa que genere cambios en sus trabajos, en el nivel que corresponda. Puede ser como formuladores de políticas en la Legislatura o en el gobierno nacional, como donantes, o como administradores/as de instituciones de salud u ONGs.

La Sesión 4 presenta una serie de estudios de caso para mostrar cómo aplicar el modelo de análisis de políticas y las herramientas de planificación estratégica de las sesiones previas. Ayuda a los/las participantes a descubrir en qué forma esas herramientas pueden contribuir a explicar el éxito o fracaso de una política específica o una estrategia de implementación. Se pueden utilizar estudios de caso diferentes de los distintos países o con distintos participantes.

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 14–15 hrs
Sesión introdutoria	Introducción al Módulo de Políticas	<ul style="list-style-type: none"> conocerán los objetivos y los contenidos del módulo 	Aporte de información	15 mins
SESIÓN 1	¿Qué es una política?	<ul style="list-style-type: none"> articularán una interpretación consensuada del significado de "políticas" comprenderán los modos en que las diferentes políticas identifican y abordan las inequidades de género 	Discusión plenaria Actividad grupal seguida de discusión plenaria	45 mins 1 hr 15 mins
SESIÓN 2	Marco para el análisis de los procesos de formulación e implementación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán los procesos complejos de formulación e implementación de políticas se familiarizarán con un modelo para identificar los factores que afectan las decisiones de políticas y su implementación en los diferentes niveles conocerán pautas para tener en cuenta el impacto de las políticas sobre las mujeres y sobre la inequidad de género 	Información con aportes de los/las participantes Trabajo en pequeños grupos Presentaciones de los grupos y discusión plenaria	2 hrs 30 mins 1 hr 1 hr
SESIÓN 3	Herramientas para influir en los procesos de formulación e implementación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán la necesidad de contar con diferentes estrategias dirigidas a distintos individuos de acuerdo con sus posturas y actitudes respecto del objetivo de la política se darán cuenta de que la planificación estratégica requiere conocer el terreno de las políticas y un abordaje paso por paso conocerán un modelo de "pasos" para apoyar la planificación estratégica conocerán los procesos necesarios para transversalizar la perspectiva de género en la planificación estratégica y en la implementación 	Dramatizaciones Información con aportes de los/las participantes	45 mins 1 hr 15 mins
SESIÓN 4	Estudios de caso de procesos de cambio e implementación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> identificarán los factores que facilitan y obstaculizan los esfuerzos para lograr un nuevo objetivo de política o un objetivo de implementación incorporarán el análisis de género en el proceso de identificación de factores facilitadores y obstáculos reconocerán la utilidad del marco y las herramientas presentados en las Sesiones 2 y 3 reconocerán la efectividad del proceso de análisis de políticas y de planificación estratégica y del impacto del abordaje de las cuestiones de género al conocer uno que se está llevando a cabo actualmente 	Opción 1: conferencista invitado Opción 2: Trabajo en pequeños grupos Opción 3: Trabajo en pequeños grupos	1 hr 2 hrs 2 hrs
SESIÓN 5	Ejercicio de aplicación: desarrollando una estrategia para influir en o implementar una política	<ul style="list-style-type: none"> tendrán la oportunidad de practicar utilizando herramientas específicas para realizar análisis de políticas y diseñar una estrategia para cambiar una política o un programa llevarán a cabo este proceso en relación con una política o programa que el/la participante planea cambiar cuando regrese a su país, ya sea a nivel nacional o a nivel de su trabajo internalizarán los propósitos de las herramientas y el proceso de aplicarlas en diversas situaciones reconocerán que el proceso de transversalización de la equidad de género en salud está inserto en las decisiones que se toman a diario sobre los procesos de cambio 	Trabajo individual	3 hrs 30 mins
SESIÓN 6	Consolidación de estrategias para influir en o implementar una política	<ul style="list-style-type: none"> consolidarán las principales lecciones aprendidas en este módulo reconocerán las conexiones entre los módulos anteriores, el presente y el próximo 	Aporte de información y discusión plenaria	45 mins

La Sesión 5 ofrece a los/las participantes una oportunidad para consolidar sus propias habilidades mediante la utilización de un modelo y una herramienta de planificación estratégica para planear una estrategia de intervención detallada que quisieran aplicar en sus lugares de trabajo luego de finalizar el curso. Los/las participantes pueden elegir desarrollar más la intervención que habían identificado como prioridad en la Sesión 7 del Módulo de Derechos. Deberán pensar en su aplicación para asegurar que luego de terminar el curso los/las participantes puedan poner en práctica los conocimientos en sus propias situaciones. En los casos en los que se incluya una evaluación formal, esta actividad será considerada como una de las que otorga calificación.

En la Sesión 6, los/las participantes comparten las dificultades que surgieron y las ideas que desarrollaron en los ejercicios individuales. Esto permite consolidar su comprensión del propósito y los métodos del análisis de políticas y de la planificación estratégica.

Introducción al Módulo de Políticas

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



Los/las participantes se familiarizarán con la estructura, el contenido y los objetivos del Módulo de Políticas.

15 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión de información.



Presente el módulo usando las **filminas** de la síntesis del módulo:

- “¿Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Políticas?”
- “Estructura del Módulo de Políticas”
- “Esquema del módulo”

Señale los siguientes puntos:

- El propósito de este curso es generar la confianza y la habilidad de las personas para producir cambios, independientemente del nivel en el que estén trabajando.
- Este módulo ayuda a las personas a analizar cómo se genera el cambio para que puedan apoyar procesos de cambio en sus propios trabajos.

SESIÓN

1

¿Qué es una política?

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- articularán una definición consensuada del significado de “políticas”
- comprenderán los modos en que las diferentes políticas identifican y abordan las inequidades de género.



2 hrs

2 horas

La duración de esta sesión dependerá de si los/las participantes están acostumbrados/as a participar en los procesos de las políticas y del grado en el que creen que pueden afectar una política. Para un grupo de personas que trabaja activamente en la formulación de políticas o en *advocacy*, esta sesión puede ser simplemente una discusión grupal que sirva como introducción de la próxima sesión.

Materiales

- Guía: “Las formas en que las diferentes políticas identifican y abordan las inequidades de género”
- filminas en blanco o papelógrafo
- filmina: “Definiendo políticas”, en la pág. 307
- filmina: tabla “Distintos tipos de políticas para abordar el género”, en la guía

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. La primera es una sesión de lluvia de ideas seguida de una discusión que parte de lo que los/las participantes entienden por política para desarrollar una definición consensuada. La segunda actividad es un ejercicio grupal.



45 mins

Actividad: Con el grupo completo: ¿qué significa “política”?



5-7 mins

Paso 1:
Lluvia de ideas

Pregunte a los/las participantes qué significa para ellos/ellas la palabra “política” y escriba sus ideas en una filmina o en el papelógrafo.

Qué incluir en la
discusión

El significado de la palabra “política” varía en los diferentes países. En general, las personas tienen una idea escueta de esta palabra, que asocian a la legislación, a las reglamentaciones de los gobiernos o a las posiciones de un partido político. Dado que el objetivo de este curso es fomentar

cambios en las prácticas, sea donde fuere que se sitúen los/las participantes, resulta útil manejar una definición más amplia.

La discusión generará una lista muy amplia de lo que puede significar la palabra política, que incluye:

- los objetivos/propósitos y visión de un gobierno, grupo u organización
- el plan de acción adoptado en relación con esos objetivos
- una decisión
- un grupo de decisiones
- una orientación
- que la política evoluciona en el proceso de implementación, y que frecuentemente la intención de una política formal, como la legislación, no es lo que se ofrece en la práctica
- que la política se manifiesta en la práctica (es decir, como un abordaje) o en los escritos (por ejemplo en los informes gubernamentales, una ley o una declaración de objetivos).



20 mins

Paso 2: Explorando definiciones amplias

Trate de que los/las participantes aporten definiciones amplias de política en varios niveles. Si no mencionan este tipo de definición, haga preguntas como: “¿Y qué pasa con los hogares? ¿Los hogares tienen políticas?”. Los/las participantes pueden expresar ideas como por ejemplo un jefe de familia que entrega una determinada cantidad de dinero a su esposa para que cubra los gastos domésticos mensuales; o donde existe la regla de que los niños deben estar en sus casas a una hora determinada de la noche; o donde sólo la mujer cocina o se sirve la comida primero a los hombres. De esta forma podrán ver que muchas prácticas actuales son una forma de política.

Pregunte también acerca de las políticas en el trabajo, como por ejemplo cuántos días libres se puede tomar una persona o los procedimientos para realizar quejas.

Si bien la mayoría de los ejemplos que se presentan en este manual se refieren a políticas gubernamentales –ya sea legislación o servicios públicos de salud–, es necesario tener una perspectiva más amplia de las políticas para empoderar no sólo a los/las participantes que trabajan para los gobiernos, sino también a los que trabajan en las ONGs, en las organizaciones donantes o en otras estructuras, con el fin de que reconozcan que pueden influir e iniciar cambios en las políticas.

Presente una síntesis en una **filmina**.



Definiendo políticas

- Las políticas existen más allá de la legislación y las reglamentaciones de los gobiernos.
- Las políticas existen en todos los niveles de la sociedad –internacional, nacional, provincial, comunitario y familiar–.
- Las políticas existen en los diferentes sectores de la sociedad –gobierno, sector privado, sociedad civil (instituciones religiosas, sindicatos, ONGs) y hogares–.
- Las políticas evolucionan durante su implementación, por lo que muchas veces las intenciones originales de las políticas pueden diferir de las políticas que se ponen en práctica.

Por lo tanto, a grandes rasgos, las políticas pueden definirse de la siguiente manera:

Las políticas son un conjunto de principios, pautas y objetivos para guiar actividades a nivel organizacional, sectorial, nacional o internacional.¹

¹ Tomado de "Formulación, análisis e influencia de políticas", aportes recogidos en el curso ofrecido en Kenia en 1999 por el Centre for African Family Studies.

Definiendo políticas

En China, la palabra políticas incorpora la palabra gobierno. Por lo tanto, "políticas" significa "estrategia del gobierno".

Algunas de las definiciones que dieron los/las participantes del curso en China fueron:

- reglas de comportamiento y principios para la distribución de recursos
- modelos
- esquemas gubernamentales para la distribución de recursos
- maniobra
- las políticas no pueden ser formuladas por cualquiera
- ciertos tipos de reglas de administración de los gobiernos sobre temas específicos
- reglamentaciones
- una serie de leyes y reglamentaciones hechas por la clase dirigente para mantener su propio poder
- un tipo de administración estipulada por el gobierno
- las políticas están por debajo de las leyes y por encima de las reglamentaciones
- las políticas significan actuar de acuerdo con las reglas
- restricciones para los individuos
- reglas orientadoras estipuladas por el Estado
- autoritaria y obligatoria
- incluye negociación y estrategia
- las reglas de la conciencia burocrática

Debido a esta visión limitada, fue necesario analizar una definición más amplia de políticas, como las políticas laborales. Además, ya que se considera que las políticas son un asunto exclusivo del gobierno, resultó importante identificar las formas en que los propios participantes se involucran en el proceso de las políticas. Fue necesario explicar por qué el curso incluye un módulo sobre políticas y que es posible influir en ellas en los diferentes niveles, y que esto es importante para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población.

En este contexto, los/las participantes necesitaron tiempo para explorar el significado de política. Los/las facilitadores/as pidieron a cada individuo que escribiera su propia idea de política, y luego las ideas propuestas fueron discutidas con todo el grupo.

Si su grupo no está familiarizado con el concepto de políticas, conviene dividir la sesión en varios pasos en lugar de tener una discusión grupal.



Paso 3:
Existen políticas formales escritas y otras menos formales y tácitas

Señale las diferencias entre las políticas formales y las informales o tácitas. Por ejemplo, en muchos países los servicios de salud de las zonas urbanas cuentan con mejor infraestructura y equipamiento y más personal que los de las zonas rurales. Probablemente no exista una política formal que establezca que el Ministerio de Salud deba priorizar los servicios de salud urbanos por sobre los rurales. Sin embargo, de hecho, el no insistir en dar igual atención a los servicios rurales significa que más allá de la política escrita, la política real discrimina los servicios de salud rurales y por ende a las personas que se atienden en ellos. Si los cargos directivos del sistema de salud sólo están ocupados por varones porque eso constituye una norma social, entonces esa práctica sugiere la existencia de una política implícita que excluye a las mujeres.

De esa forma, la ausencia de una decisión o el hecho de no prestar atención a un problema también constituye un tipo de “política en la práctica”. Por ejemplo, si no hay legislación o reglamentación o un sistema de salud para asegurar que los más pobres de la sociedad puedan acceder a los servicios de salud, entonces esto puede llamarse una política de facto. Así, la “falta de decisiones” también es una política.

En este manual, la palabra “política” incluye todas las variedades que acabamos de describir. Sin embargo, cuando esté dictando el curso deberá ser más específico. Deberá aclarar a los/las participantes cuando hable de legislación, políticas formales como disposiciones oficiales, políticas establecidas mediante casos judiciales, reglamentaciones, como las decisiones de un gobierno acerca de la aceptación de una droga particular, etc. También podrá referirse a políticas más prácticas como un protocolo para tratar las enfermedades de transmisión sexual, o un sistema institucional acerca de cómo se realiza la supervisión o cómo se promueve a las personas. Usar una sola palabra –política– para todas estos aspectos, puede generar cierta confusión. No obstante, el propósito de este módulo es identificar los sistemas de toma de decisiones y cualquier decisión institucionalizada que los/las participantes quieran cambiar en el nivel de “políticas” que éstas se encuentren.



Actividad 2: ¿De qué forma las políticas identifican y abordan las inequidades de género?

Además de comprender el término “política”, los/las participantes deberán poder señalar si diferentes políticas identifican y tratan las inequidades de género, y cómo lo hacen.

Paso 1:
Ejemplos de diferentes políticas

Prepare una lista de ejemplos de diferentes políticas. La guía incluye algunas ideas. Puede usar esos ejemplos o incluir otros en una nueva guía.



Paso 2:
Trabajo en grupos con los ejemplos

Divida a los/las participantes en grupos de cuatro personas. Entregue a cada grupo una copia de la guía. Pídales que ubiquen cada política en uno de los casilleros de la tabla de la guía. Los/las participantes tienen veinte minutos para este ejercicio en grupos.



Paso 3:
Analice cada una de las políticas con todo el grupo

Analice cada una de las políticas con todo el grupo.

Muestre una **filmina** con la tabla de la guía. Pregunte a uno de los grupos en qué columna ubicaron la política 1. Escuche a los demás grupos para lograr el consenso y escríbalo en la columna correspondiente en la filmina.

Luego pregunte a otro grupo dónde ubicó la política 2, y así sucesivamente hasta cubrir las ocho políticas.

Señale que las columnas ayudan a tener una idea sobre si una política reconoce las normas de género, si las cuestiona y cómo lo hace. Lo ideal sería que tratemos de desarrollar políticas que promuevan la equidad y la igualdad de género o que por lo menos hagan más fáciles las vidas de las mujeres.

Diga a los/las participantes que los/las especialistas en género le han dado nombres a cada uno de estos abordajes. Escriba en la filmina el nombre de cada uno de los abordajes y resuma sus características.

En el ejemplo de la guía, una vez completa, la tabla se verá como se muestra a continuación, aunque según los contenidos adicionales que le hayan dado a cada política, los/las participantes podrán justificar ubicarlas en columnas diferentes.

Diferentes tipos de políticas con abordaje de género

Esta política ignora las normas de género

Esta política reconoce las diferencias en los roles de género, en las responsabilidades y en el acceso a los recursos. Toma en cuenta estas diferencias, pero no intenta cambiarlas.

Esta política reconoce las diferencias en los roles de género, en las responsabilidades y en el acceso a los recursos. Busca mejorar la vida de las mujeres, pero no apunta directamente a cambiar las inequidades existentes.

Esta política reconoce las diferencias en los roles de género, en las responsabilidades y en el acceso a los recursos. Busca generar cambios para promover la equidad de género.

No toma en cuenta el género

Neutral respecto del género

Específica de género

Redistributiva respecto del género

	1		
		2	
		3	
			4
	5		
6			
7			
			8

Qué incluir en la discusión

Políticas inequitativas

Muchas políticas no reconocen las diferencias entre varones y mujeres. Algunas políticas a las que llamamos “inequitativas”, privilegian el bienestar de los varones por sobre el de las mujeres. Son políticas que niegan directamente los derechos de las mujeres o que dan a los varones derechos y oportunidades que las mujeres no tienen. Por ejemplo, una política que niega a una mujer casada el derecho a tener un seguro de salud con su propio nombre, la hace dependiente de su marido para acceder a ese seguro. En un contexto donde el marido está desempleado, se le niega el acceso al seguro de salud tanto a él como a su esposa. Una política que requiere el consentimiento del varón para que una mujer pueda ser esterilizada quirúrgicamente también es inequitativa ya que

deliberadamente da al varón poder sobre la mujer. Este abordaje no está en la tabla de la guía, pero si en su país existen políticas de salud de este tipo, puede incluirlo.

Políticas que no toman en cuenta el género

Una política que no toma en cuenta el género es aquella que no ve las diferencias de género en la distribución de roles y recursos. Una política que puede aparentar ser buena –por ejemplo una política que acerca las clínicas a los hogares de las personas– puede tener diferente impacto en varones y mujeres debido a que éstas muchas veces no controlan los medios de transporte o no tienen dinero para pagar los servicios. Una política de reclutamiento que utiliza el nivel educativo y los años de experiencia como criterios de selección, puede parecer una política justa. Sin embargo, no reconoce el hecho de que muchas mujeres pueden tener muy buena experiencia e idoneidad laboral, pero no tienen acceso a las mismas oportunidades de educación formal que los varones. Por lo tanto esa política estaría discriminando a las mujeres. Sería, en consecuencia, una política que no tiene en cuenta el género –no es intencionalmente discriminatoria, pero de todas formas refuerza la discriminación de género–.

Políticas neutrales respecto del género

Una política neutral respecto del género conoce las diferencias de género pero no intenta promover cambios. Utiliza las diferencias de género de manera instrumental, por ejemplo, una política que brinda educación nutricional exclusivamente a las madres, porque debido a la actual división sexual del trabajo ellas son las que cuidan a los niños/as.

Políticas específicas de género

Una política específica de género contempla las necesidades prácticas de género de los varones y las mujeres e intenta abordarlas. Por ejemplo, crear un área de consultorios separada donde atiendan profesionales mujeres a pacientes mujeres para que puedan hablar libremente sobre sus problemas de salud reproductiva; o diseñar intervenciones educativas en las que se ayude a los varones adolescentes a manejar de maneras positivas las presiones de sus pares para consumir alcohol o fumar.

Políticas redistributivas respecto del género

Una política redistributiva respecto del género intenta cambiar la asignación de roles y la distribución de los recursos y el poder entre los varones y las mujeres en la sociedad. Por ejemplo: concientizar a los varones acerca de las consecuencias que la sobrecarga de trabajo de las mujeres y los embarazos repetidos pueden generar para la salud reproductiva; promover los métodos anticonceptivos masculinos incluyendo inversión para la investigación sobre nuevos métodos masculinos.



10 mins

Paso 4: **Su aporte:** **explicando el** **análisis de las** **políticas**

Explique el concepto de análisis de políticas de la siguiente manera:

El análisis de políticas nos guía para desarrollar políticas futuras

El propósito de analizar las políticas es identificar los factores que facilitan o limitan la acción/inacción (del gobierno). Al examinar el proceso mediante el cual se desarrolló una política y el impacto de este proceso en el contenido y la implementación, podremos aprender lecciones que nos servirán para desarrollar políticas futuras.

El análisis de las políticas también nos permite identificar si una política o una práctica promueve la equidad y la igualdad de género, y cómo lo hace. El presente módulo provee el marco y las herramientas para ayudar a los/las participantes a analizar los procesos de las políticas –retrospectivamente o como parte de una planificación estratégica en curso–.

Ahora que los/las participantes tienen una comprensión consensuada del término políticas y reconocen que éstas pueden no tener en cuenta o abordar las inequidades de género en una variedad de formas, están preparados/as para comenzar con la parte más sustantiva del Módulo de Políticas. El objetivo es que puedan analizar políticas y entender por qué fueron formuladas en un momento en particular y los factores que afectaron su contenido. Esto también los ayudará a comprender si la política toma en cuenta las normas de género y si intenta cambiarlas. Una vez que hayan adquirido confianza en analizar políticas retrospectivamente, podrán pensar qué pueden hacer para definir el contenido de las políticas.

Puntos principales para cerrar la sesión

La razón para hacer un análisis de políticas es poder influir de manera más efectiva en la elaboración e implementación de las políticas.

Sesión desarrollada por Barbara Klugman

SESIÓN 2

Marco para el análisis de los procesos de formulación e implementación de políticas

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán los procesos complejos de formulación e implementación de políticas
- se familiarizarán con un modelo para identificar los factores que afectan las decisiones sobre las políticas y su implementación en los diferentes niveles
- conocerán pautas para tener en cuenta el impacto de las políticas sobre las mujeres y la inequidad de género. Esto significa que todo análisis de política también debe ser un análisis de género.



4 hrs
30 mins

4 horas y 30 minutos

Materiales

- Apuntes para el/la facilitador/a: “Marco para analizar de los factores que afectan la formulación, el contenido y la implementación de políticas”
- Guía 1: “Marco para analizar los factores que afectan la formulación, el contenido y la implementación de políticas”
- Guías 2, 3 y 4: Ejercicio grupal 1, 2 y 3
- Guía 5: “El Congreso vota en contra de la política del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial de arancelamiento de la educación y la salud en los países más pobres” (material de lectura opcional que se incluye en las carpetas de los/las participantes)
- Guía: síntesis de los puntos más importantes de la clase del facilitador/a, preparada por él/ella
- filmina: “Educación sexual en las escuelas”, en la pág. 317
- filmina: Guía 1: “Marco para el análisis de los factores que afectan la formulación de políticas, su contenido e implementación”
- filmina: “Factores del contexto que afectan las políticas”, Cuadro 1 en los apuntes para el/la facilitador/a
- filmina “Identificación de problemas: ¿los problemas de quién?”, Cuadro 2 en los apuntes para el/la facilitador/a
- filmina: “Formulación de políticas mediante el nexo entre consultores/expertos en políticas”, Figura 2 en los apuntes para el/la facilitador/a
- filmina “Cuadro de análisis de actores en el proceso de formulación de políticas”, Tabla 1 en los apuntes para el/la facilitador/a.

Lecturas para el/la facilitador/a

- | | |
|---|--|
| Análisis de políticas | <p>1. Foltz A. The policy process. En: Janovsky K., ed. <i>Health policy and systems development: an agenda for research</i>. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996:207-223.</p> <p>2. Grindle M. y Thomas J. Policy makers, policy choices, and policy outcomes: the political economy of reform in developing countries. <i>Policy Sciences</i>, 1989, 22:213-248.</p> <p>3. Kabeer N. Gender-aware policy and planning: a social relations perspective. En: MacDonald M., ed. <i>Gender planning in development agencies</i>. Oxford, Oxfam, 1994:80-97.</p> <p>4. Reich M. Applied political analysis for health policy. <i>Current Issues in Public Health</i>, 1996, 12(4):186-191.</p> <p>5. Stover J. y Johnston A. <i>The art of policy formulation: experiences from Africa in developing national HIV/AIDS policies</i>. Washington: Policy Project, Futures Group, 1999.</p> <p>6. Walt G. y Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. <i>Health Policy and Planning</i>, 1994, 9(4):353-370.</p> |
| Estudios de caso:
El caso de Sudáfrica | <p>7. Klugman B. Empowering women through the policy process: the making of health policy in South Africa. En: Presser H. y Sen G., eds. <i>Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo</i>. Londres: Oxford University Press, 2000:95-118.</p> <p>8. Klugman B. y Varkey S. J. From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act. En: Klugman B. y Budlender D., eds. <i>Advocacy for abortion access: ten country studies</i>. Johannesburg, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, 2001:249-277.</p> |
| Otros casos de activismo para cambiar políticas | <p>9. Ellsberg M.; Winkvist A. y Liljestrand J. The Nicaraguan Network of Women against Violence: using research and action for change. <i>Reproductive Health Matters</i>, 1997, 10:82-92.</p> <p>10. Nunes F. y Delph Y. Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. <i>Reproductive Health Matters</i>, 1997, 9:66-76.</p> |
| Información sobre el impacto del arancelamiento de los servicios | <p>11. Gilson L. The lessons of user free experiences in Africa. <i>Health Policy and Planning</i>, 1997, 12(4):273-285.</p> <p>12. Schneider H. y Gilson, L. The impact of free maternal health care in South Africa. En: Berer M. y Ravindran S., eds. <i>Safe Motherhood Initiatives: critical issues</i>. Oxford, Blackwell Science Limited for Reproductive Health Matters, 1999:93-101.</p> |
| Lecturas sugeridas en español | <p>Bustelo E. Planificación social, del rompecabezas al abrecabezas. En: <i>De otra manera. Ensayos sobre política social y equidad</i>. Buenos Aires, Homo Sapiens, 2000.</p> |

Cómo conducir la sesión

Esta sesión es una introducción al análisis de políticas. Da tiempo para que los/las participantes trabajen con el marco que se les presenta y luego este trabajo se va consolidando en las siguientes sesiones.

La sesión se divide en tres actividades principales. La primera es su aporte sobre el marco para analizar el proceso de las políticas. La segunda es una actividad grupal en la que los/las participantes toman ejemplos de procesos de políticas específicas para aplicar el marco. En la tercera actividad los grupos comentan sus trabajos y se discute en plenario. Estas actividades resaltan la utilidad del marco de análisis de las políticas.

Si el curso que está dictando busca centrarse en el análisis de políticas, en la planificación estratégica o en *advocacy* o desea prestar mayor atención a estos aspectos en relación con los demás módulos, esta sesión puede ser reformulada y dictada enteramente de manera participativa. En vez de presentar el marco a los/las participantes, puede tratar que ellos/as lo propongan, basándose en sus propios análisis de los factores que afectan la formulación y el contenido de una política específica.

Si desea, puede incluir sólo la primera actividad de esta sesión, y dejar el ejercicio grupal como parte de la Sesión 4, donde se aplican el marco y las herramientas introducidos en esta sesión y en la próxima.



2 hrs
30 mins

Actividad 1: Información sobre el marco de las políticas y sus dimensiones



15 mins

Paso 1: Discusión introdutoria

Es bueno comenzar conversando con los/las participantes sobre cómo creen que se hacen las políticas. Pregúnteles si las políticas son siempre racionales y si siempre se basan en una clara comprensión de los factores subyacentes. Pida a cada grupo que dé un ejemplo específico de política sobre salud o de derechos sexuales y reproductivos. Algunos de los ejemplos pueden ser:

- muchos países prohíben la educación sexual en las escuelas a pesar de la evidencia acerca del alto nivel de embarazos en la población de mujeres escolarizadas
- muchos países gastan gran parte del presupuesto de salud en hospitales urbanos especializados, a pesar de que una gran proporción de su población vive en áreas rurales y no tiene acceso a la atención básica de la salud.

Pregunte por qué se toman ese tipo de decisiones.

De la discusión de estos ejemplos saque conclusiones más generales acerca de que en muchos casos el contenido de las políticas resulta de consideraciones que tienen poco que ver con las necesidades reales de los pobres o de las mujeres pobres. Por lo tanto, la equidad—incluida la equidad de género— muchas veces no es la base sobre la que se toman las decisiones que forjan las políticas.

Qué incluir en la discusión

El abordaje racionalista

La gente suele asociar las políticas con algo basado en la lógica. Imaginan que personas racionales, que cuentan con toda la información posible y que no tienen conflictos de intereses, utilizan esa información para decidir las políticas y luego implementarlas. Esto es conocido comúnmente como el abordaje racionalista del análisis de las políticas.

¿Qué sucede en la vida real?

Sin embargo, en la vida real, las políticas son el resultado de una interacción muy compleja de factores. Quienes formulan las políticas muchas veces tienen información contradictoria. A menudo están involucrados en luchas de poder, ya sea a causa de las elecciones o dentro de una burocracia. Esto puede ser determinante de las decisiones que toman más que cualquier consideración de las necesidades de las personas, los costos o los derechos humanos.

Filmina Relate el ejemplo que se describe a continuación, sobre los factores que afectan la política de educación sexual de un país.



Educación sexual en las escuelas

No existe educación sexual en las escuelas. ¿Cuáles pueden ser los factores que influyen en esta decisión?

- los líderes políticos que temen que el público no los vote si apoyan algún tema que rompería las reglas convencionales, como las normas culturales o religiosas
- el gobierno que no prioriza gastar los fondos en el sistema educativo
- los funcionarios del sector educativo que reaccionan en contra de la educación sexual porque ésta es una sugerencia de un donante y por lo tanto es considerada una presión "externa"
- los tomadores de decisiones que se niegan a cuestionar las normas de género de su sociedad reforzando el desconocimiento de las niñas sobre su cuerpo y sus derechos.

El abordaje interactivo

El concepto de las políticas como resultado de una compleja interacción de factores se conoce como el abordaje interactivo del análisis de las políticas. Las políticas son a menudo arenas de controversia, que reflejan el dominio de grupos e ideologías particulares. Además, las políticas suelen cambiar con el tiempo, pero no como consecuencia de grandes cambios en la legislación o en la práctica. Por ello, muchos analistas se refieren a las políticas como un proceso gradual.

Si usted quiere influir en una política

El contenido de las políticas y su implementación no son siempre racionales. Ambos resultan de una compleja negociación entre muchos factores que pueden tener muy poco que ver con el problema particular que la política intenta abordar. Por lo tanto, para la gente que quiere actuar sobre las políticas es importante poder entender cuáles son los distintos factores que influyen tanto en el contenido como en la implementación de las políticas.



Paso 2: **Las diferentes** **dimensiones del** **marco**

La sesión comienza con su aporte sobre el marco de las políticas y sus dimensiones. El contenido de este aporte se describe en los apuntes para el/la facilitador/a. Si lo desea, puede adaptar su aporte sobre la base de estas notas y utilizar cualquier ejemplo de proceso de una política. Puede resultar útil entregar una guía a los/las participantes al final del Paso 1 con los puntos principales de su presentación (no incluida en el manual).

Debido a la complejidad de esta sesión, el proceso ha sido dividido en varios pasos.



Muestre la **filmina** de la Guía 1: “Marco para el análisis de los factores que afectan la formulación de políticas, su contenido e implementación”. Puede entregar la Guía 1 como referencia en este momento.

En cada dimensión explique: el contexto, los actores y el proceso (identificación de problemas, búsqueda de soluciones, procesos políticos y burocráticos) y los factores dentro de cada uno de éstos. Comience con el contexto y utilice los apuntes para el/la facilitador/a. Esto está pensado como un rápido repaso antes de considerar en detalle cada dimensión.



Paso 3:
Explicando los factores del contexto



Prepare una **filmina** con las principales categorías del Cuadro 1: “Factores del contexto que influyen en las políticas”, indicados en los apuntes para el/la facilitador/a. Éstos incluyen factores sociales, políticos, económicos, culturales y los factores nacionales e internacionales inmediatos. Cuando explique cada uno de estos factores, use el ejemplo de un país o una política en particular. El estudio de caso de Sudáfrica sobre el proceso de cambio de la ley de aborto es un ejemplo claro. En los apuntes para el/la facilitador/a, este ejemplo viene a continuación de la tabla, pero úselo junto con la explicación de la tabla para que pueda volver a referirse a la filmina del marco de las políticas.

Puntos para resaltar

Las políticas son producto del contexto

Para cambiar las políticas es necesario actuar sobre diversos aspectos del contexto con el fin de crear un medio propicio para ese cambio y su implementación. Por ejemplo, un cambio de gobierno puede constituir una oportunidad para hacer una intervención. De igual modo, el colapso de la economía puede dificultar los esfuerzos dirigidos al cambio de una política que requirieran fondos adicionales para la implementación.

El contexto afecta la formulación de las políticas y su grado de implementación.

Las normas de género son parte de este contexto

El análisis del contexto debe incluir el análisis de la forma en que las normas de género, los valores sociales acerca de las mujeres, la división del trabajo y otras dimensiones consideradas en el Módulo 1 son relevantes. Éstas deben ser tenidas en cuenta en el análisis de políticas de manera tal que incluya un análisis de género.



Paso 4:
¿Quiénes son los actores en las políticas?



Refiérase nuevamente al marco y vuelva a mostrar la **filmina**. Anuncie a los/las participantes que ahora pasarán a la siguiente dimensión: los actores que tienen intereses en la formulación y en la implementación de una política. Mencione los actores principales que intervienen en el proceso de las políticas: políticos, funcionarios gubernamentales, investigadores, ONGs y asociaciones profesionales o religiosas. Explique el rol de cada uno de estos actores en el proceso de las políticas y dé ejemplos ilustrativos.

Por lo general las mujeres no están organizadas dentro de organizaciones para hacer oír su voz. Es importante identificar si, en el ejemplo de proceso de políticas que describió participaron organizaciones de mujeres pobres o marginales. Dedique algún tiempo a la discusión sobre qué se puede hacer para apoyar la participación de los grupos de mujeres pobres o marginalizadas en los procesos de cambio.



Paso 5: Continúe refiriéndose a la **filmina** e indique que ahora pasarán del contexto y los actores al proceso. Este marco considera tres aspectos del proceso:

¿Cuál es el proceso?

- el proceso de identificación del problema
- el proceso de búsqueda de una solución
- el proceso político y burocrático.

Mencione los puntos principales del proceso de identificación del problema que se incluyen en los apuntes para el/la facilitador/a y explíquelos.



Luego muestre la **filmina** del Cuadro 2: “Identificación de problemas: ¿los problemas de quién?”, que se incluye en los apuntes para el/la facilitador/a. Discuta lo que es necesario hacer para que los grupos pobres o marginados no sean excluidos del proceso de identificación de problemas y que no se convierta en un ejercicio realizado sólo por académicos y burócratas.



Paso 6:
El proceso de identificación de problemas

Luego de aportar esta información, pida a los/las participantes que cuenten al grupo sus experiencias sobre definiciones efectivas y definiciones inapropiadas de un problema.

Puntos para resaltar

Un problema sólo es reconocido como tal cuando la gente preocupada por ese tema interviene de alguna forma.

Cómo se define un problema depende de quién participa en su definición.

Es esencial que la forma de definir un problema esté basada en los intereses de aquellos que están marginados o que son discriminados, de manera tal que la equidad esté en el centro de la definición del problema. Las políticas deben apuntar, al menos, a ser específicas de género e, idealmente, a ser redistributivas.

La transversalización del género en la salud significa que debemos asegurarnos de que las perspectivas de las mujeres, sus experiencias y prioridades sean tomadas en cuenta en la definición de los problemas.



Paso 7:
Búsqueda de soluciones

Ahora pase a la búsqueda de soluciones e incluya los puntos principales de los apuntes para el/la facilitador/a. Destaque el hecho de que, con frecuencia, ni la identificación del problema ni la búsqueda de su solución involucran a quienes lo sufren, sino que se guían por los intereses de grupos particulares, como por ejemplo:

- consultores que quieren hacer más investigaciones
- políticos que quieren mantener su apoyo político
- donantes que quieren apoyar un programa que cuadra dentro de las políticas de su país o de los valores de su institución: por ejemplo, un programa vertical que sólo provee servicios de anticoncepción o sólo servicios de enfermedades de transmisión sexual, independientemente de su impacto en la gente.



Muestre la **filmina** de la Figura 2: “Formulación de políticas mediante el nexo entre consultores/expertos en políticas”, de los apuntes para el/la facilitador/a. La ilustración muestra de qué forma las soluciones pueden representar los intereses de un pequeño grupo de personas. Señale que en esta ilustración, los/las activistas han sido excluidos/as del proceso de las políticas, y así se elimina el rol clave de crear una interfase entre los

problemas, las soluciones y los procesos políticos. El término “activistas” aquí se utiliza específicamente para aquellos actores que ponen las cuestiones de género y equidad en el centro de su agenda.

Puntos para resaltar

Las soluciones deben reflejar las vivencias y las necesidades de las personas más desprotegidas de la sociedad para promover el abordaje de la salud basado en los derechos humanos, y específicamente para promover la equidad de género.

Las soluciones deben ser realistas y no proponer políticas o planes que no pueden ser implementados. Se deben identificar qué pasos se pueden dar para superar los obstáculos que dificultan la implementación.

Los/las participantes pueden mostrar cierta preocupación acerca de qué parte de una solución va a depender de la legislación o de las políticas, o de las reglamentaciones, etc. Esto varía en cada país y deberá informarles a los/las participantes que tendrán que averiguar cómo funciona este tipo de cosas en sus respectivos países. A veces las “políticas” son simples instrucciones emitidas por la burocracia.



10 mins

Paso 8: El proceso político y burocrático



Filmina Vuelva a referirse al marco. Ha señalado la influencia del contexto general y de los procesos de definición y solución de problemas en el contenido de una política.

Ahora puede continuar con el rol del proceso político y burocrático utilizando las preguntas y el contenido de los apuntes.



15 mins

Paso 9: Juntando el contexto, los actores y el proceso



Filmina Vuelva a referirse al marco. Ha mencionado la influencia del contexto general sobre el contenido de una política, quiénes son los actores que influyen en las políticas, y también el impacto que tienen los procesos de definición y solución de problemas en la formulación de políticas. En el proceso político y burocrático se incluye también la implementación de las políticas.

Filmina Muestre la filmina de la Tabla 1: “Cuadro de análisis de actores en el proceso de formulación de políticas”, que se incluye en los apuntes. Esto da a los/las participantes una idea sobre cómo juntar las tres dimensiones (contexto, actores y proceso). Ellos/as deben marcar los diferentes casilleros o escribir notas breves en cada uno.

Puntos para destacar

Muchos actores diferentes afectan la identificación del problema, la búsqueda de su solución y los procesos políticos de toma de decisiones

Es esencial identificar a los actores y entender sus motivaciones, su poder y su influencia con el fin de poder desarrollar estrategias para dirigirse a ellos. Asimismo, para responder a las posturas de los grupos opositores, se deben desarrollar estrategias coherentes y efectivas, utilizando términos y un lenguaje que puedan entender los tomadores de decisiones.



10 mins

Paso 10: El rol de los activistas de políticas

El último paso antes de concluir este aporte es hablar sobre el rol de los activistas en la inclusión de problemas y soluciones en la agenda política. Para esto utilice los apuntes.



10 mins

Paso 11: Concluyendo la actividad

Una vez que finalizó la presentación del marco general, los siguientes puntos resumirán los principales factores que influyen en las políticas y su implementación.

Puntos para resaltar La legislación y las políticas sobre salud sexual y reproductiva y su implementación reflejan el contexto social, político y económico

Cada contexto requiere su propio análisis, el desarrollo de diferentes estrategias y la puesta en práctica de distintas acciones para implementar esas estrategias.

Lo que no varía es la necesidad de asegurar que las soluciones sean efectivas para satisfacer las necesidades de las mujeres, varones y adolescentes, y que contribuyan a lograr una asignación más equitativa de responsabilidades entre los sexos.

Implementación

Los contenidos hasta ahora expuestos se refieren a la formulación de las políticas. Se puede hacer un análisis similar para su implementación. Por ejemplo, ¿cuál es el contexto en el que la política es implementada? ¿Cuáles son los procesos y los mecanismos (especialmente los procesos políticos y burocráticos) para la implementación de las políticas? ¿Quiénes son los actores que tienen intereses en la implementación de una política determinada? ¿Qué actores la apoyan y quiénes se oponen?



Actividad 2: Aplicando el marco del análisis de las políticas

Divida a los/las participantes en tres grupos.

Explique la actividad. Se trata de la aplicación del marco de análisis de políticas para identificar los factores que afectan un ejemplo específico de una política. Las Guías 2-4 contienen tres ejercicios para analizar los procesos de las políticas. Puede usar un solo ejercicio con los tres grupos o un ejercicio diferente con cada uno. Si lo desea, puede usar ejemplos recientes de los países de los/las participantes. También puede utilizar los ejemplos de procesos de políticas que se incluyen en la Sesión 4 sobre estudios de caso.

En el curso de Sudáfrica, donde por lo general hay participantes locales, se utiliza el caso de la atención de la salud gratuita instituida por el gobierno. También suele haber participantes de Zambia y otros países africanos que han aplicado recientemente sistemas de arancelamiento de los servicios u otros sistemas de "recuperación de costos". Dado que muchos tienen experiencia con estas medidas, se les pide que hagan el ejercicio de la Guía 2, referido al arancelamiento de los servicios, usando su propio conocimiento del tema.

Si hay participantes de países con y sin sistemas de arancelamiento, se puede hacer la actividad en dos grupos: uno con los/las participantes de países en los que la atención es gratuita y otro con los/las participantes de países con sistema de "pago por prestación". En los casos donde hay muchos/as participantes puede haber más de un grupo para cada tema.

El propósito de utilizar dos situaciones de políticas opuestas es darles a los/las participantes la oportunidad de comparar los diferentes contextos y procesos de las políticas, los sistemas de toma de decisiones y los actores que han generado esas diferentes políticas.

En China se utilizó un abordaje alternativo. Algunos de los/las participantes del curso tenían mucha experiencia en la formulación de políticas, mientras que otros no tenían ningún tipo de experiencia. El facilitador dividió a los/las participantes en dos grupos, uno con y el otro sin experiencia.

Al grupo con experiencia se le pidió que identificara un ejemplo de una política existente que conocieran. Este grupo tuvo que describir el proceso que condujo a la formulación de esa política. El facilitador sabía que este ejercicio sería un desafío para los formuladores de políticas ya que no es posible dar una descripción simple de cómo se hace una política. Al segundo grupo se le pidió que mediante el ejemplo de una política hipotética pensarán en una cuestión específica.

Cada grupo tuvo la oportunidad de hacer una devolución. Luego el facilitador guió la discusión sobre el proceso de política ideal comparado con el proceso de política real.

Los/las participantes tienen una hora para realizar esta actividad y escribir su análisis en un papelógrafo.



Actividad 3: Presentaciones de los grupos y discusión



Paso 1: Devoluciones de los grupos

Cada grupo tiene la oportunidad de comentar sus conclusiones en no más de diez minutos. Invite luego a una discusión plenaria.

Éstas son algunas de las cuestiones que a menudo surgen respecto del arancelamiento en el estudio de caso 1:

- Cuando un país depende de los donantes internacionales (contexto) suele haber presión para que se implemente el sistema de pago por prestación.
- La crisis económica y las presiones de las instituciones financieras internacionales tienen un impacto significativo sobre el acceso a los servicios de salud (contexto).
- El nivel de compromiso de los políticos respecto de la equidad (actores/clima político) afectará la introducción o no de los aranceles.
- Un cambio en el sistema puede generar grandes inconvenientes para los/las trabajadores/as de la salud (actores/burocracia), a quienes por lo general no se consulta antes de implementar un cambio de política. Por lo tanto, podrían negarse a realizar los esfuerzos necesarios para poner en práctica un nuevo sistema.
- La ausencia de mecanismos para incorporar los aportes de la población, los grupos de presión y las ONGs que representan los intereses de los pobres en las políticas, crean una situación en la que los que están en el poder no reciben la presión suficiente para destinar más recursos a la salud.
- El sistema de pago por prestación tiene un impacto más fuerte sobre el acceso de las mujeres a los servicios, en comparación con los varones, debido al menor control de los recursos económicos del hogar por parte de las mujeres. Esto es un ejemplo de una política que si bien no toma en cuenta el género, no intenta discriminar específicamente a las mujeres.



Paso 2:
Lecciones aprendidas

Si bien la discusión grupal se centrará en los ejercicios que realizaron los grupos, es importante que en esta parte de la sesión reflexionemos sobre las lecciones aprendidas. La reflexión será acerca de cómo los distintos factores afectan el contenido y la implementación de las políticas, y hasta qué punto éstas abordan la igualdad y la equidad de género.

Identifique los aspectos del marco que hayan sido difíciles de utilizar para los grupos y aclárelos. Pregunte a los/las participantes en qué forma este ejercicio los/las ha ayudado a descubrir por qué las políticas no siempre son lógicas.

Al concluir, señale que si bien esta actividad, al igual que la presentación anterior, son análisis retrospectivos –que analizan cómo fue el proceso de una política o su implementación–, la metodología también es útil para la planificación a futuro. Éste será el tema de la Sesión 3, de manera que los comentarios de cierre de esta sesión nos conducirán a ella.

Para cerrar la sesión entregue a los/las participantes la Guía 5.

Sesión desarrollada por Barbara Klugman



Apuntes
para el/la
facilitador/a:

Marco para analizar los factores que afectan la formulación, el contenido y la implementación de políticas

Una versión algo más sencilla de este marco fue publicada originalmente en Klugman B. Mainstreaming gender equality in health policy. Agenda, 1999:48-70.

Este apunte sólo incluye un resumen de los puntos principales, no es una síntesis definitiva. Lo podrá reformular y adaptar al grupo con el que está trabajando.

Este marco se basa en los conceptos clave del análisis de políticas que han sido desarrollados en la última década. Se basa en particular en el trabajo de Walt y Gilson [1] que reconoce la influencia del contexto, los actores y los procesos políticos sobre el contenido de las políticas, y en la conceptualización de Kingdon [2] sobre la existencia de "múltiples corrientes" de problemas, soluciones y políticas, y la necesidad de "emprendedores de políticas" para crear vínculos entre estas corrientes. Con relación a los actores clave, se basa en el trabajo de Reich [3] sobre mapeo político.

Figura 1: El marco



1. La influencia del contexto sobre el cambio de las políticas

La legislación y la implementación de los derechos sexuales y reproductivos reflejan el contexto social, político y económico predominante, así como también los nexos nacionales/internacionales.

El contexto se puede dividir en contexto socioeconómico y político; factores de contexto inmediatos; factores internacionales y factores culturales (véase Cuadro 1).

Cuadro 1: Factores del contexto que afectan las políticas

Adaptado de Leichter H. M. *A comparative approach to policy analysis: health care in four nations*. Cambridge, Cambridge University Press, 1979.

El contexto social

- Posición de las mujeres:
 - en la economía, el sistema educativo, el status legal
 - en las estructuras de parentesco y herencia
 - en las organizaciones de la sociedad civil y en la vida dentro de la comunidad
- Abordaje legal y sociocultural de los derechos individuales relativos a los derechos del grupo/familia
- Contenido de género de estos derechos, por ejemplo si un niño pertenece a sus padres, su padre, su madre o sus familias
- Estructura nacional de recursos humanos:
 - capacidad de gerenciamiento
 - capacidad de investigación
- Existencia de infraestructura para la provisión de servicios sociales como educación, salud, agua, electricidad, sistemas de transporte, telecomunicaciones y radiodifusión

El contexto político

- Constitución o marco legal:
 - ¿incorpora la perspectiva de derechos humanos?
 - ¿incorpora la equidad de género?
 - la perspectiva religiosa – ¿quién controla la interpretación de la religión?
- Naturaleza histórica del régimen político, por ejemplo comunista/izquierda, derecha; democracia o dictadura
- Rol de la sociedad civil:
 - ¿quién tiene derecho a votar?
 - ¿quién tiene derecho a elegir partidos políticos?
 - ¿existe una práctica de rendir cuentas a la población?
- Marco para la relación entre la sociedad civil y el gobierno, por ejemplo, sistema de lobby; instituciones que intervienen en las negociaciones
- ¿Hay reconocimiento del rol de las tareas de *advocacy*?
- ¿Qué espacio hay para las críticas? ¿Hay espacio para la libertad de expresión de la prensa?
- Nivel de organización política de la sociedad civil, por ejemplo sindicatos, movimiento de mujeres, movimiento estudiantil, etc.
- Participación y representación de las mujeres

El contexto económico

- Naturaleza de la economía: economía dirigida, economía de mercado o economía mixta
- Existencia de recursos
- Prioridades en la distribución de recursos: ¿la equidad es un factor?
- Influencia de los intereses internacionales en la distribución de los recursos, incluido el
 - poder relativo de los donantes
 - nivel de control del gobierno sobre el dinero aportado por los donantes
- Distribución y contabilidad de los recursos centralizada o descentralizada

El contexto cultural

- Valores sociales y normas sobre género, reproducción y sexualidad predominantes de carácter religioso o étnico o asociados a otros procesos históricamente institucionalizados
- Prácticas tradicionales que puedan socavar la salud o los derechos sexuales y reproductivos
- Nivel de institucionalización de las inequidades de género u otras inequidades, por ejemplo hasta qué punto los valores patriarcales están incorporados en las normas institucionales y los sistemas de toma de decisiones

El contexto inmediato

- Impacto de un cambio de gobierno y los cambios de ideología asociados
- Impacto de la guerra
- Impacto de los cambios en la identidad nacional como resultado de cualquiera de los anteriores
- Impacto de un acuerdo internacional, como por ejemplo la CEDAW o un consenso internacional como la CIPD
- Impacto del colapso de los mercados

El contexto internacional

- Proporción de fondos aportados por donantes dentro del presupuesto nacional; abordaje intersectorial (*sector-wide approach – SWAP*) o financiamiento por proyecto/programa
- Naturaleza de las alianzas y los compromisos internacionales
- Ratificación o rechazo de los tratados de derechos humanos clave

El impacto del contexto en los esfuerzos para liberalizar la legislación sobre aborto en Sudáfrica

- En 1996 se aprobó la ley de Elección de la Interrupción del Embarazo (*Choice on Termination of Pregnancy Act*). Esta ley permite el aborto por simple demanda hasta las doce semanas. También lo autoriza hasta las veinte semanas en una amplia serie de circunstancias y mediando la consulta con un/una trabajador/a de la salud. Las adolescentes no necesitan la autorización de sus padres; y parteras capacitadas pueden realizar abortos.

Muchas personas se preguntan cómo fue posible que se sancione esta ley, y hasta qué punto este proceso puede ser seguido en otros países. Es importante reconocer que las mismas actividades no producirán idénticos resultados en contextos diferentes.

Algunos de los factores clave en relación con el contexto socioeconómico y político que facilitaron la aprobación de esta ley en Sudáfrica son:

- La Constitución de Sudáfrica incluye la equidad de género. También garantiza la seguridad y el control del propio cuerpo; y el derecho a tomar decisiones informadas respecto de la reproducción. Con relación a la atención de la salud, contempla el derecho al acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva. En la Constitución, las leyes y las políticas existe un compromiso profundo con los derechos humanos; también hay compromiso con los derechos religiosos pero no a expensas de los derechos individuales a la equidad. Por lo tanto, el contexto era favorable para la creación de una política

redistributiva de género – la redistribución de los derechos reproductivos para que las mujeres también puedan ejercer estos derechos.

- El sistema de salud es de mala calidad e inequitativo pero funciona y la provisión de servicios de aborto es posible. Esto, a su vez, depende de la habilidad del gobierno para implementar el compromiso general de mejoramiento de los servicios de salud.

Factores culturales clave que influyeron para la aprobación de la ley en Sudáfrica:

- La población de Sudáfrica es religiosa, profesa diversas religiones aunque predominantemente cristianas. Existe un fuerte discurso de la “tradición” patriarcal africana. Sin embargo, en el momento del proceso legislativo, el discurso predominante en las organizaciones de la sociedad civil era el de los derechos humanos, incluidos los derechos de las mujeres, y particularmente el derecho a la equidad. Por lo tanto, en el proceso legislativo, fue posible movilizarse respecto del derecho de las mujeres al aborto –particularmente el derecho de las mujeres negras que previamente habían sido discriminadas y privadas de sus derechos civiles–. Antes de esta ley, sólo las mujeres blancas y adineradas podían acceder al aborto. Sin embargo, dado el rol significativo de la religión y el concepto de valores africanos tradicionales, fue necesario asegurar que los líderes religiosos y las personas que representaban los valores “africanos” se manifestaran a favor de las nuevas leyes para poder sancionarlas.

Un factor significativo de contexto inmediato fue el cambio de gobierno en 1994, luego de años de *apartheid* y discriminación:

- El nuevo gobierno elegido democráticamente se había comprometido a implementar cambios sociales y legales en todos los frentes. En este sentido, quería ser visto actuando en consecuencia. Paralelamente, su plataforma sobre derechos humanos incluyó el imperativo moral de poner fin al control de población (tanto el control de la fecundidad como de movimiento). Éste fue, por lo tanto, un contexto muy propicio para plantear el derecho de las mujeres a controlar su fecundidad mediante el acceso al aborto como parte de una estrategia más amplia de salud y derechos reproductivos.

El papel del contexto internacional no fue muy significativo:

- Debido a las sanciones, Sudáfrica había estado aislada de las tendencias internacionales, por lo que la CIPD y otros acuerdos internacionales no tuvieron gran influencia sobre esta ley. Sin embargo, la tendencia global hacia el abordaje macroeconómico que promueve la restricción fiscal produjo escasez de fondos para implementar el compromiso de aumentar el acceso a la atención de la salud, incluida la provisión de nuevos servicios, como los servicios de aborto. Por otro lado, los nexos entre las ONGs de distintas partes del mundo contribuyeron a la elaboración de la nueva ley, ya que las organizaciones no gubernamentales de Sudáfrica tuvieron acceso a la experiencia de distintos países sobre cómo redactar la legislación. Las lecciones aprendidas de otros países fueron tomadas en cuenta y compartidas con los legisladores.

2. La influencia de los actores sobre el contenido de la política

Para desarrollar una estrategia coherente, es muy importante identificar qué actores o personajes clave comparten el mismo objetivo de cambiar una política, y qué actores están en contra. ¿Quiénes tienen poder o influencia y quiénes no? ¿Quiénes están organizados y quiénes no? ¿Se podrían movilizar otros grupos para apoyar su objetivo? Una vez que los actores están identificados, es necesario identificar estrategias específicas: trabajar con los que comparten esa meta y neutralizar a aquellos que no. El análisis del proceso político de toma de decisiones también ayudará a comprender las motivaciones de los encargados de tomar las decisiones. Sin embargo, es necesario tener en cuenta las motivaciones, los intereses, los recursos y la influencia de todos los actores.

Por lo general las mujeres pobres no están organizadas en organizaciones que hacen oír sus voces. Es importante saber si existen o no organizaciones de mujeres pobres o marginales y las formas de apoyar su participación en los procesos de cambio.

Algunos ejemplos de actores que influyen en el proceso de formulación de las políticas y su implementación:

- políticos y partidos políticos
- funcionarios del gobierno
- ONGs
- asociaciones comunitarias/"asociaciones de la gente"
- grupos de votantes específicos (por ejemplo, organizaciones profesionales, organizaciones religiosas)
- medios de comunicación
- instituciones de investigación.

Algunos de estos actores apoyarán una política o un objetivo de implementación mientras que otros se opondrán. Algunos tendrán más recursos y poder que otros y por lo tanto tendrán mayor influencia. Algunos estarán organizados y otros no. Es preciso hacer un análisis de los actores para reconocer a los potenciales aliados y opositores a los que se pueda movilizar para apoyar un proceso de cambio específico y los recursos que estos actores tienen o no.

3. La influencia del proceso de identificación de los problemas sobre el contenido de las políticas

El marco muestra que el proceso de identificación de problemas es muy importante para asegurar que la política que se formule y su implementación estén dirigidas a promover la equidad de género y la equidad social. Cuando las personas que definen un problema no tienen un verdadero compromiso con las necesidades de la mayoría, la definición resultante no reconocerá los intereses específicos de la mayoría. La transversalización del género en salud significa asegurar que los problemas se definan sobre la base de las perspectivas, las experiencias y las prioridades de las mujeres; significa concentrarse en la equidad, priorizar las necesidades de las personas en condiciones sociales más desfavorables, sean niños, mujeres, varones o grupos de personas específicos.

El siguiente cuadro señala cuestiones relacionadas con el proceso de identificación y definición de los problemas. Estos procesos deben ser tomados en cuenta cuando se analiza cómo se generó o se planifica una política o se implementa una intervención. Nuevamente se utiliza la experiencia de Sudáfrica para mostrar de qué modo el tema del aborto primero se identificó como un problema para poder ser incluido en la agenda política.

Cuadro 2: Identificación de los problemas: ¿los problemas de quién?

¿Quién define el problema?

- Es necesario asegurar que las perspectivas de la gente –mujeres, varones, adolescentes (y dentro de éstos, grupos de varones, mujeres y adolescentes marginados)– sean escuchadas y que la legislación, así como los programas, estén diseñados para satisfacer sus necesidades tal como estas personas las perciben
- Es necesario asegurar que la inequidad no calle las voces y las experiencias de ciertos grupos, como por ejemplo las mujeres pobres a quienes no se les reconoce el derecho a emitir una opinión, o que no tienen confianza para expresar sus puntos de vista.
- Es necesario asegurar que la manera en que se define el problema, identifique el impacto específico que éste tiene sobre la situación de las mujeres pobres en la sociedad así como también sobre su vida cotidiana: algunas cuestiones críticas, como señalamos en el Módulo de Género, son su poder, sus roles, y su acceso y control de los recursos.

El proceso de definición del problema en Sudáfrica

- Sociedad civil: el proceso de consulta de la *Conferencia Mundial de la Salud de la Mujer*, en 1994 movilizó a organizaciones de base, activistas y futuros burócratas del gobierno de áreas rurales y urbanas. La conferencia hizo hincapié en la participación de las mujeres negras debido a la histórica discriminación por raza. Este proceso generó consenso acerca de los principales problemas de la transformación del sistema de salud con relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se redactaron propuestas de políticas sobre salud materna, anticoncepción, acceso al aborto, cáncer, ETS, VIH/SIDA, etc. También se realizaron propuestas contra la discriminación que incluían temas como el envejecimiento, la salud de las lesbianas, el acceso al agua potable, etc.
- Partido político (African National Congress): consideró el aporte de los miembros de distintos sectores en interacción con los analistas de los partidos políticos para identificar las prioridades y las acciones: atención de la salud gratuita; equidad entre las provincias; igualdad entre las razas; problemas de violencia; promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Constitución: proceso participativo con propaganda; respuestas de la sociedad civil; lobby de las organizaciones de mujeres por el derecho a la salud reproductiva.

4. El proceso de búsqueda de soluciones influye en el contenido de las políticas

Existen muchas instituciones de la sociedad, como las universidades, el sector privado y el personal técnico del gobierno, cuya tarea es proponer soluciones para los problemas de la sociedad. Por lo general, hay diferentes maneras de resolver un problema. Para tratar de entender cómo se desarrolló una política es importante analizar cuáles son las soluciones propuestas, quién las propone, por qué y qué intereses representa.

Las soluciones deben apuntar a la equidad –asegurando que se tengan en cuenta los obstáculos que se interponen en la salud sexual y reproductiva de las personas con menos recursos y poder, que son principalmente las mujeres–. Las soluciones tienen que apuntar a la igualdad –asegurando que el programa o política incluya a todas las personas y que se implemente de manera tal que se reviertan las inequidades en la distribución de los recursos y el poder entre hombres y mujeres y entre distintos grupos sociales–.

Es esencial establecer mecanismos durante el proceso de *advocacy* para reunir información sobre cómo viven estas cuestiones las personas más pobres o las personas que son discriminadas y qué tipo de soluciones mejorarían su situación general.

Por lo general, no participan en la identificación del problema ni en la búsqueda de su solución las personas que lo sufren, sino que más bien responden a los intereses de grupos particulares como:

- consultores que esperan hacer más investigación
- políticos que quieren mantener su apoyo político
- donantes que quieren apoyar un programa que cuadra dentro de las políticas
- de su país o de los valores de su institución: por ejemplo un programa vertical que sólo provee servicios de anticoncepción o sólo servicios de enfermedades de transmisión sexual, independientemente de su impacto en la gente.

La figura “Formulación de políticas mediante el nexo entre consultores/expertos en políticas” muestra de qué manera las soluciones pueden representar los intereses de un reducido grupo de personas. Observe que en esta ilustración, los activistas han sido excluidos del proceso de la política y así se pierde su rol clave para crear una interfase entre los problemas, las soluciones y el proceso político.

Figura 2: Formulación de políticas mediante el nexo entre consultores y políticos



EL CONTENIDO de la política está sesgado por no tener en cuenta los problemas tal como son definidos por los pobres o los marginados, incluidas las mujeres (por ejemplo, falta de redistribución del poder y del acceso y control de los recursos).

También es esencial considerar si una solución puede o no ser implementada –¿se cuenta con los recursos (personal, fondos, infraestructura) para implementar la solución?–. Hay otras cuestiones menos tangibles, como la capacidad de gerenciamiento o la voluntad institucional para implementar cambios, que también deben ser consideradas para que las políticas o los programas sean realistas. Por otra parte, las soluciones deben tener en cuenta y abordar las barreras potenciales que puedan afectar la implementación.

El proceso de búsqueda de soluciones en Sudáfrica

En Sudáfrica, luego del proceso de identificación del problema con relación al aborto, se aplicó una serie de soluciones específicas. Por ejemplo, una ONG preparó un borrador de la ley como base para el lobby. Diferentes grupos de interés discutieron acerca de cuál sería la mejor solución posible. Por ejemplo, los médicos y las ONGs que incluían abogados argumentaban que no se debería permitir que las enfermeras realizaran abortos. Esto puede interpretarse como un intento de los médicos para mantener la exclusividad de esa práctica, apoyados por otros profesionales como los abogados.

Por el contrario, los grupos que defendían los derechos y la salud de las mujeres sostuvieron que se debería permitir que las enfermeras realizaran los abortos del primer trimestre, para garantizar el acceso de las mujeres de zonas rurales, ya que en esas áreas hay pocos médicos. Finalmente, teniendo en cuenta el compromiso del nuevo gobierno respecto de la equidad de acceso, la ley estableció que las parteras podrían realizar abortos.

El proceso de búsqueda de soluciones en Sudáfrica prestó poca atención a las cuestiones relativas a la implementación. Los que participaron en la elaboración de la nueva política nunca habían estado en el gobierno y tenían poca experiencia acerca de los sistemas de salud. La ley no prevé cómo se hará para aplicarla dentro de un sistema de salud con limitada capacidad de derivación y con dificultades en el abastecimiento de medicamentos.

Por otro lado, tampoco se consideró si los/las trabajadores/as de la salud apoyarían o no la ley de liberalización del aborto. Si bien había cierta información que indicaba que las enfermeras no apoyarían el cambio de la ley, la nueva ley no tomó en cuenta sus intereses. El proceso de su formulación no incluyó la consulta a las organizaciones de enfermeras para conocer sus opiniones y generar en ellas el sentimiento de que la nueva ley les pertenecía. Después de su implementación, muchas enfermeras se negaron a derivar mujeres que necesitaban abortos. No se estableció ningún sistema para promover el apoyo de los/las trabajadores/as de la salud ni para obligarlos/as a aplicar la ley.

Otro factor que no fue considerado en la búsqueda de soluciones fueron las estrategias necesarias para que las mujeres conocieran la ley, sus nuevos derechos y cómo acceder a ellos.

5. El proceso político y burocrático afecta el contenido de las políticas

¿Cómo se hace para incorporar en la agenda de las políticas los problemas identificados mediante los procesos que fueron descritos anteriormente? Esto requiere un análisis de los procesos políticos y de implementación y de las oportunidades de intervención. Este análisis debería incluir lo siguiente:

¿Quién tiene la responsabilidad de formular e implementar una legislación o política en un país, área o lugar de trabajo específico?

En el contexto de un país esto incluye:

- los políticos
- los distintos niveles del gobierno y todos los cuerpos responsables de implementar una ley o una política
- otras personas pertenecientes a una “elite”, como poderosos empresarios o líderes religiosos.

Es importante evaluar qué proporción de los tomadores de decisiones son mujeres o personas provenientes de sectores históricamente desprotegidos de la sociedad que puedan estar a favor de una política que promueva la equidad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

¿Existen oportunidades formales o informales para canalizar la opinión de la gente?

Algunos procesos políticos incluyen mecanismos formales como sistemas de lobby o audiencias públicas en las que los diferentes actores pueden presentar sus perspectivas. En otros, las decisiones se toman “entre bambalinas” y la influencia se ejerce a nivel personal.

Por lo tanto, se debe considerar si hay momentos dentro del sistema político formal (como audiencias públicas, sesiones abiertas o presentaciones de reportes gubernamentales) en los que la gente pueda intervenir. El método informal constituye un desafío muy diferente para influir en las políticas, dado que el acceso a los formuladores e implementadores de las políticas es posible a través de quienes desarrollan relaciones personales con los que están en el poder. Muchos sistemas incluyen ambos mecanismos –formales e informales– de toma de decisión. Cuando la gente habla de incorporar la perspectiva de género a los sistemas políticos, frecuentemente se refiere a los momentos informales en los que se toman decisiones políticas, como por ejemplo cuando los hombres salen a tomar algo a la noche –una actividad que por lo general excluye a las mujeres tomadoras de decisiones– debido a sus responsabilidades domésticas.

¿Cuáles son las preocupaciones de los tomadores de decisiones?

Grindle y Thomas [4] identificaron cuatro cuestiones diferentes que parecen ser los factores principales que afectan las decisiones tomadas por los políticos y los funcionarios jerárquicos del gobierno. Éstos son:

- el significado del cambio para la estabilidad política y para el apoyo político
- el asesoramiento técnico que reciben
- sus relaciones con los actores internacionales
- el impacto que tienen las opciones que eligen en las interacciones burocráticas, por ejemplo, cómo las políticas o las decisiones sobre implementación afectan su poder en el trabajo, sus niveles de responsabilidad, etc.

Es importante analizar cuáles son los factores que influyen sobre los que están en el poder, de manera tal que las actividades de *advocacy* estén dirigidas a sus preocupaciones, en un lenguaje que ellos puedan entender.

Procesos políticos y burocráticos en el caso de Sudáfrica

Procesos y mecanismos políticos

- En el caso de Sudáfrica, el cambio de gobierno de 1994 fue producto de una sociedad civil altamente organizada. Esto significó que el nuevo gobierno se comprometiera a mantener un proceso participativo para la formulación de las políticas. Para que este proceso funcione se estableció una serie de mecanismos que incluían audiencias públicas en el Parlamento. También existen oportunidades en determinados momentos del proceso legislativo para que la gente pueda aportar sus ideas u opiniones en forma escrita. Una vez iniciada la implementación hay menos mecanismos para que el público opine, y se han establecido escasos mecanismos dentro de la burocracia para que las decisiones sean tomadas de manera participativa. Existen, además de los servicios de radio y televisión pública, los medios privados que, si bien representan los valores de sus dueños, también ofrecen oportunidades para recoger información del público y para que la gente exprese su perspectiva.
- El 30% de los parlamentarios del partido gobernante son mujeres y éstas tienen una alta representación en las comisiones de salud del Parlamento.

¿Cuáles eran las preocupaciones de los tomadores de decisiones?

- **Las consecuencias que el cambio podía generar para el apoyo político**
Los intereses de los políticos fueron evidentes en el proceso político de Sudáfrica cuando el proceso parlamentario para tratar la ley de liberalización del aborto fue pospuesto. Cuando una activista por la salud de las mujeres le preguntó a un parlamentario por qué había ocurrido esto, la respuesta fue que el partido político quería esperar hasta después de las elecciones locales por temor a que esta ley les hiciera perder votos.

Para convencer a los políticos de que la ley de liberalización del aborto era de interés para los votantes, las activistas llevaron a mujeres negras pobres que habían sido condenadas por haberse realizado abortos para que hablaran en las audiencias del Parlamento en lugar de hacerlo ellas. También movilizaron a figuras religiosas para que se expresaran a favor de la ley sobre la base de la necesidad de hacer algo respecto del sufrimiento de las mujeres y de satisfacer sus necesidades en salud. Asimismo, movilizaron a personas de diversas etnias para demostrar que existía apoyo de los distintos grupos de la sociedad.

- **Asesoramiento técnico**
Hubo algunas piezas clave de información técnica que influenciaron a los políticos que decidieron la ley de aborto de Sudáfrica. Una investigación histórica mostró que el aborto se venía practicando durante siglos en todas las culturas y "razas". Otra investigación médica mostró el costo para el sector público del tratamiento de abortos incompletos (ilegales e inseguros), aportando una justificación económica para la ley de liberalización del aborto.
- **Relación con los actores internacionales**
La información sobre leyes de liberalización de aborto en otros países ayudó a los parlamentarios que trabajaron en la formulación de la nueva ley. La información sobre los vínculos entre los grupos antiaborto de Sudáfrica y los grupos terroristas de ultraderecha de los Estados Unidos sirvió para socavar su legitimidad.

Impacto en las interacciones burocráticas

En Sudáfrica el proceso de planificación estratégica fue débil en relación con las preocupaciones y las necesidades de la burocracia. Ni los políticos ni los activistas de las ONGs tuvieron en cuenta las posibles barreras que podían dificultar la implementación. La atención se centró en los procesos políticos, y pasó por alto el hecho de que después de ser aprobada la ley debía ser implementada por una burocracia. La legislación, o las reglamentaciones que le sucedieron, deberían haber tenido en cuenta temas tales como:

- los tiempos, las asignaciones económicas, y los recursos humanos
- la implementación de un nuevo servicio en el contexto de la reforma del sector salud, donde se estaban produciendo grandes cambios a través de la descentralización y cambios en los sistemas financieros
- la capacitación de los/las médicos/as y las parteras para realizar los procedimientos
- la necesidad de lograr el apoyo de los administradores para asegurar la aplicación de la nueva ley en el contexto de la reforma del sector salud
- el apoyo de los/las proveedores/as de la salud para que no consideraran esta ley como una carga más o que iba en contra de sus propios valores
- el fortalecimiento del conocimiento de las comunidades para que pudieran presionar a la burocracia respecto de la provisión de los servicios
- la necesidad de lograr el apoyo de los/las proveedores/as de la salud de manera continua y sistemática
- la capacitación de los/las médicos/as y enfermeras para realizar los procedimientos.

En consecuencia, cuando la ley se aprobó en 1996, su implementación fue muy lenta. Los proveedores de los servicios se quejaban de la falta de apoyo de los directivos; las enfermeras en las clínicas a menudo actuaron como barrera en vez de derivar a las mujeres adecuadamente; y las comunidades, al desconocer los derechos garantizados por la ley, no siempre los apoyaban.

6. Marco para el análisis de los actores intervinientes

El siguiente cuadro de análisis es una herramienta que reúne todas las dimensiones de la formulación de políticas ya mencionadas y nos ayuda a analizar el panorama general marcando simplemente los distintos casilleros o escribiendo breves notas en cada uno de ellos. El cuadro da una idea de algunas categorías de actores que se podrían incluir en este análisis. Cada una de éstas deberá elaborarse con mayor detalle. Por ejemplo, se deberá dividir a los políticos para incluir al ministro relevante, la comisión parlamentaria, diferentes partidos políticos, etc. El gobierno se dividirá en nivel nacional y luego en nivel provincial y local.

Tabla 1: Marco para el análisis de los actores intervinientes en el proceso de formulación de las políticas

	Políticos	Funcionarios del gobierno	ONGs	Agrupaciones comunitarias/ organizaciones "de la gente"	Grupos específicos de votantes (asociaciones profesionales)	Medios	Instituciones de investigación
Momento de participación:							
Identificación del problema							
Búsqueda de la solución							

continúa

	Políticos	Funcionarios del gobierno	ONGs	Agrupaciones comunitarias/ organizaciones "de la gente"	Grupos específicos de votantes (asociaciones profesionales)	Medios	Instituciones de investigación
Proceso político							
Proceso de implementación							
Postura respecto del objetivo:							
Apoyo							
Indiferente							
En contra							
Capacidad de organización							
Principales actividades desarrolladas:							
Campañas de advocacy							
Creación de coaliciones							
Vínculo con los medios							
Trabajo dentro del sistema							
Trabajo desde afuera del sistema							

Esta lista sería diferente para el caso del proceso de implementación. Debería incluir por ejemplo, la capacitación de los/las trabajadores/as de la salud, la investigación operativa en sistemas de salud y el asesoramiento técnico a los/las funcionarios/as.

7. El rol de los "activistas" para incluir los problemas y las soluciones en la agenda política

Kingdon [2] señala que muchos problemas nunca son abordados por las personas que podrían estudiar sus soluciones. Asimismo, muchas soluciones nunca son tomadas por los políticos o implementadas por el gobierno. Esto plantea el interrogante sobre ¿quién pone un problema específico en la agenda de las políticas? ¿Quién decide sobre una solución específica, la convierte en una política y luego la implementa? El caso de Sudáfrica ilustra cómo las organizaciones que estaban comprometidas con la nueva ley de aborto aprovecharon todas las oportunidades para identificar problemas específicos y proponer soluciones que promovieran la equidad de acceso. Luego usaron esas oportunidades para colocar esos problemas y soluciones en la agenda de los políticos. Éste es el rol de los que Kingdon describe como "emprendedores de políticas". [2:122] En el modelo de esta sesión se los describe como "activistas" o "activistas de políticas".

Los/las activistas tienen un rol en la introducción los problemas y las soluciones en la agenda política. Podría ser cualquiera de nosotros/as comprometido/a con los derechos sexuales y reproductivos y con el cambio de las políticas de salud. Los/las activistas de políticas deberían apuntar a:

- identificar y abordar todo el espectro de actores
- neutralizar la oposición
- fortalecer la capacidad de quienes apoyan su objetivo
- identificar estrategias para intentar abordar los intereses de los políticos y los burócratas.

El proceso de la legislación sobre aborto en Sudáfrica: el rol de los/las activistas

Si bien existen oportunidades para expresar opiniones o posiciones dentro del proceso político, tienen que existir organizaciones de la sociedad civil que las puedan aprovechar. Durante el proceso legislativo sobre aborto en Sudáfrica, las organizaciones de mujeres y ONGs que hacen *advocacy* por las mujeres formaron alianzas para introducir el tema de los derechos reproductivos en la Constitución. Asimismo, los grupos que trabajan en salud y derechos humanos y también algunos grupos con orientación médica se movilizaron con el fin de que se presentara y aprobara la ley para liberalizar el aborto.

Los/las activistas que habían ayudado a definir el problema desde la perspectiva de las mujeres y que elaboraron propuestas de políticas (soluciones), luego se involucraron en el proceso político formal trabajando desde afuera (dando información a los medios, movilizándolo a las organizaciones de base), y desde adentro (entregando información directamente a los parlamentarios, aportando evidencias en las audiencias).

A continuación se mencionan algunas de las fortalezas y debilidades de las intervenciones diseñadas por los/las activistas y dirigidas a los distintos grupos de decisores.

Fortalezas

- Identificación de y apoyo a los parlamentarios clave y funcionarios del sector salud
- Estrategias para asesorar a los medios y asegurarse de que estuvieran bien informados y que pudieran entrevistar a personas en favor del aborto
- Formación de una red de líderes religiosos a favor del derecho a decidir
- Aumento de la participación de organizaciones de base como sindicatos y organizaciones de mujeres
- Identificación de las conexiones internacionales y las motivaciones políticas de los grupos contrarios al aborto para demostrar que trabajaban contra la nueva disposición vigente en Sudáfrica
- Creación de una alianza de ONGs (La Alianza por los Derechos Reproductivos) que hacen *advocacy* en el campo médico, legal, de los derechos humanos y la salud de la mujer para maximizar los beneficios de las intervenciones de las organizaciones.

Debilidades

- Identificación inadecuada de líderes en el sistema de salud por debajo del nivel nacional. No se identificó a los proveedores de servicios como un grupo al que se debía abordar antes de que se aprobara la nueva ley, como forma de obtener su apoyo y su capacidad para implementar la nueva legislación.

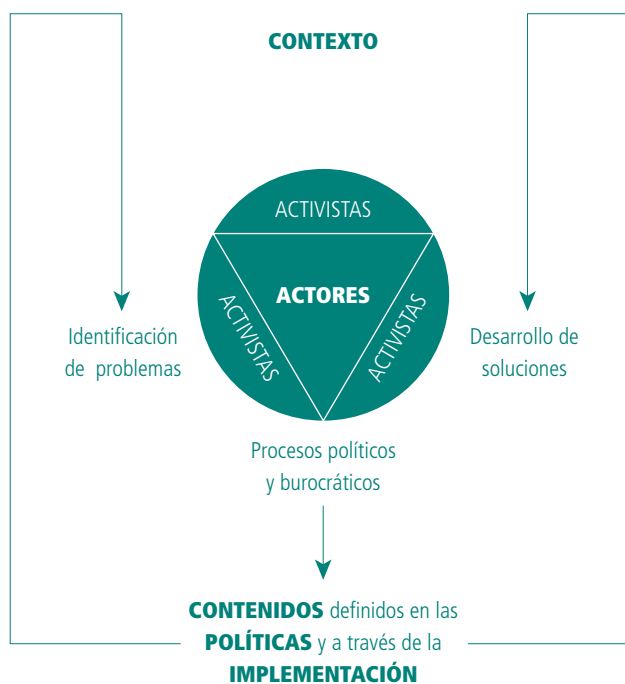
Referencias

1. Walt G. y Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994, **9(4)**:353-370.
2. Kingdon J. *Agendas, alternatives and public policies*. Nueva York, Harper Collins, 1995.
3. Reich M. Applied political analysis for health policy. *Current Issues in Public Health*, 1996, **12(4)**:186-191.
4. Grindle M. y Thomas J. Policy makers, policy choices, and policy outcomes: the political economy of reform in developing countries. *Policy Sciences*, 1989, **22**:213-248.



Guía 1 Marco para analizar los factores que afectan la formulación de políticas, su contenido e implementación

Una versión un tanto más sencilla de este marco se publicó originalmente en: Klugman B. Mainstreaming gender equality in health policy. *Agenda*, 1999:48-70.





Guía

2 Ejercicio grupal 1

Este ejemplo de caso se utiliza si los/las participantes pertenecen a países donde se ha introducido el sistema de pago por prestación como parte de las reformas del sector salud. Para realizar este ejercicio, los miembros del grupo se basan en sus propias experiencias sobre la implementación del sistema de pago por prestación.

Qué debe hacer usted

1. Identifique los factores que facilitan u obstaculizan la implementación de la política de “pago por prestación”. Los factores que la facilitan son aquellos que ejercen presión sobre el gobierno para decidir acerca de esta política, y los factores que la dificultan son aquellos que presentan problemas para su implementación.

Para hacer esto de manera sistemática pero rápida, por favor siga los siguientes pasos:

- Identifique tres factores del contexto que hayan afectado esta política.
 - Identifique cómo el proceso político y de implementación afecta tanto el contenido como la implementación de la política.
 - Identifique al menos dos actores que hayan influido en la aprobación de esta política, dos cuyas voces no hayan sido escuchadas y dos que se hayan opuesto a esta política. Puede hacer un cuadro para mostrar el poder, la influencia y postura en relación con el objetivo de la política (“a favor” o “en contra” o “indiferente”) de cada actor. Indique quién de éstos puede ser considerado/a un/a “activista de políticas”.
2. Identifique el impacto de esta política en las mujeres y los varones teniendo en cuenta:
 - ¿Las necesidades de quiénes satisface? ¿Qué mujeres? ¿Qué varones? ¿Qué adolescentes? ¿Qué niños?
 - ¿Qué hace para cuestionar los roles de las mujeres en la sociedad, las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, o el acceso y el control de los recursos por parte de las mujeres?
 - ¿Tiene esta política como objetivo reducir la inequidad de género?



Guía

3

Ejercicio grupal 2

El plan de prepago

Este ejemplo de caso fue utilizado en el curso *Operacionalizando El Cairo y Beijing* realizado por la Yunnan Reproductive Health Research Association, de Kunming, China, en 1999.

El Partido H___ y el Partido Y___ de la Provincia S___ han puesto a prueba el “Plan de Medicina Prepaga en salud Materna e Infantil” en varias comunidades de su jurisdicción administrativa. El plan es el siguiente: las parejas en edad reproductiva deben pagar una pequeña suma de dinero como un fondo para un plan de medicina prepaga, que será administrado por el departamento de salud local. Las mujeres embarazadas que lo adoptan tienen derecho a cinco controles prenatales y tres de posparto para asegurar su salud y la del niño/a. El ingreso al plan puede hacerse cuando una pareja se presenta para obtener el certificado de matrimonio. Otra alternativa es que los/las trabajadores/as de la salud locales firmen un contrato con las familias que necesiten participar en este plan.

Este proyecto obedece a la necesidad de encontrar mecanismos de financiamiento local para los servicios de salud, debido a los recortes en el gasto público. Sin embargo, por tratarse de un plan voluntario, su éxito depende del número de parejas que se anoten. Los/las trabajadores/as de la salud que deben reclutar a las parejas consideran que es una carga adicional a su trabajo. Para los directores de los centros de salud, el papeleo y las responsabilidades que introduce este plan resultan problemáticos. Por otro lado, también les gustaría tener la posibilidad de recaudar fondos locales por medio de ese plan, lo cual les daría cierta autonomía para utilizarlos. Finalmente, las personas de las áreas urbanas que tienen un ingreso estable muestran mayor conformidad para participar en este tipo de planes que las que viven en zonas rurales. Estas últimas no ven la razón para pagar servicios antes de que surja la necesidad de utilizarlos.

Qué debe hacer usted

1. Identifique los factores que facilitan u obstaculizan la implementación de esta política. Los factores que la facilitan son aquellos que ejercen presión sobre el gobierno para decidir acerca de esta política y los factores que la dificultan son los que presentan dificultades para su implementación.

Para hacer esto de manera sistemática pero rápida, por favor siga los siguientes pasos:

- Identifique tres factores del contexto que hayan influido en esta política.
- Identifique cómo el proceso político y de implementación afecta tanto el contenido como la implementación de la política.
- Identifique al menos dos actores que hayan influido en la aprobación de esta política, dos cuyas voces no hayan sido escuchadas, y dos que se hayan opuesto. Puede hacer un cuadro para mostrar el poder, la influencia y postura en relación con el objetivo de la política (“a favor” o “en contra” o “indiferente”) de cada actor. Indique quién de éstos puede ser considerado/a un/a “activista de políticas”.

2. Identifique el impacto de esta política en las mujeres y los varones teniendo en cuenta:
 - ¿Las necesidades de quiénes satisface? ¿Qué mujeres? ¿Qué varones? ¿Qué adolescentes? ¿Qué niños?
 - ¿Qué hace para cuestionar los roles de las mujeres en la sociedad, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres o el acceso a los recursos y su control por parte de las mujeres?
 - ¿Tiene esta política como objetivo reducir la inequidad de género?



Guía

4

Ejercicio grupal 3

La reforma de pago por prestación en el sistema de salud de Malvania

Este ejemplo de caso fue utilizado en el curso *Operacionalizando El Cairo y Beijing* realizado por el Key Centre for Women's Health, University of Melbourne, de Australia, en 1999.

Malvania es un país en vías de desarrollo con una gran población rural y un sector industrial urbano en crecimiento. Desde su independencia, hace aproximadamente cuarenta años, la atención en los hospitales y centros de salud estatales, así como los medicamentos, se obtienen mediante un pago simbólico (equivalente al costo de dos tazas de té en un puesto callejero) y son gratuitos para aquellos que no pueden pagar ni siquiera ese monto.

Malvania ha tenido un alto nivel de crecimiento económico acompañado de considerables inversiones extranjeras, pero aun así, la crisis monetaria de los últimos dos años condujo a la recesión económica y a la presión del Fondo Monetario Internacional para recortar el gasto público. El gasto público en salud es menor al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (3,5%); sin embargo, el gobierno sostiene que ya no puede mantener el modelo de bienestar de la atención pública de salud y desea contener o reducir el gasto público en salud.

El Sr. Escudo, Primer Ministro, denunció que ese modelo de salud pública creó una "mentalidad clientelista", herencia no deseada de la época de la colonia. Anunció que se privatizarán algunos servicios de salud y puso en marcha una nueva política de financiamiento con el slogan "¡Los costos de la salud son responsabilidad de todos!". La asociación médica nacional brindó un firme apoyo a esta política. Si bien se continuará pagando algunos subsidios estatales para los más pobres, a partir de ahora, los habitantes de Malvania deberán contribuir a solventar el costo de la atención de la salud, tanto en instituciones estatales como privadas, obteniendo los fondos de las siguientes fuentes potenciales:

- de una parte reservada de sus aportes jubilatorios obligatorios o los de su cónyuge o hijos
- de un plan de seguro de salud a través de sus empleos (todas las empresas con más de cincuenta empleados deben formar parte de este plan)
- de sus propios seguros médicos privados.

Las personas que no puedan pagar deben presentarse a una comisión que estudiará su situación económica y entregará un "certificado de indigencia" a los casos que corresponda. Con ese certificado estas personas tendrán derecho a los servicios básicos de los hospitales.

Desde la independencia, el partido del Primer Ministro Escudo ha tenido amplia mayoría en el Parlamento y ejerce un control muy riguroso sobre los grupos de interés y los medios de comunicación. Si bien se ha consultado a algunos representantes de los consumidores durante la etapa de formulación de esta política, el gobierno no permite que los grupos de interés tengan influencia sobre sus políticas. Sin embargo, al gobierno le preocupa que en las próximas elecciones sus opositores obtengan mayor apoyo de los votantes de zonas rurales, disgustados por la eliminación de los beneficios del sistema previo.

Qué debe hacer usted

1. Identifique los factores que facilitan u obstaculizan la implementación de esta política. Los factores que la facilitan son aquellos que ejercen presión sobre el gobierno para decidir acerca de esta política y los factores que la dificultan son los que presentan dificultades para su implementación.

Para hacer esto de manera sistemática pero rápida, por favor siga los siguientes pasos:

- Identifique tres factores del contexto que hayan influido en esta política.
 - Identifique cómo el proceso político y de implementación afecta tanto el contenido como la implementación de la política.
 - Identifique al menos dos actores que hayan influido en la aprobación de esta política, dos cuyas voces no hayan sido escuchadas y dos que se hayan opuesto. Puede hacer un cuadro para mostrar el poder, la influencia y postura en relación con el objetivo de la política (“a favor” o “en contra” o “indiferente”) de cada actor. Indique quién de éstos puede ser considerado un/a “activista de políticas”.
2. Identifique el impacto de esta política en las mujeres y los varones teniendo en cuenta:
 - ¿Las necesidades de quiénes satisface? ¿Qué mujeres? ¿Qué varones? ¿Qué adolescentes? ¿Qué niños?
 - ¿Qué hace para cuestionar los roles de las mujeres en la sociedad, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres o el acceso a los recursos y su control por parte de las mujeres?
 - ¿Tiene esta política como objetivo reducir la inequidad de género?



Guía 5 El Congreso vota en contra de la política del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial de arancelamiento de la educación y la salud en los países más pobres.

Informe de prensa de la Cámara de Representantes, 3 de agosto de 2000

En un gesto sin precedentes, la Cámara de Representantes de los Estados Unidos aprobó el jueves una medida para presionar al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial para que retiren la exigencia del cobro a la población por el uso de los servicios de atención primaria de la salud y de educación primaria. Esta medida que se opone al arancelamiento de la salud y la educación, está incluida en la Declaración de Apropiaciones de Operaciones Extranjeras que fue aprobada el jueves por la Cámara de Diputados. Originalmente fue presentada como una enmienda por el diputado Jesse Jackson, Jr. (Demócrata-Illinois), quien defiende la cancelación de la deuda y la justicia económica para los pobres del mundo. Es la primera vez que la Cámara de Representantes exige al FMI y al Banco Mundial modificar las condiciones específicas que imponen a los países deudores.

El cobro por la utilización de los servicios de salud o por asistir a la escuela ha provocado el incremento de las enfermedades, el sufrimiento y las muertes de las personas que no pueden pagar los servicios de salud y, al mismo tiempo, ha generado un descenso en la escolarización debido a que las familias pobres no pueden mandar a sus hijos a la escuela. En un trágico ejemplo citado por UNICEF, un investigador observó cómo en un hospital de Zambia se le negó la atención a un niño de catorce años con malaria aguda porque no podía pagar el arancel de 33 centavos. Según el informe, “a las dos horas volvieron a traer al niño muerto”. El requisito de que los países más pobres del mundo cobren aranceles por la atención de la salud y por la educación primaria constituye desde hace tiempo una de las mayores controversias de los programas de austeridad impuestos por el FMI y el Banco Mundial. Los que apoyan la eliminación de los aranceles se basan en una gran cantidad de estudios que demuestran que esas imposiciones inducen a las familias más pobres de la sociedad a privar a sus hijos de la educación básica y, a sus enfermos, de la atención de la salud.

Si bien James Wolfensohn, Presidente del Banco Mundial, sostuvo en el Congreso que el Banco ha abandonado los requisitos de arancelamiento, algunos documentos actuales, como el programa para Tanzania vinculado al otorgamiento de un limitado alivio de la deuda, contradicen su postura.

Según las disposiciones adoptadas por el Congreso, a partir de 2002, los Estados Unidos sólo proveerán fondos cuando los directores del Banco Mundial y el FMI certifiquen que sus instituciones “no incluirán el arancelamiento o el cobro de servicios mediante ‘financiamientos comunitarios’, ‘copago’ o cualquier otro mecanismo de recuperación de costos, aplicable tanto a la educación primaria, la atención primaria de la salud, inclusive la prevención y el tratamiento del SIDA, la malaria, la tuberculosis, y el bienestar materno e infantil” en cualquiera de sus programas.

La actriz Valerie Harper, miembro del directorio de RESULTS y una de las principales defensoras de la eliminación del arancelamiento, dirigiéndose al

Congreso, dijo que cobrarle a las personas más pobres del mundo por la educación y la salud básica era una “tragedia terrible”. Señaló que, “vivo en una de las zonas más ricas del país más rico del mundo y mi hija puede asistir a la escuela de Beverly Hills sin tener que pagar nada. Al mismo tiempo, se les pide a las mujeres de los países más pobres del África subsahariana que paguen en efectivo para que puedan mandar a sus hijos a primer grado o para ver un médico en una clínica. No debemos aceptar esto”.

Njoki Njoroge Njehu, un keniano que dirige la Red “50 Años es Suficiente”, una coalición de grupos de los Estados Unidos que se oponen a las políticas del FMI y del Banco Mundial, dijo que “este paso significativo que da el Congreso nos acerca al día en el que la gente del Sur podrá decidir acerca de sus propias prioridades. No queremos que otra generación más crezca bajo las promesas del FMI y del Banco Mundial de que el sacrificio de su educación y su salud será ‘un dolor de corto plazo para una ganancia de largo plazo’”.

Estudios recientes han revelado que entre los daños causados por las políticas de arancelamiento impuestas por los programas de ajuste estructural del FMI/Banco Mundial pueden mencionarse:

- En Kenia, la introducción de un arancel de 33 centavos por consulta en los centros de salud llevó a una reducción del 52% de las consultas ambulatorias. Luego de que se suspendió el arancel, las visitas subieron el 41%.
- La introducción de aranceles en clínicas rurales de Papúa Nueva Guinea condujo a un descenso del 30% en la asistencia, y si bien posteriormente aumentó, nunca volvió al nivel previo al arancelamiento. Los/las trabajadores/as de la salud también informaron que se redujeron las tasas de cumplimiento de los tratamientos.
- En Dar es Salaam, Tanzania, la asistencia de pacientes en tres hospitales públicos se redujo el 53,4% entre el segundo y tercer trimestres de 1994, momento en el que se introdujo el arancelamiento.
- En Nicaragua, desde que se empezó a cobrar la inscripción y una cuota mensual en las escuelas primarias, cerca de un cuarto de los niños de edad escolar dejaron de asistir a la escuela.
- En Níger, las medidas de recuperación de costos implementadas entre 1986 y 1988 como parte de un programa de ajuste estructural tuvieron el siguiente resultado: 1) un marcado descenso en la escolarización primaria que ya era de por sí baja; 2) una disminución en la utilización de servicios de atención para la prevención; 3) una mayor exclusión de los más pobres del Hospital Niamey, donde los pacientes que no pagaban esperaban un promedio de veinticuatro días antes de buscar atención, y los pacientes que debían pagar esperaban un promedio de cincuenta y un días; y 4) sistemas de excepciones que se aplicaron a familias de militares y del servicio civil, en zonas urbanas y no a los beneficiarios que se pretendía ayudar (los más pobres).
- Informes de UNICEF en Malawi muestran que la eliminación de los modestos aranceles escolares y de la obligación de llevar uniformes en 1994 generó un aumento del 50% en la escolarización primaria, prácticamente de un día para el otro –de 1,9 millones a 2,9 millones–. Las principales beneficiarias fueron las niñas. Desde ese momento, se ha mantenido en Malawi una escolarización casi total.

SESIÓN 3 Herramientas para influir en los procesos de formulación e implementación de políticas

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán la necesidad de contar con diferentes estrategias dirigidas a distintos individuos de acuerdo con sus posturas y sus actitudes respecto del objetivo de la política
- se darán cuenta de que la planificación estratégica requiere conocer el terreno de las políticas y un abordaje paso a paso
- conocerán un modelo de “siete pasos” para apoyar la planificación estratégica
- conocerán los procesos necesarios para transversalizar la perspectiva de género en la planificación estratégica y en la implementación.



2 horas

Materiales

- Guías 1-4: “Ejercicio grupal”
- filmina: “El continuo de la resistencia al cambio”, en la pág. 347
- filmina: “Estrategia de siete pasos para influir en las políticas”, en la pág. 353 (distribuir copia en papel a modo de guía)
- papelógrafos

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Centre for Development and Population Activities. *Cairo and beyond: a handbook on advocacy for women leaders*. Washington, CEDPA, 1995.
2. Sharma R. *An introduction to advocacy: training guide*. Washington, Support for Analysis and Research in Africa (SARA), USAID Africa Bureau, Office of Sustainable Development, sin fecha.
3. Lecturas para la Sesión 4.

Cómo conducir la sesión

La Actividad 1 comienza con un aporte de información por parte suya, seguida de una dramatización y una discusión grupal diseñada para ayudar a que los/las participantes reconozcan que los diferentes actores tienen distintos estilos y motivaciones para la toma de decisiones. La Actividad 2 es un ejercicio en pequeños grupos que es seguido por un aporte de información por parte del/de la facilitador/a, utilizando ejemplos locales ilustrativos. Los/las participantes también participan y aportan información.



45 mins

Actividad 1: Introduciendo herramientas para la planificación estratégica



5 mins

Paso 1: Información introductoria

Comience presentando el propósito de esta sesión, la cual toma como base la sesión previa y sugiere pasos para seguir una vez realizado el análisis de la política. Ayuda a que los/las participantes comprendan las motivaciones y los estilos de los diferentes actores en el proceso de las políticas e introduce una herramienta para la planificación estratégica, basada en la comprensión de las barreras que deben ser superadas.



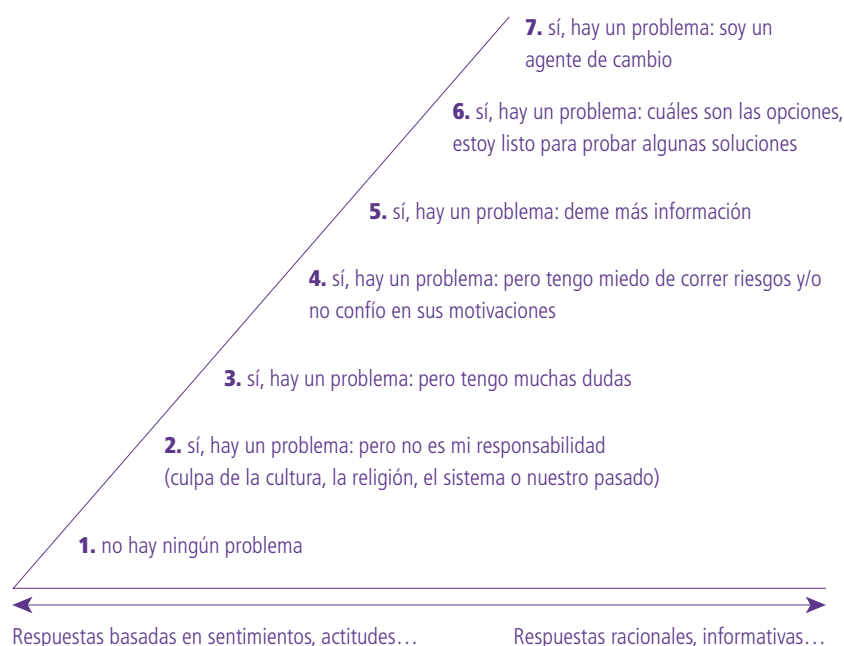
5 mins

Paso 2: El continuo de la resistencia al cambio

Muestre en una **filmina** la figura que se incluye a continuación, y explíquela. La figura ilustra la gama de respuestas al cambio que se pueden obtener de distintas personas en diferentes condiciones. En la parte inferior del continuo (en los niveles 1 y 2) están las personas que tienen la mayor resistencia al cambio. No reconocen la existencia de un problema o creen que no tiene solución. Más arriba (en los niveles 3 y 4) están los que se muestran un poco más abiertos al diálogo, pero sus respuestas aún están basadas en sentimientos, emociones y actitudes que pueden ser difíciles de cambiar en el corto plazo. Su resistencia al cambio surge del miedo a lo desconocido o de la falta de voluntad para correr un riesgo, o de la desconfianza en los motivos de quienes promueven el cambio. Para influir en esas personas, las estrategias que se desarrollen deberán superar sus respuestas culturales o emocionales. En los niveles 5 y 6 del continuo del cambio están los que probablemente responderán a las propuestas de cambio si éstas se basan en una lógica sólida y están respaldadas con buena información. En la parte superior del continuo están los agentes del cambio, quienes no sólo reconocen que existe un problema, sino que además están convencidos de que el cambio es necesario y posible. Más aún, están dispuestos a tomar la iniciativa para posibilitar el cambio. Los “activistas de políticas” que nombramos en la sesión previa pertenecen a esta categoría.



El continuo de la resistencia al cambio



Adaptado en parte de Srinivasan L. *Tools for community participation: a manual for training trainers in participatory techniques*. Nueva York: ProWess/UNDP Technical Series Involving Women in Water and Sanitation, 1990:162. Citado en Friedman M. y Cousins C. *Holding the space: gender, race and conflict in training*. En: Walters S. y Manicom L., eds. *Gender in popular education*. Londres, Zed Books, 1996.

Paso 3: Preparando la dramatización **Deberá preparar esto con mucha anticipación antes de presentarlo a los/las participantes.** Para este ejercicio, deberá preparar una dramatización de una situación reconocible. Esto proveerá una buena base para que los/las participantes discutan acerca de los factores que influyen en las respuestas de los protagonistas frente a las propuestas para el cambio.

Aquí se presenta un ejemplo de papeles dados a tres participantes.

Dramatización para ilustrar el continuo de la resistencia al cambio

1. Usted es maestra. Ha notado que muchas niñas están abandonando la escuela porque quedan embarazadas. También, a pesar de que la gente no hable de eso, cree que probablemente exista un incremento de la infección por VIH entre los alumnos de la escuela porque las encuestas prenatales de su país muestran un aumento de la incidencia entre las mujeres embarazadas. Quiere introducir la educación sexual en las escuelas y en los grupos de jóvenes, y se acerca a un líder de la comunidad para obtener su apoyo. También habla con la directora de la escuela.
2. Usted es un líder comunitario. Le interesa mantener la cultura tradicional y le preocupa que muchas personas con educación traten de socavarla. Por ejemplo, una maestra sugirió recientemente que se introdujera la educación sexual en el sistema escolar. Pero usted cree que brindar educación sobre sexualidad a la gente joven va en contra de su cultura. Le teme a esta propuesta porque le hace pensar en su hijo adolescente. Nunca ha hablado con él sobre sexualidad o sobre cómo se conciben los bebés y tiene miedo de que pueda dejar embarazada a una chica. Aun así, cree que hablar de esto con un niño va en contra de su cultura.
3. Usted es la directora de una escuela. Una maestra quiere introducir la educación sexual en su escuela, pero no cuenta con fondos para contratar nuevo personal. También tiene miedo de la respuesta de la comunidad, pero no quiere que parezca que no apoya las nuevas iniciativas.

Paso 4: Los/las participantes preparan sus papeles



5 mins

Pida que tres personas se ofrezcan como voluntarias y llévelas fuera del salón. Asigne un personaje a cada una pero no les diga a las otras dos cuál es el contenido y las instrucciones de cada personaje. Tendrán cinco minutos para pensar individualmente cómo representarán sus papeles, y para definir cómo quieren organizar el salón. Dígalas qué personaje debe comenzar la dramatización.

Mientras se están preparando, informe al grupo que habrá una dramatización y que deberán observar a los personajes y tratar de definir qué es lo que motiva a cada uno – es decir, por qué cada uno responde de la manera que lo hace.

Paso 5: Presentando la dramatización



10 mins

Cuando los voluntarios estén listos, llámelos al salón. La dramatización deberá durar entre tres y siete minutos, dependiendo de cuán entretenida sea y si han surgido suficientes temas para ser discutidos con el resto del grupo.



Paso 6: **Informe de la dramatización**

Una vez finalizada la dramatización, pregunte a cada uno de los personajes:

- ¿Cómo se sintió en ese papel?

Luego pregunte al grupo:

- ¿Era real esta situación? ¿La reconoció?

Pregunte a cada personaje:

- ¿Por qué respondió de esa forma? Pregúnteles específicamente en qué basaron sus respuestas, para que más tarde usted pueda relacionarlo con “actitudes/sentimientos” versus “racional/información” en el continuo de respuestas que acaba de presentar.

Luego pregunte al grupo:

- ¿Qué influiría o qué influyó en el líder comunitario para que apoye la educación sexual?
- ¿Qué influiría o qué influyó en el director de la escuela para que apoye la educación sexual?

Haga que el grupo vaya dilucidando cuáles son las barreras que impiden el cambio, hasta qué punto pueden manejar la información técnica, y en qué medida necesitan que sean tratadas sus emociones y sus actitudes.

Pida al grupo que identifique dónde se ubican los tres personajes en el continuo del cambio. El líder comunitario, por ejemplo, pudo haber respondido emocionalmente al percibir que su cultura estaba amenazada. Darle más información sobre el problema al líder comunitario no servirá para cambiar su respuesta. El/la activista tiene que reconocer la respuesta emocional y ver si puede explorar la fuente de las ansiedades del líder comunitario y ganarse su confianza a nivel personal. Se lo podría clasificar dentro del nivel 2 (Sí, hay un problema: pero no es mi responsabilidad) o el nivel 4 (Sí, hay un problema: pero no confío en sus motivaciones) del continuo de resistencia al cambio.

La directora, por el contrario, puede ser receptiva sobre la base de informaciones o recursos específicos. Se la puede ubicar en el nivel 5 (Sí, hay un problema: deme más información). Por ejemplo, la evidencia de que la tasa de infección por VIH está aumentando entre los niños en edad escolar puede convencerla para que actúe. Por otra parte, puede ser que le resulte difícil actuar debido a las limitaciones de su propio contexto, como la falta de fondos para contratar nuevo personal que brinde educación sexual, o falta de información sobre los lugares donde se puede capacitar al personal actual. En este caso, como con el nivel 6, si la activista puede ofrecerle algunas opciones o algunas sugerencias realistas, es posible que la directora esté dispuesta a actuar.

La maestra se ubicaría en el nivel 7 (Sí, hay un problema: soy una agente de cambio), ya que ella misma está asumiendo la responsabilidad y tratando de posibilitar el cambio.



Paso 7: **Discusión general**

Pase de las dramatizaciones específicas a una discusión más general.

Pregunte a los/las participantes si han tenido experiencias en tratar de cambiar alguna cuestión en sus trabajos o en otro lugar. Pídales que le cuenten al grupo sobre sus experiencias, y que digan en qué nivel del continuo de resistencia al cambio ubicarían a las personas involucradas. Pregúnteles si pensar en los actores relevantes usando el continuo los ayuda a entender por qué fue necesaria una respuesta específica para ese

actor, o por qué respondieron de una manera en particular. Escuche algunos ejemplos que aporten los/las participantes antes de hacer la síntesis de la sesión. En el cuadro siguiente se incluyen algunos de los ejemplos mencionados.

Las experiencias de los/las participantes con el cambio en sus trabajos

Cuando se dictó este curso en China, los/las participantes describieron muchas situaciones distintas en sus lugares de trabajo.

- Su director quería que estimaran cuánto costaría una intervención (nivel 5 ó 6). Esto los llevó a recoger información sobre los costos implicados.
- Su director dudaba que el tema planteado fuera realmente el problema y creía que lo que en realidad querían hacer era cuestionar su autoridad (nivel 4). Esto los llevó a intentar crear oportunidades para generar confianza en el director antes de seguir adelante con la propuesta.
- Un líder tradicional sostenía que la intervención no era una prioridad y que había otras cuestiones más urgentes que requerían atención. Una de las participantes ubicó esta respuesta en el nivel 2 ó 3, creyendo que al líder le preocupaba que cualquier iniciativa nueva del sector salud pudiera socavar la autoridad de los ancianos. Esto la llevó a consultar extensamente a los líderes tradicionales y a buscar soluciones que permitieran que ellos tomaran la iniciativa de la nueva propuesta, para que fuera considerada un refuerzo de su autoridad y no una imposición externa.
- Una participante del curso de China contó que había visitado una comunidad alejada donde había un slogan sobre planificación familiar escrito en una pared. Sintió que el slogan era culturalmente inapropiado y que, de acuerdo con una investigación que había realizado, no sería efectivo por lo que decidió escribir una carta al gobierno provincial. Narró en el curso la respuesta del gobierno aceptando su sugerencia. Este pequeño ejemplo fue utilizado para que los/las participantes reconocieran que si bien no son tomadores de decisiones, pueden realizar *advocacy* para influir en ellas. El facilitador también usó esta historia para ilustrar de qué forma los resultados de una investigación pueden ser una base muy útil para hacer *advocacy*.

Puntos para destacar

No haga suposiciones previas

No presuponga que las personas responderán a las propuestas de cambio basadas en la lógica o la buena información disponible. En algunos casos esto es necesario pero en otros se tienen que desarrollar estrategias para superar las respuestas emocionales y culturales y poder influir en ciertos actores clave. Es preciso entender en qué se basa la respuesta de cada uno de los actores para poder planear una estrategia que contemple esos factores.

El proceso de la legislación del aborto en Sudáfrica y el continuo del cambio: diferentes estrategias para distintos grupos de interés

Con relación al estudio de caso de Sudáfrica sobre el proceso de *advocacy* para la aprobación de la ley de liberalización del aborto (Sesión 2), queda claro que se utilizaron diferentes estrategias para las respuestas en los distintos niveles del continuo. Por ejemplo, una respuesta de nivel 1 fue la de ciertos líderes que dijeron que el aborto no se practicaba en la tradición africana. Para poder abordar este planteo, las activistas llevaron a conocidos líderes africanos –por ejemplo médicos– al Parlamento para que testificaran acerca de cuántas mujeres africanas habían acudido a ellos para pedir ayuda luego de realizarse abortos clandestinos. Las activistas también identificaron a mujeres rurales pobres que habían pasado por la experiencia de quedar embarazadas en contra de su voluntad y se practicaron abortos clandestinos. Las historias relatadas en el Parlamento fueron muy emotivas y aportaron pruebas de que el problema existe y que es padecido por las mujeres africanas pobres. Algunos dieron respuestas de nivel 4 –creían que la legalización del aborto a demanda promovería la promiscuidad–. Aquí también, el hecho de escuchar las historias personales sobre cómo esas mujeres habían quedado embarazadas (muchas veces como consecuencia de relaciones sexuales no consentidas) fue más efectivo para convencer a los tomadores de decisiones que las cifras u otro tipo de información.

Por otro lado, algunos tomadores de decisiones estaban preocupados con el costo de la introducción del aborto a demanda de la mujer en los servicios públicos de salud. Las activistas respondieron a esta necesidad (nivel 5 ó 6) iniciando una investigación sobre los costos de la situación actual, en la que gran cantidad de mujeres eran atendidas en los servicios públicos de salud por complicaciones posaborto. Esta investigación se llevó a cabo con el auspicio del Consejo de Investigaciones Médicas, institución de gran credibilidad y considerada científica y objetiva. La información se utilizó luego para argumentar que en el largo plazo, la prestación de abortos seguros en estadios de gestación tempranos, reduciría los costos médicos.



1 hr
15 mins

Actividad 2: Realizando la planificación estratégica

Paso 1:
Piense un
escenario
significativo

Antes de presentar la actividad a los/las participantes, piense un escenario de un problema que sea significativo para los/las participantes. A partir de ese escenario diseñe tareas para diferentes grupos, de manera que cuando reúna lo que se trabajó en cada grupo, cada uno haya realizado algunos de los distintos pasos que se requieren para la planificación estratégica, como se indica a continuación. (Note que al preparar las guías debe dar a cada grupo sólo su propia tarea sin que conozca las tareas de los demás grupos.)



Paso 2:
**Trabajo en grupos
usando las Guías
1-4**

Divida a los/las participantes en grupos y entregue a cada grupo una de las tareas que usted ha preparado. En las Guías 1-4 se incluye un conjunto de tareas. Tiene aproximadamente treinta minutos. Pídales que elijan un vocero para que comente brevemente los puntos principales (la lista no debe ocupar más de una lámina de papelógrafo).



Paso 3:
**Presentación de
los grupos y
discusión**

Dé a cada grupo la oportunidad para relatar a los demás participantes lo que ha discutido. Tiene aproximadamente cuarenta minutos para este proceso.

**Qué incluir en la
discusión**

Los cuatro momentos de la planificación estratégica

Los cuatro grupos realizarán tareas diferentes que representan cada uno de los cuatro momentos de la planificación estratégica:

- elección de un objetivo
- identificación de diversas estrategias para lograr el objetivo y elección de una de estas estrategias
- identificación de los mensajes apropiados para los distintos grupos a los que se van a dirigir
- identificación y acceso a distintos tipos de recursos (información, finanzas, habilidades) para contar con la capacidad necesaria para lograr el objetivo.

La intención de esta actividad es que los/las participantes experimenten lo que significa encarar seriamente un proceso de cambio. No se pretende realizar una planificación detallada. El propósito de la discusión es que los/las participantes reconozcan que existen decisiones que se deben tomar a lo largo de todo el proceso y que cada decisión afectará sus posibilidades de tener éxito.

Considere cuidadosamente el objetivo exacto

El objetivo exacto, por ejemplo, debe ser cuidadosamente considerado, no sólo sobre la base de la meta de alcanzar la justicia social, sino también sobre la base de las posibilidades de que ese objetivo sea “alcanzable” en un momento particular. El contexto actual, el tipo de política y de proceso de implementación y los actores involucrados afectarán la posibilidad de lograr o no el objetivo, como vimos en la Sesión 2. Ésta es la razón por la que en el marco presentado en la Sesión 2 hay flechas que van desde el proceso político y de implementación nuevamente hacia la definición del problema y la búsqueda de la solución.

Reconociendo la complejidad de la planificación estratégica

Es posible que los grupos presenten posiciones contradictorias. Por ejemplo, el Grupo 1 puede pensar que en este momento no sería adecuado intentar implementar cambios en la currícula escolar y pueden ofrecer un objetivo alternativo; el grupo de los “mensajes” puede concentrarse en los actores formales –los líderes, el director, etc.–; el grupo de los “recursos”– puede tratar de conseguir recursos que permitan realizar una campaña de protesta contra el Ministerio de Educación por prohibir la educación sexual y no permitir que las jóvenes embarazadas completen sus estudios. Por lo tanto, la discusión puede dar al facilitador/a la información necesaria para ayudar a que los/las participantes reconozcan la complejidad de la planificación estratégica y la existencia de muchas opciones con diferentes ventajas y desventajas.

Una vez que se hayan expuesto estos puntos, el/la facilitador/a puede usar la siguiente **filmina** para resumir lo que los/las participantes han identificado. Al final de la sesión entregue a los/las participantes una copia de la estrategia de los siete pasos a modo de guía.



Estrategia de siete pasos para influir en las políticas

1. Defina el objetivo

Debe ser específico y medible. ¿Qué es exactamente lo que se quiere cambiar/lograr? Desarrolle un indicador claro sobre cómo se medirán los logros. ¿Está buscando realizar una intervención específica de género o una intervención redistributiva respecto de género?

2. Analice la situación

Utilice el análisis de políticas. ¿De qué forma el contexto, el proceso y los actores facilitan o dificultan el logro de su objetivo?

Para hacer el análisis de políticas, debe recoger información:

- hable con la gente/las organizaciones; realice entrevistas
- lea todos los documentos relevantes
- evalúe la cobertura de los medios
- evalúe las perspectivas, los recursos y la capacidad de organización de los que están más desprotegidos, por ejemplo, ¿las mujeres rurales podrán movilizar recursos respecto del problema en cuestión?

3. Identifique opciones estratégicas

Evalúe la información que ha recogido: ¿qué le dice sobre el entorno de las políticas y el tipo de estrategias que podrían tener éxito?

Desarrolle criterios para la evaluación del impacto que tendrán las diferentes opciones (por ejemplo, ¿una campaña mediática de alto perfil asustará a sus aliados o conseguirá su apoyo?)

Discuta sobre estas opciones con su equipo, consigo mismo y con otras personas.

Distinga entre las estrategias mediáticas y las estrategias de educación pública.

4. Seleccione una opción

Elija una estrategia y desarrolle indicadores de proceso, resultado e impacto que lo ayudarán a saber si su estrategia está avanzando en el sentido correcto.

5 y 6. Formule e implemente un plan de acción

Identifique los recursos

- ¿Qué información va a precisar y cómo la obtendrá? (investigación para generar estadísticas/datos cuantitativos sobre el impacto del problema; sobre el costo de la solución; las perspectivas de las personas que están más afectadas por ese problema)
- ¿Qué fondos necesita y cómo los obtendrá?

- ¿Qué habilidades se necesitan y cómo las puede adquirir?
- ¿Qué otras organizaciones o individuos están de acuerdo con su objetivo y pueden ser sus aliados?; ¿qué recursos y qué habilidades pueden aportar?
- Identifique los potenciales obstáculos y cree una estrategia gradual con tiempo para reformularla, de modo que los posibles retrocesos no pongan en peligro o conduzcan al fin de la campaña.

Desarrolle su red de alianzas

- ¿Es una red informal o una alianza formal con acuerdos sobre los formas de comportamiento y la rendición de cuentas?
- ¿Cómo construirá esa alianza y cómo hará para mantener a todas las personas dentro de ella?
- Identifique los indicadores que pueda utilizar para medir su progreso en la creación y el mantenimiento de la alianza.

Decida acerca de su método

- ¿Es un proceso de participación en el cual se aceptan los sistemas políticos o administrativos existentes y luego se los utiliza para lograr el objetivo?
- ¿O es un proceso de oposición, en el que los métodos pueden diferenciarse de los sistemas existentes y cuestionarlos?

Identifique sus principales mensajes

Fuente: Kyte R. *Advocacy: the theory and practice of advocacy for public policy change*. International Advocacy Strategies, 1997 (documento inédito).

- En el contexto de las políticas de participación: ¿Cómo puede resumir su objetivo en un lenguaje que sea comprensible y con una perspectiva que sea aceptada por los que tienen poder?, por ejemplo, que se adecue a sus objetivos, y que comprenda completamente y apoye a las personas a las que pretende beneficiar?
- ¿Quién o quiénes serán su/s interlocutor/es? ¿Por qué?
- ¿Cómo utilizará el mensaje el lenguaje de los derechos? ¿Es una ayuda o un impedimento para los diferentes grupos de interés?
- ¿Qué mecanismos de comunicación utilizará con los diferentes grupos de interés (formuladores de políticas, funcionarios de la salud, trabajadores/as de la salud, usuarios/as de servicios, organizaciones comunitarias)? Esos mecanismos pueden incluir el uso de los medios (públicos y de las organizaciones); charlas con el Parlamento/las comisiones de salud; reuniones públicas de consumidores; etc.
- Vuelva a trabajar constantemente sus mensajes; pruebe sus explicaciones; justifique siempre.

Programe los pasos y el cronograma

Mida su progreso de modo que pueda ver inclusive el valor de los pasos más pequeños en pro de su objetivo.

Crea en sí mismo/a y en su mensaje

Si usted mismo no está convencido, nadie más lo estará.

7. Reanalice la situación y cambie su estrategia según sea necesario.

Puntos principales para cerrar la sesión

Es posible influir en las políticas

Este proceso requiere el análisis de las políticas para poder entender su entorno y la planificación estratégica de modo de asegurar que los objetivos y las estrategias sean los apropiados y que se puedan obtener los recursos para apoyar las actividades de *advocacy*.

El cambio se puede hacer desde los lugares de trabajo –no sólo los/las activistas externos/as necesitan hacer un análisis cuidadoso y planear detenidamente las estrategias–.

Las personas a las que se intenta beneficiar con el cambio deben participar en el proceso de planificación estratégica y monitoreo.

Nota: El propósito principal de este módulo es capacitar sobre la planificación estratégica y no sobre los distintos componentes de *advocacy* –cómo trabajar con los medios, cómo formar coaliciones, cómo hablar en público, etc.–. Las lecturas proveen material adicional acerca de estos temas si desea avanzar más en esta dirección durante el curso.

Sesión desarrollada por Barbara Klugman



Guía

1

Ejercicio grupal 1

Desea lograr apoyo para cambiar una política

Vive en una comunidad rural pequeña. Los líderes tradicionales de la comunidad se sienten amenazados por la invasión de los valores occidentales en su país y en su pueblo, particularmente desde que se establecieron varias fábricas donde los jóvenes ganan más dinero que los agricultores. Los comerciantes, quienes además son los más ricos de la comunidad, están contentos con las nuevas oportunidades. Las mujeres del grupo religioso local están muy preocupadas porque los jóvenes ya no se comportan como antes.

El director de la escuela sigue las instrucciones del gobierno nacional. No hay una junta escolar ni ninguna comisión de la comunidad que trate las políticas o discuta las prácticas de la escuela. La política nacional vigente estipula que las alumnas mujeres deben abandonar la escuela si están embarazadas. No se impone ninguna sanción a los varones que dejan embarazadas a las jóvenes.

El nivel de embarazos adolescentes es alto en la escuela local. Además, la tasa de infección por VIH está subiendo en el país, más rápidamente entre las mujeres, quienes tienen las tasas de infección más altas. La policía del pueblo dio cuenta de un incremento en los casos de violencia contra las mujeres, inclusive un aumento de las violaciones.

Usted trabaja en una organización de activistas (un grupo de jóvenes o un grupo que defiende los derechos humanos –¡puede elegir dónde quiere ubicarse!). Quiere convencer a esta comunidad de que es preciso hacer algo para evitar que las jóvenes se embaracen o que sean víctimas de la violencia. También quiere prevenir a la gente joven del riesgo de contraer el VIH. Está pensando en proponer un programa de educación sexual y “habilidades para la vida” que sea incluido en la currícula escolar.

Su tarea es plantear objetivos posibles

¿El objetivo de incluir un programa de educación sexual y de “habilidades para la vida” en la currícula escolar es un objetivo realista y “alcanzable” en este momento en la comunidad?

Discuta cómo ha definido el problema hasta ahora y las soluciones que haya propuesto. Dado el contexto general –quiénes son los actores, etc.– ¿cree que ésta es la mejor solución posible o existen otras soluciones?

Sobre la base de esta discusión:

- Indique tres objetivos alternativos posibles.
- Identifique las ventajas y las desventajas de cada objetivo en relación con las necesidades de quién satisface, los intereses de quién apoya y cuáles pueden ser las barreras que se interpongan en el logro de cada objetivo.
- Elija un objetivo para su campaña. Elija un indicador de “proceso”, uno de “resultado” y uno de “impacto” que utilizará para medir su logro del objetivo. (Refiérase a los ejemplos de indicadores de proceso, resultado e impacto dados en la Sesión 6 del Módulo de Evidencia.)



Guía

2 Ejercicio grupal 2

Desea lograr apoyo para cambiar una política

Vive en una comunidad rural pequeña. Los líderes tradicionales de la comunidad se sienten amenazados por la invasión de los valores occidentales en su país y en su pueblo, particularmente desde que se establecieron varias fábricas donde los jóvenes ganan más dinero que los agricultores. Los comerciantes, quienes además son los más ricos de la comunidad, están contentos con las nuevas oportunidades. Las mujeres del grupo religioso local están muy preocupadas porque las jóvenes ya no se comportan como antes.

El director de la escuela sigue las instrucciones del gobierno nacional. No hay una junta escolar ni ninguna comisión de la comunidad que trate las políticas o discuta las prácticas de la escuela. La política nacional vigente estipula que las alumnas mujeres deben abandonar la escuela si están embarazadas. No se impone ninguna sanción a los varones que dejan embarazadas a las jóvenes.

El nivel de embarazos adolescentes es alto en la escuela local. Además, la tasa de infección por VIH está subiendo en el país, más rápidamente entre las mujeres, quienes tienen las tasas de infección más altas. La policía del pueblo dio cuenta de un incremento en los casos de violencia contra las mujeres, inclusive un aumento de las violaciones.

Usted trabaja en una organización de activistas (un grupo de jóvenes o un grupo que defiende los derechos humanos –¡puede elegir dónde quiere ubicarse!). Quiere convencer a esta comunidad de que es preciso hacer algo para evitar que las jóvenes se embaracen o que sean víctimas de la violencia. También quiere prevenir a la gente joven del riesgo de contraer el VIH. Está pensando en proponer un programa de educación sexual y “habilidades para la vida” que sea incluido en la currícula escolar.

Su tarea es elaborar un menú de estrategias

Existen muchas opciones diferentes en el intento de conseguir que se apruebe una nueva política o práctica. ¿Sobre la base de qué decide participar en las “políticas de oposición” (trabajar desde afuera presionando para que el sistema cambie) en contraposición a las “políticas de involucramiento” (trabajar con los poderes intentando lograr cambios graduales). ¿Qué tipo de estrategias tienen posibilidades de tener el mayor impacto: marchas públicas; historias sobre tragedias personales en los periódicos; negociaciones encubiertas con los individuos/grupos poderosos de la comunidad?

- Identifique tres estrategias posibles que puedan ayudarlo a lograr su objetivo.
- Presente las ventajas y desventajas de cada estrategia.
- Identifique qué estrategia cree que será la más adecuada dentro de este contexto. Elija un indicador de “proceso”, uno de “resultado” y uno de “impacto” para evaluar si su estrategia está funcionando bien en un momento particular. (Refiérase a los ejemplos de indicadores de proceso, resultado e impacto dados en la Sesión 6 del Módulo de Evidencia.)



Guía

3

Ejercicio grupal 3

Desea lograr apoyo para cambiar una política

Vive en una comunidad rural pequeña. Los líderes tradicionales de la comunidad se sienten amenazados por la invasión de los valores occidentales en su país y en su pueblo, particularmente desde que se establecieron varias fábricas donde los jóvenes ganan más dinero que los agricultores. Los comerciantes, quienes además son los más ricos de la comunidad, están contentos con las nuevas oportunidades. Las mujeres del grupo religioso local están muy preocupadas porque las jóvenes ya no se comportan como antes.

El director de la escuela sigue las instrucciones del gobierno nacional. No hay una junta escolar ni ninguna comisión de la comunidad que trate las políticas o discuta las prácticas de la escuela. La política nacional vigente estipula que las alumnas mujeres deben abandonar la escuela si están embarazadas. No se impone ninguna sanción a los varones que dejan embarazadas a las jóvenes.

El nivel de embarazos adolescentes es alto en la escuela local. Además, la tasa de infección por VIH está subiendo en el país, más rápidamente entre las mujeres, quienes tienen las tasas de infección más altas. La policía del pueblo dio cuenta de un incremento en los casos de violencia contra las mujeres, inclusive un aumento de las violaciones.

Usted trabaja en una organización de activistas (un grupo de jóvenes o un grupo que defiende los derechos humanos –¡puede elegir dónde quiere ubicarse!–). Quiere convencer a esta comunidad de que es preciso hacer algo para evitar que las jóvenes se embaracen o que sean víctimas de la violencia. También quiere prevenir a la gente joven del riesgo de contraer el VIH. Está pensando en proponer un programa de educación sexual y “habilidades para la vida” que sea incluido en la currícula escolar.

Su tarea es desarrollar mensajes

- Identifique cuatro grupos a los que se va a dirigir.
- ¿Qué mensajes elaborará para cada grupo? (¿Qué le puede decir a cada grupo para ayudarlos a visualizar el problema y lograr su apoyo para el programa de educación sexual y “habilidades para la vida” en las escuelas?)
- ¿Cómo difundirá esos mensajes? (¿A través de los medios de comunicación? ¿En encuentros cara a cara? ¿Cartas? ¿Marchas?)



Guía

4

Ejercicio grupal 4

Desea lograr apoyo para cambiar una política

Vive en una comunidad rural pequeña. Los líderes tradicionales de la comunidad se sienten amenazados por la invasión de los valores occidentales en su país y en su pueblo, particularmente desde que se establecieron varias fábricas donde los jóvenes ganan más dinero que los agricultores. Los comerciantes, quienes además son los más ricos de la comunidad, están contentos con las nuevas oportunidades. Las mujeres del grupo religioso local están muy preocupadas porque las jóvenes ya no se comportan como antes.

El director de la escuela sigue las instrucciones del gobierno nacional. No hay una junta escolar ni ninguna comisión de la comunidad que trate las políticas o discuta las prácticas de la escuela. La política nacional vigente estipula que las alumnas mujeres deben abandonar la escuela si están embarazadas. No se impone ninguna sanción a los varones que dejan embarazadas a las jóvenes.

El nivel de embarazos adolescentes es alto en la escuela local. Además, la tasa de infección por VIH está subiendo en el país, más rápidamente entre las mujeres, quienes tienen las tasas de infección más altas. La policía del pueblo dio cuenta de un incremento en los casos de violencia contra las mujeres, inclusive un aumento de las violaciones.

Usted trabaja en una organización de activistas (un grupo de jóvenes o un grupo que defiende los derechos humanos –¡puede elegir dónde quiere ubicarse!). Quiere convencer a esta comunidad de que es preciso hacer algo para evitar que las jóvenes se embaracen o que sean víctimas de la violencia. También quiere prevenir a la gente joven del riesgo de contraer el VIH. Está pensando en proponer un programa de educación sexual y “habilidades para la vida” que sea incluido en la currícula escolar.

Su tarea es identificar qué recursos necesitará para llevar a cabo una campaña exitosa

- Decida la estrategia que utilizará para lograr su objetivo.
- En relación con esa estrategia, identifique qué tipo de información necesitará, por qué la necesitará, dónde la obtendrá o cómo la generará.
- Identifique si necesitará recursos financieros, dónde y cómo los obtendrá.
- Identifique qué habilidades son necesarias para la campaña y dónde las podrá encontrar.

SESIÓN

4

Estudios de caso de procesos de cambio e implementación de políticas

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- identificarán los factores que facilitan u obstaculizan los esfuerzos para lograr un nuevo objetivo de política o un objetivo de implementación
- incorporarán el análisis de género en este proceso
- reflexionarán acerca de la utilidad del marco y las herramientas presentadas en las Sesiones 2 y 3
- reconocerán la efectividad del proceso de análisis de políticas y de planificación estratégica, y el impacto del abordaje de las cuestiones de género mediante estos procesos al conocer uno que se está llevando a cabo actualmente.



1-2 horas según la opción que se elija.

Preparación previa

- Según la opción elegida para conducir esta sesión, prepare los estudios de caso apropiados, como se describe en la Actividad 1, en la pág. 361 o invite a un conferencista adecuado.

Materiales

- Guía 1: "Estudio de caso: Sudáfrica"
- Guía 2: "Estudio de caso: Australia"

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Plata M. I.; González A. C. y de la Espriella A. A policy is not enough: women's health policy in Colombia. *Reproductive Health Matters*, 1995, **6**:107-113.

2. Wainer J. y Peck N. By women for women: Australia's National Women's Health Policy. *Reproductive Health Matters*, 1995, **6**:114-121.

Lecturas sugeridas en español

Gutiérrez, M. A. Mujeres para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres. En: Abregú, M. y Ramos, S. (coordinación editorial) *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*. Buenos Aires, CEDES-CELS-Foro de la Sociedad Civil de las Américas, 2000.

Sikkink, K. La dimensión transnacional de los movimientos sociales. En: Abregú, M. y Ramos, S. (coordinación editorial) *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, CEDES-CELS-Foro de la Sociedad Civil de las Américas, Buenos Aires, 2000.

Cómo conducir la sesión

Hay diferentes maneras de lograr los objetivos de esta sesión. Aquí se sugieren tres opciones.

Primera opción

Invite a alguien que haya participado en un caso específico de *advocacy* para que dé una charla. Las Guías 1 y 2 le darán una idea de la variedad de temas que puede cubrir la persona invitada.

Segunda opción

Los/las participantes trabajan en pequeños grupos para hacer un análisis comparativo de los procesos de políticas en dos países distintos. Puede seleccionar como ejemplo uno de los dos estudios de caso que se incluyen en las guías e identificar otro estudio de caso de un proceso similar para compararlos.

Tercera opción

Los grupos leen un ejemplo de un estudio de caso real sobre la formulación y la implementación de una política específica perteneciente a un país del que provengan uno o más participantes. Luego sintetizan el proceso tomando como base el marco y las herramientas aprendidas en las Sesiones 2 y 3.

Cualquiera sea la opción escogida, al elegir los estudios de caso, asegúrese de que las cuestiones de género se incluyan en el análisis y las estrategias.

Actividad 1: Prepare los estudios de caso

Prepare los estudios de caso para esta sesión. Debe elegir aquellos a los que pueda aplicar las metodologías y que tengan que ver con cuestiones actuales que sean de importancia para los/las participantes. Lo ideal sería que eligiera un estudio de caso de un cambio legislativo o de políticas, y otro a nivel de la implementación. Esto ayudará a los/las participantes para que vean cómo se pueden aplicar las herramientas a diferentes objetivos. Si todos los/las participantes son del mismo país, sería bueno usar ejemplos de políticas locales con las que se puedan relacionar.

En el curso llevado a cabo en Sudáfrica, los estudios de caso incluyeron:

- el proceso de aprobación de la legislación sobre la liberalización del aborto
- el proceso de inclusión de la detección de cáncer de cuello de útero en la agenda de las políticas
- el proceso de lograr y monitorear el compromiso político para una estrategia provincial en materia de VIH/SIDA.



Actividad 2: Opción 1: Recibiendo a un/a conferencista invitado/a

Presente a los/las participantes el propósito de esta sesión.

Los estudios de caso son importantes para que los/las participantes vean las metodologías presentadas en las Sesiones 2 y 3, aplicadas a situaciones de la vida real. Escuchar a un/a conferencista que esté involucrado/a en el proceso de las políticas tiene el valor agregado de que se puede brindar una visión detallada mediante la interacción con un decisor real.

Presente al/a la conferencista.

La charla deberá durar unos cuarenta minutos, seguida de veinte minutos para preguntas y debate. Asegúrese de pedirle al invitado/a que no sólo cuente su historia sino que explicité el proceso del cambio. Puede mostrarle las preguntas de la Opción 2 para que sepa qué es lo que están estudiando los/las participantes. Otra alternativa es que el/la facilitador/a haga surgir esos puntos en la discusión.



Actividad 2: Opción 2: análisis comparativo de diferentes campañas para lograr objetivos similares

Esta opción fue preparada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad y utilizada en el taller de entrenamiento *Operacionalizando Cairo y Beijing* realizado en la Argentina en 1999.

Paso 1: Preparación **Este paso tiene lugar antes de la sesión**

Elija dos estudios de caso de procesos similares, pero de diferentes países o sobre diferentes temas. Por ejemplo, puede comparar dos campañas para las reformas legislativas/constitucionales, o dos campañas diferentes para cambiar comportamientos, como una campaña de prevención de VIH y una campaña en repudio de la violencia contra las mujeres. El estudio de caso sobre la legislación del aborto en Sudáfrica (Sesión 2) puede ser comparado con un estudio de caso de una reforma legal en otro país. El ejemplo de la campaña de SIDA en Sudáfrica (Guía 1) puede compararse con una campaña similar en los países de los/las participantes. De igual manera, el estudio de caso de la política de salud de las mujeres de Australia (Guía 2) se puede usar con un estudio de caso local sobre la reforma de una política de salud o con el estudio de caso colombiano que se incluye en la lista de lecturas.



Paso 2: Trabajo en grupos con los estudios de caso

Los/las participantes se dividen en grupos, cada grupo toma un solo estudio de caso. Los grupos tienen que identificar:

- los factores del contexto
- cómo se definió el problema
- las soluciones que se propusieron
- las estrategias de *advocacy* utilizadas (objetivos, estrategias, mensajes, recursos)
- los resultados obtenidos.



Paso 3:
Discusión con todo el grupo

Continúe este trabajo con una discusión plenaria. Compare los dos casos para identificar las tres razones principales del éxito o el fracaso del proceso de *advocacy*.

Estudio de caso:
Sudáfrica

En este estudio de caso los puntos que se deben destacar son:

- el uso de los datos para identificar el problema
- el análisis del rol del contexto local en la exacerbación del problema (trabajo migrante; encontrarse cerca de una ruta con gran circulación de camiones). Señale que éstas son cuestiones de género clave dado que la mayoría de los hombres son migrantes. Esta situación desgasta las relaciones familiares y particularmente conduce a un incremento en las relaciones sexuales extramatrimoniales. A su vez, las mujeres quedan en sus hogares y muchas deben sostenerse con remesas de dinero limitadas, lo cual puede obligarlas a mantener relaciones sexuales a cambio de comida, uniformes escolares para sus hijos u otras necesidades
- el trabajo de las ONGs para buscar soluciones
- la identificación del sistema político –reuniones periódicas del MCE (Miembros del Comité Ejecutivo) y de los concejales locales– como la base en la que los líderes políticos sean incentivados a hablar públicamente y que también sean responsabilizados
- que dentro de esta estrategia y análisis se incluyan tanto a varones como a mujeres y que se tenga en cuenta a las organizaciones que tienen un gran alcance comunitario, en especial hacia las mujeres, y que pueden socavar los esfuerzos de prevención de VIH, como por ejemplo los grupos religiosos.

Estudio de caso:
Australia

Los puntos para destacar son:

- No caer en la trampa de suponer que dado que el tema es la salud de las mujeres, este proceso automáticamente abordará las diferencias de género. Es por esto que se debe poner atención en los aspectos de este proceso que cuestionan las normas de género. Este estudio de caso ilustra en particular que:
 - hubo un análisis previo para identificar dónde las situaciones en las inequidades de género llevaron a una atención inadecuada de la salud de las mujeres tanto en la investigación –generando falta de información sobre el estado de salud de las mujeres– como en las prioridades del sistema de salud
 - se prestó atención a cómo el sistema de salud limita la capacidad de las mujeres de cuidar de su propia salud, y por lo tanto cuestiona la estructura institucional genérica del sistema médico que asume que los/las trabajadores/as de la salud son los que más saben.
- El ímpetu para cambiar la política provino de un movimiento de masas que representaba a la gente que no había sido escuchada cuando se formularon las políticas de salud previas.
- Señale el uso del contexto internacional (la mención de la conferencia de Nairobi se refiere a la Conferencia de la Mujer de las Naciones Unidas que se realizó en 1985 y que fue precursora de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing).
- Señale que el cuestionamiento de que la política discriminaba a los hombres indica que éstos, como grupo poderoso y dominante en la sociedad, no habían sido abordados adecuadamente durante el proceso. Sin embargo, puede argumentarse que a los que tienen el poder pocas veces les gusta ver que se gasten recursos en los demás.



Actividad 2: Opción 3: trabajando con un estudio de caso de los países de los/las participantes

Esta actividad fue desarrollada por la Yunnan Reproductive Health Research Association, y se utilizó en el curso de entrenamiento *Operacionalizando El Cairo y Beijing* en Kunming, China, en 1999.

Los grupos leen un ejemplo de un caso real de formulación e implementación de una política específica de un país del que provengan uno o más participantes. Luego sintetizan el proceso basándose en el marco y las herramientas aprendidas en las Sesiones 2 y 3.

En el curso realizado en China, los facilitadores dividieron a los/las participantes en grupos y le entregaron a cada grupo una política nacional para que consideren, como la ley de matrimonio, la política del hijo único y la de los dos hijos, y la política de licencia por maternidad. Se pidió a cada grupo que discutiera qué factores afectaban la formulación de esa política y en qué medida ésta abordaba la equidad de género.

Sesión desarrollada por Barbara Klugman



Guía

1

Estudio de caso: Sudáfrica

Ésta es la historia de una estrategia de prevención de SIDA en una provincia de Sudáfrica, tal como fue presentada por un funcionario del Ministerio de Salud, quien coordinó esa estrategia. Es un ejemplo de cómo en una sola estrategia se incluyen procesos que abordan una amplia diversidad de actores para poder abarcar la problemática de manera integral. También muestra cómo la dirigencia política debe rendir cuentas de sus acciones.

Provincia del Norte de Sudáfrica: liderando la lucha contra el SIDA

Fuente: Manzini N. Northern Province: taking the lead in addressing AIDS. *Women's Health News and Views* (boletín del Women's Health Project, Johannesburgo), 1998, 28:11.

El problema

El problema que identificamos es el deficiente control y manejo de TB, ETS, y VIH/SIDA en la provincia.

TB

1996 = 4.515 casos registrados con 90,1% de cobertura en la detección

1997 = 5.473 casos registrados con 91,7% de cobertura en la detección

VIH

1996 = tasa de prevalencia de 7,96%

1997 = tasa de prevalencia de 8,2%

El grado de incremento es mayor entre las mujeres jóvenes

Antecedentes

La Provincia del Norte es una provincia pobre. El 92% de su territorio es rural y el trabajo es principalmente migratorio, con algunas industrias mineras y distritos de producción de té y cítricos donde las trabajadoras mujeres habitan en complejos habitacionales. Todos estos factores contribuyen para que la vulnerabilidad a estas enfermedades sea mayor. Además, la Provincia del Norte limita con tres países vecinos y está atravesada por la carretera N1 por lo que constituye un lugar de paso hacia y desde África.

Estrategia

El Primer Ministro declaró a la TB, las ETS y el VIH/SIDA prioritarias para la provincia –la TB es la segunda enfermedad contagiosa con mayor prevalencia–. El manejo de estas enfermedades debe hacerse mediante proyectos estratégicos multisectoriales, por encima del manejo de rutina. Se desarrolló un plan de quince puntos firmado por el Primer Ministro y presentado por el Comité Ejecutivo a una audiencia de aproximadamente de 10 mil personas, el 10 de julio de 1997.

Logros

- La TB, las ETS y el VIH/SIDA están incluidas en la agenda mensual del gabinete y de los ministros para actualizaciones y apoyo.
- Constituyen un tema que está presente en los discursos de los Miembros del Comité Ejecutivo (MCE). Hasta el momento los concejales locales han iniciado veinte talleres. Se espera que los MCE informen acerca de la respuesta del público. Por ejemplo, si una persona joven se acerca a un MCE y quiere saber por qué no hay condones disponibles, ese MCE va las reuniones y le pregunta a la persona responsable de los servicios de salud por qué no hay condones disponibles. Esto genera una dinámica de vigilancia.
- Se han introducido TAES: tratamiento abreviado estrictamente supervisado (*DOTS: directly observed treatment strategy*) en todos los departamentos del gobierno, con el 44-50% de tasa de curación.
- Se han establecido comisiones interdepartamentales a nivel provincial y regional.
- Cerca de 1.900 maestros han sido entrenados en habilidades para la vida y han comenzado a implementarlas con estudiantes varones y mujeres.
- La Comisión de Juventud ha realizado numerosos talleres y cuatro organizaciones de jóvenes obtuvieron financiamiento para proyectos sobre SIDA.
- Existen treinta y ocho ONGs que trabajan en TB y VIH/SIDA, de las cuales veintiséis han recibido fondos. Trabajan con programas para mujeres y niñas y también con varones y niños.
- Los lugares públicos (privados y estatales) son utilizados como centros de distribución de condones. La distribución ha aumentado de 3 millones a 3.650.000. Debido a que las clínicas son utilizadas principalmente por mujeres, era importante entregar condones también en lugares frecuentados por varones.
- Los talleres realizados por grupos religiosos han aumentado el 20%.
- “Trabajadores de la salud por el cambio” desarrollado por el Women’s Health Project ha sido utilizado para mejorar las actitudes de cuidado. Se han realizado 102 talleres. Esperamos que las personas estén asumiendo responsabilidades para prevenir el contagio de estas enfermedades.



Guía

2

Estudio de caso: Australia

Este estudio de caso fue desarrollado y utilizado por el Key Centre for Women's Health, de Melbourne, Australia, en el curso *Operacionalizando El Cairo y Beijing* realizado en 1999.

La formulación de la Política Nacional de Salud de las Mujeres de Australia

Durante las décadas de 1970 y 1980, el movimiento de mujeres en Australia logró expresar su preocupación respecto del estado de salud de las mujeres, la existencia de conocimientos inadecuados acerca de muchos aspectos de su salud y la necesidad urgente de reformar el sistema de salud para que se pudieran satisfacer mejor las necesidades que identificaban las propias mujeres.

A partir de mediados de la década de los setenta, hubo un período de activismo intenso, que incluyó el establecimiento de centros de salud para mujeres atendidos por mujeres y la realización de numerosas conferencias subnacionales sobre la salud de la mujer y dos conferencias nacionales en 1975 y 1985. La formulación de la Política Nacional de Salud de las Mujeres constituyó el foco principal en la conferencia de 1985 y a raíz de esto se realizó una consulta en la que participaron un millón de mujeres australianas. Finalmente en 1989, el gobierno de Australia lanzó la Política Nacional de Salud de las Mujeres.

Por primera vez, el extenso proceso de consulta aseguró la formulación de una política de salud que reflejaba las preocupaciones de las mujeres sobre las problemáticas de salud que las afectan.

Se identificaron siete prioridades de acción en el sistema de salud:

- salud reproductiva y sexualidad
- salud de las mujeres de la tercera edad
- salud emocional y mental de las mujeres
- violencia contra las mujeres
- salud ocupacional y seguridad ocupacional de mujeres
- necesidades en salud de las mujeres como cuidadoras
- efectos sobre la salud que genera el estereotipo del rol sexual de las mujeres.

La política se basó en un claro reconocimiento de que la posición de las mujeres en la sociedad afecta su estado de salud y su acceso a los servicios de salud. Esta política fue diseñada para proveer un marco o una estrategia planificada para mejorar la salud de las mujeres australianas y satisfacer sus necesidades de atención de la salud en el año 2000 y cumplir las obligaciones internacionales surgidas de la conferencia de Nairobi.

La política señala que las preocupaciones sobre la salud de las mujeres no se circunscriben sólo a los problemas de salud específicos e incluyen las estructuras de atención e información y los procesos que afectan las interacciones de las mujeres con el sistema de salud. A su vez, todos estos aspectos afectan la calidad de la atención que reciben las mujeres, su acceso a servicios apropiados y aceptables y los resultados para su salud.

Se identificaron cinco áreas estructurales del sistema de salud donde es necesario actuar:

- mejora de los servicios de salud para las mujeres
- información sobre salud a las mujeres
- investigación y recolección de datos sobre la salud de las mujeres
- participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud
- mejoramiento de la capacitación de los/las proveedores/as de la salud.

La implementación de esta política innovadora también tiene sus cuestionamientos. En particular, se cuestionó la legalidad del programa sobre la base de que discriminaría a los varones. El presidente de la Comisión de Derechos Humanos e Igualdad de Oportunidades, Sir Ronald Wilson, determinó que los servicios específicos para mujeres eran legítimos. También señaló que el programa revertía significativas desventajas que sufren las mujeres en relación con la atención de su salud y que aún deben enfrentar grandes desventajas en la sociedad. Se refirió en particular a las numerosas presiones socioeconómicas (la pobreza, el cuidado de los niños/as, las madres solteras, los salarios inferiores y la violencia doméstica) que tienen un gran impacto en el bienestar y la salud física y emocional de las mujeres.

SESIÓN

5

Ejercicio de aplicación: desarrollando una estrategia para influir en o implementar una política

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- tendrán la oportunidad de practicar utilizando herramientas específicas para realizar análisis de políticas y diseñar una estrategia para cambiar una política o un programa
- llevarán a cabo este proceso en relación con una política o programa que el/la participante tenga planeado cambiar al regresar a su país, a nivel nacional o a nivel de su trabajo
- internalizarán los propósitos de las herramientas y el proceso de aplicarlas en diversas situaciones
- reconocerán que el proceso de transversalización de la equidad de género en salud está inserto en las decisiones que se toman a diario sobre los procesos de cambio.

3 horas y 30 minutos

Materiales

- Guía 1: “Instrucciones para completar el ejercicio de aplicación”
- Guía 2: “Cómo evaluar los aspectos facilitadores y obstaculizadores del contexto en la identificación del problema y la búsqueda de la solución”
- papelógrafo con la lista de acciones prioritarias identificadas por los/las participantes en la Sesión 7 del Módulo de Derechos.

Cómo conducir la sesión

Los/las participantes pueden comenzar este ejercicio luego de la Sesión 2 –en ese momento pueden contestar las dos primeras preguntas–. Pueden continuar con el ejercicio –el paso 3– luego de la Sesión 3. Al planificar el curso, sería bueno que se organizara de manera tal que haya un fin de semana (si es que no se dan clases) entre el momento en que se les entrega la consigna y el día en que la deben completar. Otra alternativa sería, si hay un fin de semana al final de la Actividad 2 de esta sesión, que se les dé un tiempo para hacer los cambios necesarios en ese momento, antes de que el trabajo sea evaluado por el/la facilitador/a.

En esta sesión hay dos actividades principales. La primera es una actividad individual en la que los/las participantes identifican qué les gustaría cambiar en sus lugares de trabajo y diseñan un plan estratégico. En la segunda, los planes de los/las participantes se exhiben en las paredes y el resto de los/las participantes los leen y opinan.



Actividad 1: Diseñando un plan estratégico



2 hrs
30 mins



10 mins

Paso 1: Identifique qué cambiaría en un programa o una política

2 horas y 30 minutos, más tiempo fuera de clase y, si es posible, durante el fin de semana

Pida a los/las participantes que identifiquen una política o un programa, o un aspecto de un programa en el que estén trabajando y deseen cambiar. Los criterios más importantes son que sea algo que:

- ellos/as quieran cambiar
- que esté dentro de su poder de influencia
- tenga un objetivo específico y limitado
- promueva el cambio específico de género o redistributivo de género.

Aclare que será un ejercicio de *advocacy*, más que de planificación de un programa. Esto significa que el ejercicio es sobre cómo hacer que el cambio sea posible y no tanto sobre cuáles serán los cambios. Se trata de identificar las condiciones que dificultan el proceso de cambio y de ver cómo se pueden superar las limitaciones.

Señale las distinciones entre la elaboración de un plan estratégico y la elaboración de un programa

Aquí se incluyen algunos ejemplos para ayudar a los/las participantes a distinguir entre la elaboración de un plan estratégico (que es lo que se hará en esta actividad) y la elaboración de un programa.

En el curso de Sudáfrica, los/las participantes analizaron una política y elaboraron un plan estratégico sobre:

- Cómo lograr el apoyo de los/las trabajadores/as de la salud para reducir la mortalidad materna. Este plan consideraba los factores que llevaron a los responsables de los servicios de salud a no ocuparse de la mortalidad materna y de lo que se podía hacer para encarar este problema. El propósito del ejercicio fue reconocer la necesidad de elaborar e implementar ese plan más que elaborar un plan detallado de las actividades de los servicios de salud requeridas para reducir la mortalidad materna.
- Cómo introducir talleres para las parejas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Al igual que la anterior, esta actividad no pretendió enumerar los pasos necesarios para dictar talleres para las parejas sino lograr que la organización de la participante reconociera la importancia de éstos y creara una base de recursos que les permitiera llevarlos a cabo.
- Cómo persuadir a un centro de salud de Zimbabwe para que incorpore la educación comunitaria como una estrategia de empoderamiento.
- Cómo persuadir a los donantes para que movilicen fondos para apoyar el proceso de transversalización de la perspectiva de género dentro del Ministerio de Salud de Mozambique.
- Cómo cambiar la Declaración del Consejo Nacional de SIDA de Zimbabwe.

- Cómo cambiar las prioridades del movimiento de mujeres rurales para que incluyan cuestiones sobre varones y salud y derechos reproductivos.
- Cómo cambiar una política provincial que provee un solo Papanicolaou por mujer durante toda su vida, para que incluya tres Papanicolaou por mujer, como lo establece la política nacional de Sudáfrica.



Paso 2: **Escoja problemas realistas**

Para ayudar a que los/las participantes elijan problemas realistas, pídeles que piensen en ejemplos de cuestiones que estén tratando de cambiar en sus lugares de trabajo, e indíqueles cuál de esos ejemplos sería apropiado para esa actividad.

Puede recordarles las acciones prioritarias identificadas en la Sesión 7 del Módulo de Derechos. Muestre la filmina con esta lista. También puede retomar los ejemplos de cambios que los/las participantes hayan dado cuando se habló del continuo de cambio en la Sesión 3; de esta forma contará con buenos ejemplos para que los/las participantes puedan utilizar en esta sesión.



Paso 3: **El ejercicio de aplicación**

Entregue a los/las participantes la Guía 1, donde se presenta la actividad, y la Guía 2 donde se ejemplifica cómo resumir el trabajo en un formato de cuadro. Aconséjeles usar como referencia la Guía 1: “Marco para el análisis de los factores que afectan la formulación de políticas, su contenido e implementación” de la Sesión 2 y la Guía 5: “Estrategia de siete pasos para influir en las políticas” de la Sesión 3.

Señale que por contar con poco tiempo, no será posible realizar un análisis exhaustivo o un plan estratégico detallado. Por esta razón deberán identificar sólo algunos factores de contexto, actores, etc. Aclare que deben contestar todas las preguntas de la guía. Si bien puede parecer demasiado elaborada, es un ejercicio práctico, y al ir paso por paso verán cómo las reflexiones que surgen de cada uno de estos pasos contribuyen a la planificación.

Dé a los/las participantes por lo menos dos horas para que hagan el ejercicio por su cuenta.



Actividad 2: Repasando los planes



Paso 1: **Preguntas y sugerencias sobre los planes**

Divida al grupo en tres. Pida al grupo 1 que pegue en la pared una lámina con el análisis individual y otra con los planes estratégicos. Colóquelas bien separadas una de otra. Cada persona debe pararse junto a su plan. El resto de los/las participantes caminan alrededor del salón, de manera individual, no en grupos, y leen los planes. Si hay algo que no esté claro, los observadores pueden pedir información adicional a la persona que ideó el plan. También podrán hacer sugerencias y escribirlas en una hoja en blanco que se ubicará junto a cada lámina para ese fin.

Si el grupo 1 tiene más o menos ocho miembros, este ejercicio se puede hacer en quince minutos. Transcurrido ese tiempo, pida al grupo 1 que saque sus láminas de la pared y solicite a los miembros del grupo 2 que

cuelguen las suyas. Nuevamente tendrán quince minutos para recorrer el salón leyendo los planes y compartiendo sus ideas acerca de ellos. Trate de que la gente se mueva constantemente para asegurar que siempre haya al menos una persona leyendo cada uno de los planes, en lugar de tener cinco personas leyendo un plan al mismo tiempo y que no haya nadie en otro. Transcurridos los quince minutos, el grupo 3 tendrá la oportunidad para hacer lo mismo.



Paso 2: **Los toques finales**

Explique el proceso para finalizar el análisis individual y los planes. Dígales que pueden hacer los cambios que deseen. Establezca un plazo con fecha y hora para que se lo entreguen de modo que usted pueda leer cada uno y hacer comentarios antes de la finalización del curso. Luego pregunte a todo el grupo si este ejercicio le resultó útil y si obtuvieron buenas sugerencias por parte de sus colegas.

Estos planes son un punto de referencia en las evaluaciones poscurso. Constituyen la base sobre la cual se puede evaluar si una vez terminado el curso los/las participantes avanzaron en la implementación de las estrategias propuestas y si esas estrategias funcionaron o no.

Algunas de las actividades que informaron los/las participantes del curso de entrenamiento *Operacionalizando El Cairo y Beijing* en Kunming, China, dictado por el Yunnan Reproductive Health Research Association, en sus evaluaciones poscurso fueron:

- "Abrí una línea telefónica de consulta en Zhejiang sobre salud sexual de las mujeres en cooperación con una organización de mujeres de Hong Kong. Ésta es la primera línea telefónica especializada en salud sexual de toda China."
- "Cooperé con una revista provincial de mujeres para establecer una columna de salud de la mujer, dado que el género se relaciona muy estrechamente con la salud reproductiva."
- "En el servicio de planificación familiar de Guizhou existen marcadas inequidades de género y la accesibilidad es mala. Por lo tanto, hemos diseñado dos programas de entrenamiento sobre distintos aspectos de la provisión de anticonceptivos."
- "Hemos decidido aplicar la experiencia que adquirimos en el curso de entrenamiento a nuestro proyecto sobre los derechos de los/las niños/as. Además, planeamos aplicar nuestros conocimientos en la prevención del tráfico sexual en nuestras comunidades."

Algunas de las actividades que propusieron los/las participantes del curso en Sudáfrica incluyeron:

- "Pude contribuir al mejoramiento de nuestras vías de comunicación, la rendición de cuentas y la estructura organizativa."
- "Implementé la reestructuración de mi organización (servicios para refugiados) descentralizando la administración y está funcionando bien."
- "Comencé a brindar servicios de aborto que nadie estaba dispuesto a dar."
- "Conduje talleres de concientización en nuestro subdistrito de salud con líderes tradicionales, empleados de la seguridad social, la justicia y la policía a través de un programa de empoderamiento de las víctimas."
- "Conduje un estudio de línea de base sobre sensibilidad de género con directores y tutores."
- "Negocié planes con los directores para establecer un programa de salud materna."
- "Invité a hombres para que participen en las actividades del Día Nacional de las Mujeres."
- "Comencé a trabajar con maestras/os para abordar las ETS y el SIDA y la violencia sexual."

Sesión desarrollada por Barbara Klugman



Guía

1 Instrucciones para completar el ejercicio de aplicación

1. Use las guías.
 - Sesión 2, Guía 1 “Marco para el análisis de los factores que afectan la formulación de políticas, su contenido e implementación”
 - Sesión 3, Guía 5: “Estrategia de siete pasos para influir en las políticas”.
2. Elija una política o programa, o un aspecto de su trabajo que desee cambiar. Conteste las siguientes preguntas:
 - ¿Cuál es su objetivo?
 - ¿Qué indicadores utilizará para medir el logro de su objetivo? ¿Por qué?
3. ¿De qué manera su objetivo promoverá la equidad de género?
 - Hará una diferencia en la posición de las mujeres en la sociedad (abordaje redistributivo de género), o en sus vidas cotidianas (abordaje específico de género), o en ambas? Podría ser útil explicarlo respecto de los cambios en las relaciones de poder o en el acceso a los recursos y su control y el poder o respecto de los roles de género.
 - ¿Por qué cree que este objetivo podrá conseguirlo?
4. Use el marco para analizar los factores que afectan la implementación de las políticas para identificar los factores que facilitarán u obstaculizarán la posibilidad de lograr el objetivo que haya elegido. Identifique al menos tres factores en cada categoría (contexto; actores; identificación del problema; búsqueda de la solución; procesos políticos o burocráticos), que influirán en su habilidad para cambiar la política.
5. Identifique tres opciones de estrategias que podría seguir para lograr su objetivo.
6. Elija una estrategia y explique por qué la eligió. Señale un indicador de proceso que utilizará para saber que está en el camino correcto para lograr el objetivo y un indicador de impacto para evaluar cuánto éxito tuvo en alcanzarlo. (Refiérase a los ejemplos de indicadores de proceso e impacto de la Sesión 6 del Módulo de Evidencia.)
7. Formule un plan de acción. ¿Qué pasos deberá dar para desarrollar e implementar la estrategia para hacer los cambios necesarios? Indique al menos dos ideas en relación con:
 - los recursos que necesitará (por ejemplo: información, recursos financieros, capacitación) y cómo los obtendrá
 - las alianzas que deberá formar (con qué actores individuales, grupos o instituciones)
 - los métodos que utilizará
 - los pasos que dará para asegurar la participación y la rendición de cuentas de las personas que se espera se beneficien con el cambio.

Elabore un mensaje y establezca claramente a qué audiencia estará dirigido. Debe ser un mensaje para los que usted esté tratando de influir con el fin de que se sumen a su acción o realicen los cambios de políticas o programas que usted propone. No es un mensaje para el público al cual se dirige la política o el programa.
8. Indique su cronograma.

Asegúrese de que las acciones que propone sean posibles –¡Debe comenzar este proceso ni bien regrese a su país!–.



Guía 2 Cómo evaluar los aspectos facilitadores y obstaculizadores del contexto en la identificación del problema y la búsqueda de una solución

Distintas políticas para abordar las cuestiones de género

Categoría	Factores	
	Facilitadores	Obstaculizadores
CONTEXTO:		
Social	Implementación de la Plataforma de Acción de Beijing; transformación de los servicios públicos de salud	Los recursos limitados de la gente; la distancia a los centros de salud; la falta de sistemas efectivos de referencia y contrarreferencia
Político	La Constitución establece el derecho a la salud	Retrasos en la designación de cargos
Económico	Estrategia integrada de atención primaria de la salud: priorización de la reubicación de servicios en las zonas donde éstos son más escasos	Falta de equipamiento; limitaciones económicas para contratar especialistas
ACTORES:		
Sociedad civil	Fuerte lobby de los grupos de mujeres y los grupos de derechos de los/las pacientes	Subrepresentación de las voces de las mujeres pobres y de las mujeres de sectores rurales
Partidos políticos y organizaciones políticas	Documentos que apoyan el empoderamiento de las mujeres y su participación en los procesos de toma de decisiones	Pocas mujeres rurales en cargos de toma "real" de decisiones
Organizaciones sindicales	En coalición con los principales partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil	Capacidad limitada y escasa cantidad de mujeres
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:		
Sociedad civil	Organizaciones comunitarias bien organizadas	Necesidad de hacer participar a los líderes tradicionales en las zonas rurales
Partidos políticos y organizaciones políticas	Prestan apoyo y asesoramiento político	Necesidad de que las mujeres pobres estén representadas en las delegaciones políticas
Organizaciones sindicales	Los/las trabajadores/as de la salud son quienes tendrán que implementar las soluciones	Las enfermeras, que son principalmente mujeres, deben participar en el análisis y la identificación de problemas
BÚSQUEDA DE LA SOLUCIÓN:		
Sociedad civil	Dado que las mujeres están afectadas de manera desproporcionada, las organizaciones de mujeres hacen lobby para lograr una distribución más equitativa de la atención de la salud; participación de instituciones de capacitación de profesionales que prestan servicios en las comunidades	Cuando se buscan las soluciones, no se toma en cuenta el rol de las mujeres rurales y el de aquellos que se encuentran en asentamientos informales y/o marginales
Partidos políticos y organizaciones políticas	La mayoría de ellos están en posiciones de poder en distintos niveles del gobierno; dirigirse a los miembros que son mujeres puede promover los cambios de políticas	Los miembros mujeres no tienen conciencia de su rol y no tienen el apoyo de sus compañeros varones en la promoción de los cambios de políticas
Organizaciones sindicales	Participación de todos los/las trabajadores/as de la salud –tanto médicos/as como enfermeros/as	Exclusión del sector privado
PROCESO POLÍTICO:		
Sociedad civil	Las mujeres abogadas podrían tener un papel más importante	Falta de mujeres abogadas en sectores rurales
Partidos políticos y organizaciones políticas	La mayoría de los políticos representan al gobierno que está en el poder, por lo tanto los compromisos que se efectúen deberían plasmarse en acciones	Cuando las mujeres no forman parte de la toma de decisiones y del proceso de implementación
Organizaciones sindicales	La mayoría de las organizaciones sindicales tienen una creciente participación de mujeres	Necesitan ser informadas y participar activamente

SESIÓN

6

Consolidación de estrategias para influir en o implementar una política

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- consolidarán las principales lecciones aprendidas en este módulo
- reconocerán las conexiones entre los módulos previos, el presente y el próximo.



45 mins

45 minutos

Materiales

- termina con la lista de métodos o temas con los que los/las participantes parecen tener dificultades, y también de las ideas innovadoras, interesantes o útiles que surjan de las presentaciones individuales. Utilice como guía “¿Qué temas tratar en la devolución que realice el/la facilitador/a?” de la pág. 378.

Cómo conducir la sesión

La primera actividad para esta sesión es la evaluación de los ejercicios que hace el/la facilitador/a, previa preparación de comentarios detallados acerca de esos ejercicios. Esto lleva por lo menos dos días para un grupo de treinta participantes. Por lo tanto, esta sesión se programa generalmente en un bloque de tiempo, luego del comienzo del Módulo de Sistemas de Salud. Otra alternativa, si es que hay un fin de semana luego de que los/las participantes devolvieron el ejercicio, es comenzar la semana siguiente con este ejercicio de consolidación y luego comenzar el Módulo de Sistemas de Salud.

La segunda actividad incluye la entrega de los trabajos a los/las participantes en la clase. A continuación se hace la devolución con comentarios detallados, la consolidación de los principales aprendizajes de este módulo y la discusión sobre las conexiones con los otros módulos.

Actividad 1: Evaluación y devolución del/la facilitador/a

Aproximadamente dos días de trabajo para 30 participantes

- Paso 1: Evaluación** Esta sesión es importante aunque el curso no incluya ningún examen. Brinda a los/las participantes una oportunidad para aplicar lo que han aprendido y para hacer conexiones directas entre el curso y su trabajo diario. Esto es importante para que los/las participantes no se olviden del

curso cuando tengan que enfrentar nuevamente las presiones que implican sus trabajos.

Lea el análisis de la política y el plan de cada participante, y escriba sus comentarios. Los siguientes pasos pueden ayudarlo/a a escribir sus comentarios:

- en primer lugar, fíjese si se respondieron todas las preguntas
- fíjese si las estrategias identificadas son efectivas con relación a la información de contexto provista
- observe qué barreras se han tomado en cuenta y cuáles no.

Si este ejercicio se estuviese utilizando como parte de una evaluación formal, con el propósito de entregar un certificado, el/la facilitador/a debe calificarlo con una nota. Si no, también es útil que indique si cree que el/la participante entendió adecuadamente el marco para el análisis de políticas y si lo pudo aplicar junto con la herramienta de planificación estratégica.

Calificando el trabajo de los/las participantes

En los cursos donde los trabajos reciben una nota, usted debe calificar cada una de las preguntas de la Guía 1.

Identifique las siguientes fortalezas

El/la participante:

- identificó un objetivo realista –sobre el que puede generar un impacto–
- se basó en el análisis de la relación entre género y salud, y en otros aspectos de los Módulos de Género, Determinantes y Derechos, para explicar por qué el objetivo y el plan estratégico promoverán la equidad en las relaciones de género
- identificó indicadores de proceso, resultado e impacto que son mensurables, realistas y apropiados
- usó el análisis de contexto, actores y procesos políticos/burocráticos para identificar las estrategias apropiadas
- explicó qué estrategia funcionaría mejor sobre la base del análisis previo de los factores de contexto y otros factores
- incluyó un indicador de proceso para mostrar cómo sabrán si es que han logrado algún avance para cumplir con el objetivo
- incluyó un indicador de impacto para mostrar cómo evaluarán si han tenido éxito en lograr el objetivo
- mencionó medios realistas para acceder a los recursos necesarios para implementar la estrategia.



Paso 2: Preparando la devolución y los comentarios

Haga una lista con los métodos o los temas con los que los/las participantes parecen tener mayor dificultad y también con las ideas interesantes, innovadoras o útiles que hayan surgido de las presentaciones individuales. Escriba esto en una **filmina**. (Para guiarse vea “¿Qué temas tratar en la devolución que realice el/la facilitador/a?”.)

Actividad 2: Haciendo la devolución



Paso 1: **Entregue los trabajos y discuta los temas que se generen**

Durante la sesión, entregue a cada participante su trabajo. Luego haga comentarios al grupo, mencionando los temas que haya identificado cuando leyó los trabajos. Pregunte al grupo si hubo cuestiones que les hayan resultado difíciles y que quisieran discutir y pídale que también cuenten qué les ha resultado útil.

Qué incluir en la devolución

Aquí se incluyen algunos temas clave que suelen surgir.

Indicadores

Es fácil elegir indicadores de cantidad –por ejemplo un número x de talleres–. Sin embargo, lo que realmente se quiere medir es si los talleres han tenido algún impacto.

Puede ser que exista cierta dificultad para diferenciar entre indicadores de “proceso” y “resultado”. Dé ejemplos de indicadores de proceso y enfatice su importancia. La idea es que el plan estratégico debería tener objetivos acotados para cada paso, que puedan ser medidos con indicadores específicos. De esta forma, si bien el problema general que la persona aborda puede tardar mucho tiempo en solucionarse, puede medir si está realizando algún progreso en su solución.

Los/las participantes muchas veces eligen indicadores que implican que las campañas de concientización o las actividades educativas pueden ser medidas en cambios de comportamiento –ya sea de los directores del programa o de sus beneficiarios–. Esta suposición no es realista. El conocimiento no conduce automáticamente a cambios de comportamiento y los/las participantes deben saber esto.

Equidad de género

No acepte la idea de que cualquier intervención apoya la equidad de género. Por ejemplo, las intervenciones para que una política de mortalidad materna o de detección de cáncer de cuello de útero se aplique de inmediato puede mejorar la salud de las mujeres, pero no promoverá por sí misma la equidad de género. Debe señalar que muchas intervenciones aunque mejoren la salud de las mujeres, no promueven de manera directa la equidad de género. (Refiérase a la tabla de la Sesión 4 del módulo de Derechos donde se compara la perspectiva de las necesidades con otra perspectiva que se basa en la promoción de la situación de las mujeres en la sociedad.) El propósito es que los/las participantes utilicen términos como “equidad de género” con mayor precisión y propiedad. En un caso, una participante expresó que conseguir el compromiso para la detección del cáncer de cuello de útero promovía la equidad de género, no en relación con la mujer individualmente, pero sí dentro del sistema de salud. Sostenía que se requería un cambio en las prioridades presupuestarias para las mujeres, y que así se superarían las inequidades en la asignación de recursos. Este tipo de especificidad es útil para que los/las participantes dejen de utilizar los términos sin un significado claro.

Incentive siempre a los/las participantes para que analicen las políticas existentes o para que identifiquen los problemas que no hayan sido abordados, nuevos objetivos de políticas y estrategias que tengan en cuenta no sólo la equidad de género sino también la equidad de raza, clase, etnia, casta y demás dimensiones de la estratificación social.

Definición de problemas e identificación de soluciones

El interés no es tanto la solución en sí. Lo importante es quién propone qué soluciones y en qué medida esas soluciones reflejan el problema tal como lo identifican las mujeres, las personas marginalizadas, etc. A usted le interesan más los procesos que los problemas o las soluciones reales.

Usted quiere ver un plan estratégico que conecte los problemas y las soluciones. Muchas veces existe una desconexión entre el problema y la solución propuesta.

Actores

Los/las participantes con frecuencia mencionan a los actores relevantes pero no indican cuál es el interés de cada actor, su nivel de poder, su postura en relación con el objetivo (apoyo/oposición). Es importante que hagan esto para que puedan identificar los actores que podrían ser buenos aliados y los que necesitan ser neutralizados o acercados mediante estrategias específicas.

Método

Una vez más, la clave es que usted no quiere saber cómo funcionará un programa, por ejemplo cómo se capacitará a los/las trabajadores/as de la salud. Lo que usted quiere saber es qué métodos se utilizarán para persuadir a los directores de que los/las trabajadores/as de la salud necesitan ser capacitados y que su institución debería asumir esta responsabilidad.

Mensaje

Cualquiera sea el plan estratégico, los/las participantes tienden a elaborar mensajes para el público. Por ejemplo, el plan puede tratarse de persuadir a un servicio de salud provincial para que incluya un programa de detección de cáncer de cuello de útero. El mensaje que dan es “¡Hágase un Papanicolaou para salvar su vida!”. Este mensaje está dirigido a las mujeres y el plan estratégico se centra en los directores del servicio. Para ellos, el mensaje debería ser distinto: “La detección del cáncer de cuello de útero ahorra dinero en el largo plazo”. Los planes estratégicos sobre servicios “amigables” para adolescentes usualmente son presentados con mensajes para los jóvenes como “Tu clínica te da la bienvenida”. Pero lo que realmente se necesita es un mensaje dirigido a los servicios, como por ejemplo “Los jóvenes tienen derecho a recibir servicios adecuados para ellos”.



Paso 2: Finalizando el módulo

Repase los objetivos de la Síntesis del Módulo. Aclare a los/las participantes que cuando se habla de transversalizar el género en las políticas y en la planificación, se está hablando del tipo de procesos sistemáticos que se promueve en este módulo. Un buen análisis de políticas debe incluir la perspectiva de género. Un buen plan estratégico también debe incluir la perspectiva de género. La transversalización del género no es un proceso separado o una herramienta técnica, sino que está inserta en los procesos cotidianos mediante los cuales se intenta identificar qué problemas se deben abordar y cómo hacerlo.

Presente el Módulo de Sistemas de Salud

Mencione cómo este módulo se relaciona con el próximo. El Módulo de Políticas intentó fortalecer la capacidad y la confianza de los/las participantes para posibilitar los cambios. Esto se aplica a cualquier sector, en relación con las políticas o la implementación. El Módulo de Sistemas de Salud se centra en hacer que los servicios respondan a las necesidades de las mujeres, los varones y todos/as los usuarios/as de los servicios.

El Módulo de Sistemas de Salud presenta ideas sobre el contenido de estos cambios. A lo largo del próximo módulo, los/las participantes deberán aplicar el marco de las políticas y las herramientas de planificación estratégica de este módulo para poder pensar “cómo” llevar a cabo esos cambios. Por ejemplo, pueden querer implementar mejoras en la calidad de los servicios, lo cual se discute en el Módulo de Sistemas de Salud, y por lo tanto deberán pensar cuáles pueden ser las barreras que podrían dificultar la implementación, quiénes serían sus aliados, etc., para poder fortalecer su capacidad de realizar cambios efectivos dentro del sistema de salud.

Dedique por lo menos quince minutos para que los/las participantes discutan individualmente con usted sus comentarios acerca de los ejercicios. Si es necesario dedique tiempo fuera de clase.

Estructura del Módulo de Sistemas de salud



MÓDULO 6

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes del Módulo de Sistemas de Salud

Los/las participantes:

- comprenderán el medio macroeconómico en el cual se ubican los servicios de salud;
- se familiarizarán con los componentes de un sistema de atención de la salud de buen funcionamiento y sus interrelaciones. Esos componentes incluyen: organización, acceso, infraestructura, sistemas de referencia y contrarreferencia, competencia técnica, relación proveedor/a-usuario/a, abastecimiento de medicamentos y mantenimiento del equipamiento;
- analizarán los métodos para promover la equidad de género y los derechos en la planificación, las metodologías de cambio en gerenciamiento e intervenciones para mejorar el funcionamiento de un sistema de salud;
- aplicarán los conceptos aprendidos en este módulo para elaborar la solución de un problema relacionado con los servicios de salud en su propia área de trabajo.

Ideas que sustentan el módulo

Las dos dimensiones de los sistemas de salud están interrelacionadas

Los expertos en sistemas de salud se ocupan principalmente de dos dimensiones de los sistemas de salud: 1) el medio en cual se proveen los servicios; y 2) el funcionamiento del sistema de salud con relación a la prestación de servicios. Ambas dimensiones están interrelacionadas.

El medio

El medio en el cual se proveen los servicios se refiere a una variedad de temas que incluye: cómo se adquieren los recursos; cómo se asignan y se distribuyen entre los niveles de atención primario, secundario y terciario, y entre áreas urbanas y rurales; quién provee los servicios (combinación público-privado); políticas sobre participación comunitaria, y la utilización de un modelo basado en distritos/áreas programáticas/regiones.

El contexto macroeconómico frecuentemente determina lo que es posible a nivel del país, y es, en parte, el medio en el cual se desarrollan los sistemas de salud. Sin embargo, hay países con recursos limitados cuyas poblaciones han alcanzado un estado de salud superior al de otros países más ricos. Actualmente, el contexto en el que se desarrollan los sistemas de salud genera demandas contradictorias a los funcionarios que elaboran políticas de salud y administradores de los programas de salud. Por un lado, el Programa de Acción de la CIPD establece la necesidad de expandir los servicios de tal manera que reflejen un abordaje de la salud reproductiva que incluya el ciclo de vida, y promover servicios de salud reproductiva integrales dentro del contexto de la atención primaria. Por

otro lado, estos cambios deben ser impulsados sin contar con recursos adicionales, y, de hecho, en un contexto caracterizado por la reducción del gasto público.

Los servicios

Sin embargo, las limitaciones de recursos en el sector salud no son una característica singular del período actual. Existen países con recursos limitados cuyas poblaciones han logrado un estado de salud mejor que el de otros países más ricos. El funcionamiento efectivo del sistema de salud en relación con la prestación de servicios (la segunda dimensión de los sistemas de salud mencionada anteriormente) es una de las razones que explica esa situación.

El funcionamiento del sistema de salud respecto de la prestación de servicios se refiere a cómo operan los servicios en los lugares de atención y a las actividades que sustentan la atención –abastecimiento de medicamentos, administración, entrenamiento y supervisión de recursos humanos–.

Este módulo se centra en el nivel micro

El presente módulo aborda cuestiones referidas a la organización de los servicios de atención de la salud a un nivel micro, y no cuestiones macro relativas al financiamiento y la asignación de recursos a nivel del sector, planificación de recursos humanos, legislación para regular costos y estándares nacionales para la provisión de servicios.

El módulo comienza con un breve repaso del medio macroeconómico y ubica en perspectiva la noción actual de restricción de recursos. **La primera sesión del módulo describe y analiza la variedad de modelos de la reforma del sector salud y el impacto de género de esa reforma.**

El abordaje de los sistemas de salud

Las sesiones 2 a 6 analizan lo que puede hacer un formulador de políticas, un proveedor de servicios de salud, el administrador de un servicio de salud o un donante dentro de la realidad actual, para que los servicios sean efectivos, más agradables para los/las usuarios/as y también un mejor ambiente para los/las trabajadores/as de la salud.

Estas sesiones abordan los servicios de salud reproductiva desde la perspectiva de los sistemas de salud. La premisa subyacente es que la provisión de servicios de salud de un nivel de calidad razonable y que satisfagan las necesidades de salud de la población, implica una serie de acciones similares (si no idénticas), independientemente del programa de salud de que se trate. Por ejemplo, para proveer servicios de anticoncepción, debe existir un sistema para el abastecimiento de las drogas, un sistema de transporte, un sistema financiero y un sistema de monitoreo. La clínica debe contar con personal, ese personal debe estar capacitado, se debe poner en funcionamiento una constelación adecuada de servicios dentro y fuera de la clínica y así sucesivamente. Lo que se necesita es que estos sistemas funcionen, independientemente de que sea un programa de SIDA, de planificación familiar, o de atención prenatal o atención del parto, o de intervenciones para identificar y tratar enfermedades infecciosas que pueden ser desde TB a tifus. Para implementar el programa de acción de la CIPD se necesita un sistema de servicios de salud en funcionamiento.

La segunda sesión de este módulo “Desarrollando un marco para los sistemas de atención de la salud” se centra en los componentes genéricos de un sistema de servicios de salud de buen funcionamiento. Esta sesión define los componentes necesarios para la provisión de servicios de salud. Se analizan situaciones cotidianas de la interacción de los/las usuarios/as con los servicios de salud, y se dilucida el impacto que un sistema de servicios de salud de pobre funcionamiento tiene sobre los/las proveedores/as y los/las usuarios/as. Además, esta sesión comienza a examinar los roles y las funciones del personal de los servicios de salud para asegurar que un sistema de servicios de salud funcione adecuadamente. A su vez, se destaca la importancia de una buena administración para que estos servicios operen eficientemente. En esta sesión se describen los componentes de un sistema de atención de la salud de buen funcionamiento. Los componentes son esencialmente los mismos que los que se consideran importantes cuando se evalúa la calidad de la atención. En esta sesión se amplía un poco más ese marco, incorporando las perspectivas de género y de derechos.

Sensibilidad

Las primeras sesiones preparan el escenario para el resto de las sesiones de este módulo donde se discute, se reflexiona y se enseñan habilidades sobre el gerenciamiento de los servicios. Todas estas sesiones tienen como característica común la sensibilidad: la planificación de servicios de salud con conocimiento de y sensibilidad hacia la realidad social local; el gerenciamiento respetuoso y sensible frente a los/las proveedores/as de servicios de salud; y prestadores respetuosos y sensibles frente a los/las usuarios/as. Se pone fuerte énfasis en los estilos participativos de gerenciamiento, en sistemas responsables y transparentes, y en la provisión de servicios en formas que promuevan la equidad de género y los derechos. Como el resto del curso, cuestiona los estilos jerárquicos y burocráticos más convencionales de gerenciamiento de los sistemas de salud.

El módulo concluye con una sesión en la que se asiste a los/las participantes en la aplicación de los aprendizajes adquiridos en su desarrollo, para elaborar soluciones a los problemas de los servicios de salud que deban enfrentar en sus propios contextos de trabajo.

Mirando a través del lente del género

En cada sesión se examina el sistema de atención de la salud a través del lente del género, principalmente mediante las preguntas que plantea el/la facilitador/a utilizando los datos y las situaciones provistas.

Con frecuencia las normas de género determinan el acceso de las mujeres a los servicios. Por ejemplo, el acceso o el control que una mujer tiene sobre el dinero determinará si podrá pagar o no el transporte para llegar a un servicio de salud y abonar la consulta. Las normas de género también determinan quién asiste a los servicios de salud. Por ejemplo, si se acepta que el cuidado de los niños es una responsabilidad de las mujeres, entonces serán ellas quienes llevarán a los niños a los servicios de salud. Si esos servicios están mal administrados, las mujeres deberán pasar largas horas esperando y esto generará mayor pérdida de su tiempo. Por lo tanto, en este curso llamamos la atención de los/las participantes acerca de las formas en que las normas de género pueden perjudicar diferencialmente a las mujeres, y promovemos la idea de que la eficacia y la efectividad de la atención de la salud puede aliviar la carga desigual que soportan las mujeres.

Corrigiendo las inequidades

En las sesiones también se examinan las formas en las que los sistemas de atención de la salud pueden no sólo reconocer las inequidades de género, sino también contribuir para corregirlas. Sostenemos que los sistemas de atención de la salud pueden promover los derechos reproductivos y la autonomía de las mujeres, por ejemplo no requiriendo que los varones deban prestar su consentimiento para que las mujeres puedan recibir servicios de anticoncepción o aborto. Los sistemas de atención de la salud pueden promover la responsabilidad conjunta entre mujeres y varones respecto de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo organizando servicios y actividades educativas basadas en la premisa de que tanto las mujeres como los hombres son responsables del cuidado de los/las niños/as, de la anticoncepción y de las prácticas de sexo seguro.

Inequidades institucionales

El sistema de atención de la salud como una institución social también refleja y refuerza las relaciones de género inequitativas. Por ejemplo, muchas veces las mujeres están sobrerrepresentadas en los cargos de enfermería o en las clínicas rurales remotas, mientras que los hombres constituyen la mayoría de los tomadores de decisiones. En este módulo también se destacan las implicaciones que esto puede tener en el funcionamiento de los servicios de salud.

Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: aprox 15 hrs
Sesión introdutoria	Introducción al módulo	<ul style="list-style-type: none"> conocerán los objetivos y contenidos del módulo 	Aporte de información	15 mins
SESIÓN 1	El macrocontexto: reforma del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> se familiarizarán con los antecedentes y componentes de la reforma del sector salud comprenderán las implicaciones de la reforma del sector salud para la promoción de la equidad de género y social y de los derechos 	Aporte de información con participación de los/las participantes	1 hr 45 mins
SESIÓN 2	Desarrollando un marco para la provisión de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> conocerán los distintos componentes de un sistema de atención de la salud de buen funcionamiento comprenderán que estos componentes deben estar en su lugar y funcionando para que cualquier intervención en un servicio de salud sea efectiva aprenderán sobre el rol de los administradores para hacer que esos componentes funcionen comenzarán a mirar las cuestiones relativas a la prestación de servicios a través del lente de género 	<p>Dramatizaciones</p> <p>Discusión con todo el grupo</p>	2 hrs todos juntos
SESIÓN 3	Incorporando las dimensiones sociales y de género a la planificación de programas de salud	<ul style="list-style-type: none"> podrán analizar las causas subyacentes tras un problema de salud reproductiva desarrollarán habilidades para diseñar intervenciones en los sistemas de salud para abordar esas causas aplicarán las herramientas de género para mejorar la sensibilidad de género y la equidad de género de las intervenciones 	<p>Ejercicio en pequeños grupos</p> <p>Discusión con todo el grupo</p>	<p>1 hr 30 mins</p> <p>1 hr 30 mins</p>
SESIÓN 4	Datos sobre prevalencia y consideraciones de costos en la planificación de servicios: el caso del cáncer de cuello de útero	<ul style="list-style-type: none"> conocerán los principios de detección (<i>screening</i>) y su aplicación en el desarrollo de servicios comprenderán la relación entre la prevalencia de una enfermedad y el costo de los servicios de detección visualizarán las relaciones entre la disponibilidad de recursos y la información epidemiológica sobre una enfermedad y las decisiones relativas a políticas y servicios 	<p>Aporte de información</p> <p>Juego de simulación</p> <p>Aporte de información</p>	<p>20 mins</p> <p>1 hr</p> <p>40 mins</p>
SESIÓN 5	<i>Trabajadores de la salud por el cambio</i> : una herramienta de gerenciamiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> compartirán la experiencia de la aplicación de una herramienta para generar cambios en el gerenciamiento explorarán el aspecto interpersonal (proveedor/a-usuario/a) de la calidad de la atención dentro del marco del sistema de servicios de salud y desde la perspectiva de género 	<p>Ejercicio en pequeños grupos</p> <p>Información con aportes de todo el grupo</p>	<p>45 mins</p> <p>30 mins</p>
SESIÓN 6	La evaluación de servicios como una herramienta para el gerenciamiento del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> comprenderán de qué manera se pueden usar los registros de la organización y la utilización del tiempo en una clínica (por parte del personal y de los pacientes) como una herramienta de gerenciamiento para promover la prestación de servicios integrados conocerán ejemplos en los que se ha logrado mejorar el acceso y la calidad de los servicios con los presupuestos existentes apreciarán el valor de los métodos de investigación y de estilos de gerenciamiento participativo 	Trabajo en pequeños grupos que concluye en una discusión grupal breve	1 hr 45 mins
SESIÓN 7	Ejercicio de aplicación: desarrollo de una intervención para mejorar la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> aplicarán las herramientas y los conceptos aprendidos en este módulo para elaborar la solución de un problema de servicio de salud en sus propios ámbitos de trabajo 	<p>Trabajo individual</p> <p>Comentarios del/de la facilitador/a</p>	<p>2 hrs</p> <p>30 mins</p>

Introducción al Módulo de Sistemas de Salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



15 mins

Los/las participantes se familiarizarán con la estructura, los contenidos y los objetivos del Módulo de Sistemas de Salud.

15 minutos

Cómo conducir la sesión

Ésta es una sesión de aporte de información.



Presente el módulo utilizando las **filminas** de la Síntesis del Módulo:

- “Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión”
- “Estructura del Módulo de Sistemas de Salud”
- “Esquema del Módulo”.

Aclare que de las dos grandes dimensiones interrelacionadas de los sistemas de salud –el medio en el que se proveen los servicios de salud y el funcionamiento del sistema de salud en relación con la provisión de servicios– este módulo se centrará principalmente en la segunda.

Señale que cada uno de los módulos precedentes ha aportado de manera acumulativa los conceptos, las habilidades y la información necesaria para la aplicación de este módulo. El Módulo de Sistemas de Salud abordará cuestiones concretas para posibilitar cambios en la atención dentro de los servicios de salud.

SESIÓN

1

El macrocontexto: la reforma del sector salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- se familiarizarán con los antecedentes y componentes de la reforma del sector salud
- comprenderán las implicaciones de la reforma del sector salud para la equidad social y de género.



1 hora y 45 minutos

Materiales

- Guía: “La reforma del sector salud: antecedentes, componentes e implicaciones de género”

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Almeida C. *et al.* Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 2000, **30(1)**:129-162.
2. Dahlgren G. The political economy of health financing strategies in Kenya. En: Chen L. C.; Kleinman A. y Ware N. C., eds. *Health and social change in international perspective*. Boston, Harvard School of Public Health, 1994.
3. Green A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 1992: capítulo 5.
4. Standing, H. *El género y la reforma del sector salud*. Publicación ocasional N° 3, Harvard Center for Population and Development Studies / OPS, 2000.
5. Banco Mundial. *Informe de desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Nueva York, Oxford University Press, 1993.

Lecturas para los/las participantes

Lectura 4.

Lecturas sugeridas en español

Solimano G.; Vergara M. e Isaacs S. Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico. En: Solimano G. e Isaacs S. (eds.) *La salud en América latina. De la reforma para unos a la reforma para todos*. Santiago de Chile, Editorial Sudamericana Chilena, 2000.

Langer A. y Nigenda G. *Salud sexual y reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades*. Ciudad del México, Population Council, INSP, BID, 2000.

Cómo conducir la sesión

Esta sesión consiste en un ejercicio de lectura sobre las implicaciones de género de la reforma del sector salud, que puede realizarse en grupos para maximizar el aprendizaje. Los grupos informan al grupo general acerca de los aprendizajes clave y el/la facilitador/a hace sus aportes.

Actividad 1: Las implicaciones de género de la reforma del sector salud



Paso 1: Lectura y resumen

Divida a los/las participantes en grupos de tres o cuatro. Distribuya la guía a cada participante.

Los/las participantes leen la guía individualmente y escriben en forma grupal un resumen de los puntos principales, que deben incluir:

- razones de la reforma del sector salud
- componentes de la reforma del sector salud
- implicaciones de género y de derechos
- algunos ejemplos de los países de los/las participantes.

Los grupos no tienen que hacer una presentación formal, sino que deberán responder a algunas preguntas en plenario.



Paso 2: Discusión

Indague en el grupo general sobre:

- las razones de las reformas del sector salud
- sus componentes
- las dimensiones de género y de derechos de estas reformas
- ejemplos sobre cómo una medida específica de reforma del sector salud en su país puede afectar en forma desigual a mujeres y varones, y a distintos grupos de mujeres y varones.

Qué incluir en la discusión

El medio macroeconómico

Desde hace más de dos décadas las fuerzas económicas internacionales han avanzado hacia la reducción de los recursos del sector salud tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados.

El incremento de los precios del petróleo en 1982 marcó el comienzo de una crisis económica mundial, lo cual, combinado con los términos adversos del comercio respecto de los productos básicos, llevó a los países en desarrollo a una severa reducción de sus recursos. Estos países han tenido que aplicar Programas de Ajuste Estructural (PAE) debido a que cada medida adoptada para controlar la crisis inicial de la balanza de pagos empeoraba aún más la situación.

Las condiciones requeridas por los créditos del Fondo Monetario Internacional (FMI) condujeron a recortes en el gasto público, mientras que la ayuda internacional se reducía y los países industrializados experimentaban una depresión económica. Forzados a pedir préstamos comerciales a los bancos internacionales, los países en desarrollo enfrentaron una creciente carga de deudas. Como resultado, los recursos disponibles para el gasto público se restringieron aún más. Si bien el presupuesto de defensa de la mayoría de los países en desarrollo no se

redujo significativamente, el sector salud debió enfrentar severas limitaciones en sus recursos.

Esta tendencia a la reducción sistemática de los recursos del sector salud continuó durante la década de 1990 y en el nuevo milenio.

Para los países en desarrollo que dependen de la ayuda internacional para poder ofrecer una atención básica en salud a su población, esto significó una grave crisis. Nuevas demandas –como los compromisos acordados en la CIPD para crear programas de salud reproductiva– deben ser traducidas a la acción dentro de un contexto caracterizado por una considerable reducción de recursos.

Dos abordajes –o una combinación de ambos– han sido impulsados por el Banco Mundial para saldar la brecha de recursos en el sector salud:

- contener los costos y aumentar la eficiencia
- aumentar los ingresos a través del copago.

Un tercer abordaje posible –desviar fondos de sectores del desarrollo que no sean sociales (por ejemplo, defensa)– no ha sido considerado seriamente en ningún país.

La disminución de recursos afecta en forma desigual a los distintos grupos

Las diversas opciones para reducir costos afectan de manera desigual a los subgrupos de la población. Por ejemplo:

- La reducción de personal puede afectar al personal femenino en forma desproporcionada debido a que las mujeres tienen empleos con rangos jerárquicos más bajos. Esto a su vez, puede afectar la utilización de servicios por parte de las usuarias/pacientes mujeres. Además, algunas de las tareas que realizan las trabajadoras que están en contacto directo con el público pueden ser excluidas del sistema de salud formal, sumándose a la carga de atención informal que pasa a ser responsabilidad de las mujeres.
- La descentralización de las finanzas puede significar que las provincias y las comunidades más pobres tengan menor acceso a los recursos de salud; y en la batalla por los recursos escasos, las necesidades de salud de las mujeres pueden tener menor prioridad.
- Las medidas para recortar el gasto público en las intervenciones que no son costo-efectivas pueden afectar a las mujeres pobres en forma desproporcionada: por ejemplo, la falta de disponibilidad de servicios especializados como los servicios de infertilidad.

La introducción de mecanismos de copago como el cobro por las prestaciones a los/las usuarios/as de los servicios de salud, puede tener efectos perjudiciales en el uso de los servicios por parte de mujeres pobres que no pueden acceder a dinero en efectivo, o mujeres que no controlan el dinero en el hogar y que deben obtener permiso para gastarlo. Existen algunos estudios que abordan el impacto de género que producen los mecanismos de recuperación de costos, pero éstos no distinguen entre los diferentes subgrupos de mujeres que pueden ser afectadas –por ejemplo por nivel de ingreso, lugar de residencia urbano/rural, región de un país, grupo de edad, raza/etnia, etc.–.

Sesión desarrollada por TK Sundari Ravindran



Guía

1 La reforma del sector salud: antecedentes, componentes e implicaciones de género

Basado en puntos clave de: Standing H. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, 1997, **12(1)**:1-18; con aportes adicionales del capítulo 5 de Green A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 1992.

Antecedentes

La reforma del sector salud no es un fenómeno nuevo. En todos los países este sector ha experimentado cambios y reformas a lo largo del tiempo. Sin embargo, el término “reforma del sector salud” actualmente significa un conjunto particular de políticas relacionadas con reformas institucionales y financieras que responde a recortes de recursos y del gasto público.

Los primeros recortes en el gasto en salud datan de la década de 1980, la era de los Programas de Ajuste Estructural (PAE). Un marcado aumento en el precio del petróleo iniciado por la OPEP (Organización de Países Exportadores de Petróleo) condujo a una crisis en la balanza de pagos en los países en desarrollo no productores de petróleo. Muchos países industrializados también produjeron deflación en sus economías para poder manejarse con los altos precios del petróleo y redujeron las importaciones.

Como consecuencia, los países en desarrollo cayeron en la crisis económica. Los precios de los productos de exportación de los países en desarrollo bajaron en el mercado mundial, lo que significó la necesidad de exportar más para poder generar la misma suma de divisas internacionales. Sin embargo, la demanda también decayó. Ante la imposibilidad de ganar suficientes divisas internacionales para pagar los elevados costos del petróleo, muchos países en desarrollo debieron devaluar su moneda. Aun así no podían afrontar los pagos, y pidieron créditos al FMI y al Banco Mundial. Las condiciones impuestas por el FMI requirieron la reducción del gasto público, inclusive en salud (que durante ese período no se consideraba una “inversión”).

Los países en desarrollo también comenzaron a pedir préstamos comerciales a los bancos internacionales con altas tasas de interés. El pago de deudas infligió una gran pérdida en los recursos nacionales. La devaluación también trajo aparejados mayores costos en el pago de las deudas: más dinero local era necesario para devolver la misma suma de interés en moneda firme. Ésta fue otra ruta a través de la cual se hicieron necesarios los cortes en el gasto público y el sector salud sufrió recortes significativos de sus recursos.

Componentes

Dos estrategias complementarias fueron propuestas para saldar la brecha de recursos del sector salud:

- contener los costos y aumentar la eficiencia por medio de una combinación de acciones como la racionalización del uso de medicamentos, el uso más efectivo de los fondos provenientes de donantes, la repriorización de las áreas donde invertir los recursos públicos de salud, el incremento de la eficiencia de los hospitales y la imposición de mecanismos más efectivos para controlar costos y obligaciones

- aumentar los ingresos por medio del copago utilizando mecanismos como la promoción del sector privado, los aranceles para los/las usuarios/as, planes de prepago, y sistemas comunitarios de copago y seguros de salud.

En 1993, el *Informe mundial sobre desarrollo del Banco Mundial* se centró en la "Inversión en salud", y esbozó una serie de principios y prescripciones para asegurar que las inversiones tuvieran sentido económico. La última generación de reformas del sector salud (RSS) estuvo influida en forma predominante por estas prescripciones, y dirigida particularmente al financiamiento, la asignación de recursos y cuestiones de gerenciamiento. Éstas incluyen:

- reformas de servicios civiles, dirigidas a mejorar la eficiencia de los recursos humanos por medio de la reducción en el número, la redefinición de los términos y las condiciones y el mejoramiento del monitoreo del rendimiento
- desarrollo de sistemas de gerenciamiento y financieros más efectivos y definición de intervenciones costo-efectivas (por ejemplo, paquete básico mínimo)
- descentralización: mediante la devolución del gerenciamiento y las decisiones sobre la prestación de servicios a nivel local y distrital
- desarrollo de nuevas opciones de financiamiento y recuperación de costos en salud para complementar el gasto público
- promoción del rol del sector privado, creando competencia entre proveedores/as y estableciendo sistemas de regulación y contratación de servicios de salud.

El abordaje intersectorial o *Sector-wide approach* (SWAp) es un elemento que se sumó recientemente a la agenda de la RSS. Es un abordaje iniciado por los donantes, en el cual éstos disminuyen el financiamiento de proyectos específicos y priorizan la participación activa en el desarrollo de la estrategia nacional de reforma del sector salud en su conjunto. [1]

Los SWAps representan la continuación de varios elementos de la agenda de la clásica RSS. Sin embargo, también representan cambios en algunos aspectos del pensamiento de los donantes en relación con las reformas del sector salud. El primer cambio es el reconocimiento de la importancia del carácter nacional de las reformas y del rol esencial de los gobiernos en estos procesos. El segundo cambio es la preocupación relativa a que la reforma institucional mejore el acceso a la atención de la salud y el estado de salud de los pobres. El tercer cambio se da en el énfasis puesto en la incorporación de un espectro mayor de entidades interesadas (por ejemplo ONGs, el sector privado, grupos de la sociedad civil) en el proceso de negociación de planes estratégicos para el sector salud.

Implicancias de género

En los comentarios acerca de los efectos de la reforma del sector salud sobre la salud de la población se han señalado los efectos directos e indirectos que sufren las mujeres. En términos de efectos directos, la mayor atención se ha centrado en los efectos (hipotéticos) de la introducción del cobro de aranceles y en el deterioro de la calidad de los servicios que resulta del recorte del gasto en salud. Los ejemplos mejor documentados de este fenómeno son los referidos a la salud materna. Una serie de estudios informa sobre un incremento en los partos domiciliarios y demoras en la búsqueda de atención con consecuencias negativas para la salud materna e infantil. [2,3,4]

Los efectos indirectos incluyen las consecuencias que el aumento de la pobreza genera sobre la salud. Las diferencias de género en el acceso a los recursos y su control y el poder en el hogar y en otros niveles, y la división del trabajo basada en el género, hacen que las mujeres sean las más afectadas. Las

limitaciones en recursos a nivel del hogar podrían incrementar la carga de trabajo de las mujeres ya que deben reemplazar con su propio trabajo productos y servicios que podrían adquirir en el mercado. Las mujeres también tienen que soportar una desproporcionada parte del recorte de gastos debiendo prescindir de productos y servicios esenciales. Esto tendrá un impacto negativo en su bienestar.

Un estudio de la República Dominicana que analiza los efectos de la crisis económica sobre la salud de las mujeres y los niños/as, señala que aunque no se produce un gran aumento de la mortalidad, se revierten tendencias positivas previas de mejoramiento de la salud. [5]

La reducción de la duración de las internaciones, la tendencia a evitar recurrir a un hospital junto con el aumento de la automedicación, imponen mayores costos en tiempo y trabajo para las mujeres. [6]

Con respecto a las consecuencias de género de la agenda de la reforma del sector salud de la década de 1990, existe escasa evidencia empírica por lo que el impacto potencial que se describe a continuación es más bien de naturaleza hipotética.

Dado que la fuerza de trabajo en el sector salud es predominantemente femenina, las mujeres trabajadoras de la salud pueden verse inadvertidamente perjudicadas, en particular si la reducción se concentra en los sectores femeninos. Las técnicas para establecer prioridades y las técnicas de monitoreo tales como el análisis de costo-efectividad, pueden excluir las preocupaciones sobre equidad de género, debido, al menos en parte, a la limitada disponibilidad de datos de salud desagregados por sexo. La descentralización trae aparejadas algunas preocupaciones clave. Si las estructuras de gerenciamiento a nivel distrital o comunitario toman decisiones de distribución de recursos que tienen por resultado un empeoramiento de la equidad de género, ¿qué mecanismos existen para intentar restaurar el equilibrio?

Hay gran preocupación por las consecuencias que generan la imposición de servicios arancelados y la promoción del sector privado en el uso de los servicios de salud por parte de las mujeres. Para aquellas mujeres que tienen acceso limitado al dinero en efectivo, no hay duda de que los aranceles constituyen un obstáculo en la búsqueda de atención apropiada, adecuada y oportuna. No obstante, datos sobre el uso de servicios desagregados por sexo serían de gran utilidad para afirmar con seguridad si esto es así.

Otras opciones de financiamiento en salud tales como los seguros de salud privados plantean desventajas específicas para las mujeres. En muchos países en desarrollo es posible que la mayoría de las mujeres no tengan acceso a los recursos necesarios para pagar la cuota ya que trabajan en economías de subsistencia. Algunas necesidades de salud cruciales de las mujeres, como los servicios obstétricos, muchas veces no están cubiertas por los planes de los seguros o tienen primas muy altas. Los servicios de aborto y planificación familiar rara vez están cubiertos.

La experiencia con SWAps es todavía muy escasa como para poder comentar su impacto sobre el género. Un tema clave de los SWAps tiene que ver con la necesidad y el potencial de incorporar a las mujeres como voces interesadas en el proceso de formulación de políticas.

Referencias

1. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements*. Ginebra, World Health Organization, 1997.
2. Kutzin J. *Experience with organizational and financial reform of the health sector*. Current Concerns SHS Paper N° 8, Ginebra, World Health Organization, 1995.

3. Ekwempu C. C. *et al.* Structural adjustment and health in Africa. Letter to *The Lancet*, 1990, 336:56-57.
4. Stewart F. Can adjustment programmes incorporate the interests of women? En: Afshar H. y Dennis C., eds. *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke, Macmillan, 1992.
5. Whiteford L. Child and maternal health and international economic policies. *Social Science and Medicine*, 1993, 37(11):1391-1400.
6. Kojima Y. *Women in development: Mongolia*. Manila, Asian Development Bank, 1995.

SESIÓN 2

Desarrollando un marco para la provisión de servicios de salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- conocerán los distintos componentes de un sistema de atención de la salud de buen funcionamiento
- comprenderán que estos componentes deben estar en su lugar y funcionando para que cualquier intervención en un servicio de salud sea efectiva
- aprenderán sobre el rol de los administradores para hacer que esos componentes funcionen
- comenzarán a mirar las cuestiones relativas a la prestación de servicios de salud a través del lente de la equidad social y de género.



2 horas

Preparación previa

- Prepare las dramatizaciones siguiendo las instrucciones de las Notas para el/la facilitador/a
- Prepare el salón para la dramatización como se describe en la Actividad: La rueda del sistema de atención de la salud, Paso1 en la pág. 398

Materiales

- Notas para el/la facilitador/a: “Descripciones de las dramatizaciones y preguntas para la discusión”
- 7 hojas de papel en blanco
- 7 sobres etiquetados
- descripción de los personajes de las dramatizaciones, cada personaje individual en un papel separado, tomado de las Notas para el/la facilitador/a
- elementos para las dramatizaciones, sugerencias en la pág. 398
- filmina: “Preguntas para después de las dramatizaciones”, en la pág. 399
- lámina con la tabla, en la pág. 400
- filmina: “La rueda del sistema de atención de la salud”, en la pág. 407

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Tarimo E. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions*. Ginebra, World Health Organization, 1997.
2. Tarimo E. *Towards a healthy district*. Ginebra, World Health Organization, 1991.
3. Timyan J. *et al.* Access to care more than a problem of distance. En: Koblinsky M. y Timyan, Gay J., eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, Westview Press, 1993.

Cómo conducir la sesión

Esta sesión consiste en un ejercicio participativo. Los/las participantes están parados las en un ambiente grande (los escritorios deben correrse a los costados dejando un espacio libre grande en el centro del ambiente). Se reclutan voluntarios/as para participar en una serie de siete dramatizaciones, mientras que los demás observan.

Al final de cada dramatización, el/la facilitador/a hace una serie de preguntas. Las respuestas tienen que ver con un aspecto del funcionamiento de sistemas de servicios de salud, con el rol de los administradores en relación con esta función y con los temas de género que ilustra la dramatización.

Se prepara el aula en un círculo. Las diferentes funciones del gerenciamiento se ilustran como los rayos de una rueda. Cada una de las dramatizaciones se realiza en un espacio físico diferente, y los/las participantes que observan se van moviendo alrededor del aula.

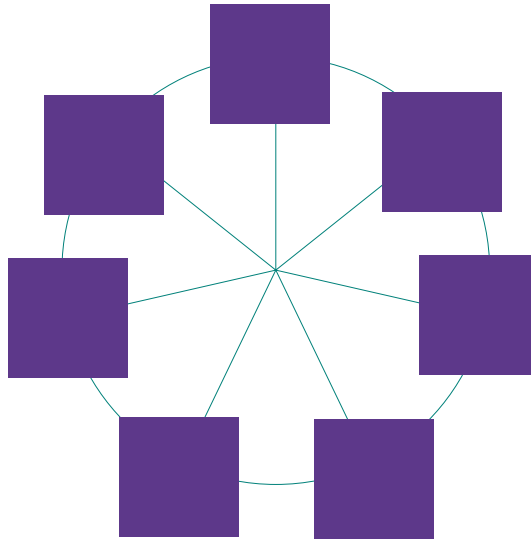
Una vez que se realizaron todas las dramatizaciones, quedará formada una rueda con sus rayos, que representa la rueda del sistema de atención de la salud, que puede girar, avanzar y proveer servicios de salud de calidad. La representación física de la rueda refuerza el concepto que estamos ilustrando. El/la facilitador/a usará esta misma representación para redondear la sesión al final. Dado que cada dramatización ilustra una función particular del sistema de servicios de salud, cada una debe ser representada.

Actividad: La rueda de la atención de la salud

Paso 1: Preparativos Este paso debe realizarse antes de comenzar la sesión.

Prepare el salón

Libere un espacio grande en el centro del aula. Coloque una hoja de papel en blanco en el piso en siete puntos diferentes alrededor del aula de manera tal que uniendo esos puntos se pueda trazar un círculo.



Prepare las dramatizaciones

Escriba la descripción de cada personaje en una hoja separada de papel (como figura en las “Notas para el/la facilitador/a”). Las dramatizaciones están numeradas del 1 al 7 y a cada personaje se le asigna una letra. Rotule cada sobre, de manera que indique a qué dramatización y a qué personaje corresponde. De este modo, las personas que actúen en una determinada dramatización sabrán quiénes son sus compañeros/as actores.

Proporcione algunos elementos para ambientar las dramatizaciones

Es útil tener algunos elementos para las dramatizaciones. Un teléfono, algunas mantas, un guardapolvo de médico, etc. Tenga los elementos que sean más adecuados para los roles que la gente deberá representar. Esto ayuda a que la gente se pueda compenetrar mejor con su papel y también brinda un toque de realismo y humor. Por ejemplo, los actores pueden usar un almohadón debajo de la ropa para simular un embarazo.

Paso 2: Asigne los personajes

Esta sesión comienza con los/las participantes de pie formando un gran círculo alrededor del aula, donde los muebles fueron corridos hacia los costados para que no perturben. Solicite quince voluntarios/as que deseen participar en las dramatizaciones. Entregue a cada voluntario/a el sobre que describe la dramatización y el personaje que debe representar. No es necesario que los hombres representen exclusivamente a hombres y que las mujeres sólo a mujeres. Asigne estos roles de manera indistinta, entregando los sobres al azar.

Explique a los actores y a los observadores que se realizarán siete dramatizaciones en esta sesión. Todos los papeles son acerca de proveedores/as y usuarios/as de servicios de atención primaria. Indique a los



10 mins

actores que no sabrán quiénes son los demás personajes en su dramatización hasta que comience la representación, pero que una vez iniciada lo descubrirán inmediatamente.

Pida a cada actor que lea la descripción de su rol sin hacer comentarios con sus compañeros y que piense cómo representar su personaje. Dé unos minutos para esto. Ofrezca asistencia a quienes tengan dudas. Mantenga privacidad cuando conteste las preguntas para que los demás no escuchen. Ayúdelos a planear cómo actuar cada personaje haciéndoles preguntas en vez de decirles qué hacer. Por ejemplo, si alguien que debe representar a una enfermera le pide ayuda, lea la descripción del rol con él/ella y converse sobre cómo se imagina que se siente esa persona, en qué circunstancias estará trabajando, etc.

Explique a los actores que para que los observadores puedan entender la situación no se necesita talento actoral. Todos deben recordar que están representando un papel y que lo que hagan o digan no será tomado como un reflejo de sus verdaderas personalidades u opiniones. Los actores también deben recordar mirar al público y hablar fuerte para que todos oigan.

Pida a los observadores que presten mucha atención a lo que hacen los personajes y la manera en que interactúan.



Paso 3: Las dramatizaciones y las discusiones

Pida a todos los/las participantes, con excepción de los que actúan en la dramatización 1, que se ubiquen alrededor del primer papel que está en el suelo. Los actores que tienen sobres con el número 1 deben realizar su dramatización.

Comience presentando brevemente la situación y los personajes. Por ejemplo, “Estamos en una clínica y tenemos una enfermera (señale a la persona que hace de enfermera) y una paciente (señale a la persona que hace de paciente). Esta clínica tiene un centro de referencia situado a 40 km, y éste es el empleado/a que entrega los turnos y hace otro tipo de trabajo administrativo en el hospital de referencia (señale a la persona que hace de empleado)”.

Cada dramatización debe durar aproximadamente cinco minutos. En ese tiempo usted deberá asegurarse de que surja el aspecto del funcionamiento del sistema de salud que le interesa abordar. Dé por finalizada la actuación diciendo firmemente “gracias”.

Filmina Luego modere una discusión sobre la dramatización utilizando las siguientes preguntas:



Preguntas para después de las dramatizaciones

- Para cada actor: ¿Cómo se sintió al actuar el papel que representó?
- Para los observadores: Describa lo que pasaba en la dramatización. ¿De acuerdo con su experiencia es ésta una escena probable? Si no, ¿en qué sería diferente la realidad?
- ¿Cuáles son las cuestiones de género que fueron ilustradas en esta dramatización?
- ¿Qué acciones se pueden realizar para mejorar la provisión de servicios en esta situación?
- ¿De quién es la tarea de asegurar que se realice el tipo de acciones que se han sugerido?

(En las notas para el/la facilitador/a se incluyen sugerencias de otras preguntas sobre cuestiones de género para cada dramatización.)

Las dramatizaciones corresponden a los siguientes componentes del sistema de atención de la salud:

1. relaciones proveedor/a-usuario/a
2. competencia técnica
3. sistemas de referencia y contrarreferencia
4. requisitos de infraestructura
5. acceso
6. organización de los servicios
7. insumos y equipamiento.

Escriba cada uno de los componentes en una de las hojas de papel en blanco puestas en el suelo para cada dramatización. Deberá escribir “relaciones proveedor/a-usuario/a” después de la primera dramatización, “competencia técnica” luego de la segunda, etc.

Pregunte al grupo de quién es la responsabilidad de asegurar que ese aspecto del servicio de salud funcione bien. Escríbalo en una lámina que contenga las siguientes columnas:

Qué deben hacer	Personal de la clínica	Administradores del servicio de salud	Miembros de la comunidad

La lista de las funciones de los administradores que son necesarias para dirigir un servicio de salud de buen funcionamiento se va completando a medida que se realizan las dramatizaciones.

Cada vez que termina una dramatización, dirija al grupo al siguiente punto de la rueda y comience nuevamente hasta que se haya realizado cada una de las dramatizaciones.

La discusión de la lista de preguntas al final de cada dramatización es el eje central de esta sesión, ya que extrae de la discusión los elementos esenciales necesarios para el buen funcionamiento de un sistema de servicios de salud.

Resumen

- Presente la primera dramatización
 - Se realiza la dramatización
- Pregunte al grupo:
- preguntas sobre la dramatización
 - preguntas sobre las cuestiones de género de la dramatización
 - definiciones acerca de qué componente del funcionamiento del sistema de atención de la salud se está ilustrando

- Escriba el componente del sistema de atención de la salud que se ilustró en la hoja en blanco que está en el suelo
- Pregunte quién tiene la responsabilidad de asegurar que ese componente funcione bien
- Complete la tabla
- Prosiga con la siguiente dramatización
- Continúe con este ciclo para las siete dramatizaciones.

Qué incluir en la discusión

Este ejercicio requiere que el/la facilitador/a esté muy atento/a y realice preguntas que hagan surgir cuestiones relacionadas con el funcionamiento de los sistemas de atención de la salud. A continuación se ofrecen algunos ejemplos para ilustrar cómo hacer esto.

Dramatización 1: Relaciones proveedor/a-usuario/a

Esta dramatización es sobre una adolescente que solicita un método anticonceptivo en una clínica y una enfermera que tiene una actitud negativa con ella. La dramatización generalmente termina con la negativa de la enfermera a entregar las pastillas a la joven. La adolescente puede ser representada como alguien que no cuestiona la decisión de la enfermera o como una persona segura y demandante.

Una cuestión de género que surge de esta dramatización tiene que ver con las actitudes de los/las proveedores/as respecto de los comportamientos sexuales apropiados para las jóvenes. No se espera que las adolescentes sean sexualmente activas, y si lo son, no se considera apropiado reconocer esto públicamente solicitando métodos anticonceptivos.

Si hubiese sido un varón el que pedía condones, ¿la proveedora también se hubiera negado? Probablemente no. No se aplican las mismas reglas para las mujeres y los varones adolescentes. Es importante mostrar cómo los sistemas de atención de la salud pueden reforzar las normas de género predominantes. Vale la pena ahondar sobre este tema para ilustrar sus consecuencias en la salud pública. Por ejemplo, si las jóvenes sienten que no pueden utilizar los servicios de anticoncepción, los/las proveedores/as pierden una oportunidad para aconsejarlas sobre el uso de métodos de barrera. Esto las coloca en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, y también en riesgo de embarazos no deseados. Las actitudes negativas de los/las proveedores/as de servicios para entregar anticonceptivos a las jóvenes también constituyen una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Luego dirija la discusión hacia lo que se puede hacer para cambiar esta situación. Algunas de las sugerencias que fueron propuestas en discusiones como ésta incluyen: cambio de actitudes, una mejor atmósfera de trabajo y un sistema de evaluación de rendimiento que incluya las actitudes de los/las proveedores/as y los sesgos de género. Éstas serían responsabilidades de los administradores de los servicios.

En la discusión también se pueden identificar otras barreras de actitudes que los/las participantes hayan experimentado o que conozcan y cómo éstas pueden ser superadas.

Dramatización 2: Competencia técnica

En esta dramatización, la auxiliar de enfermería que está reemplazando a la enfermera titular carece de la competencia técnica necesaria para manejar el caso de un niño con fiebre y por ello se comporta de forma grosera con la madre.

Las sugerencias para el cambio incluyen planear la disponibilidad de personal preparado para realizar múltiples tareas que pueda reemplazar al personal que falte y que no haya una división de tareas vertical; capacitar al personal en el manejo de situaciones difíciles (tales como la descrita en la dramatización) con mayor tacto, y entrenamiento sobre el trato interpersonal.

¿Habría ocurrido lo mismo si el padre hubiese llevado al niño? La asistente de enfermería tampoco hubiese podido proveer la atención necesaria, pero probablemente no hubiese sido grosera.

También vale la pena señalar que se espera que las madres lleven sus hijos a los servicios de salud, y que por lo tanto, cuando los servicios no pueden atender las necesidades de los pacientes, son por lo general las mujeres las que deben cargar con las consecuencias. Son las mujeres las que gastaron su tiempo y su dinero para llegar hasta un servicio que no puede darles lo que necesitan. Por lo tanto, debido a las normas de género, los servicios inadecuados tienen un impacto diferente y perjudicial sobre las mujeres en comparación con los varones. Mejorar la calidad y el alcance de los servicios de salud aun sin corregir las inequidades de género servirá, de todos modos, para mejorar las vidas de las mujeres.

En la discusión sobre qué se puede hacer para mejorar la situación, los/las participantes con frecuencia dicen que asegurar que se destine el personal adecuado a las clínicas y que éste reciba la capacitación necesaria constituyen una responsabilidad de los administradores de los servicios.

Dramatización 3: Sistemas de referencia y contrarreferencia

El tema central en esta dramatización es la ruptura de la cadena de referencia y contrarreferencia para cáncer de cuello de útero, debido a que un empleado en el centro de referencia no atiende el teléfono cuando los centros de salud llaman para reservar turnos para las pacientes.

El/la participante que personificó al empleado explica su papel al grupo: que está muy ocupado y que atender el teléfono solía ser una de sus tareas de menor importancia. A partir de la imposición de la nueva política de realizar detección de cáncer de cuello, el teléfono no ha parado de sonar. No puede absorber tanto trabajo y se atrasa en las demás tareas de rutina que debe cumplir.

Las cuestiones que surgen se relacionan con el mal planeamiento a nivel superior, al no prever la cantidad de trabajo que se generará a raíz de una nueva política. Se necesitan lineamientos claros sobre los roles y las tareas de los diferentes tipos de personal conectados con la cadena de referencia y, si es necesario, las tareas se deben redistribuir. Cuando se está por implementar una nueva política, se deben discutir sus implicaciones en una reunión con todos los miembros del personal que estén afectados –tanto los del centro de referencia como los del centro de salud donde se toman las muestras–. Las usuarias de los servicios también deben recibir información clara acerca de qué es lo que se está intentando detectar a través del examen y qué es lo que se debe hacer en caso de un resultado positivo.

También aparecen cuestiones de género relacionadas con la dificultad de las pacientes para contar con tiempo para atender su salud y lo que esto implica para los servicios de salud. Por ejemplo, que se tomen en cuenta las limitaciones de tiempo de las mujeres y que se organice una cadena de referencia que considere ese factor (no hacer que la mujer tenga que concurrir repetidas veces: una vez para retirar el informe, otra vez para sacar turno con el centro de referencia, etc.).

Dramatización 4: Requerimientos de infraestructura

En esta dramatización no hay ningún médico de guardia durante la noche en el centro de salud. No hay ambulancia ni teléfono y por lo tanto la partera que está de turno tiene que indicarle a una mujer que llega en trabajo de parto y sangrando abundantemente que se las arregle por su cuenta para llegar al hospital que está ubicado a 40 km.

La impotencia de la proveedora emerge como una cuestión importante para discutir en esta dramatización. La comunidad frecuentemente culpa al/a la proveedor/a y se enoja con el/ella. ¿Cuáles son las soluciones de este problema? ¿Cómo puede evitarse una situación de este tipo?

Algunas soluciones sugeridas:

- Debe haber un cartel en la clínica en el cual se informe que de noche los partos complicados no pueden ser atendidos allí y que las mujeres deben acudir directamente al hospital de referencia
- Las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio que requieran derivación deben incluirse como parte de una campaña de educación pública dirigida a hombres y mujeres.

En la dramatización la mujer llega sola. Le había pedido a un hombre de su pueblo que la llevase en su auto. ¿Dónde está el compañero de esa mujer?

- Se debe fomentar en los hombres una mayor responsabilidad con el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres; los/las proveedores/as pueden asesorar a los hombres al respecto y las campañas de educación para la salud pueden difundir este mensaje.

Pida a los/las participantes que den ejemplos sobre sus propias experiencias en las que la falta de infraestructura haya impedido una buena atención. En algunos cursos, los/las participantes indicaron las limitaciones de la infraestructura de los servicios, como por ejemplo la falta de consultorios separados para hombres y mujeres, falta de baños separados, falta de guarderías infantiles, falta de seguridad física para los/las usuarios/as y proveedores/as (cuando las clínicas están ubicadas en zonas remotas).

Es importante señalar que con frecuencia, son mujeres parteras las que atienden las clínicas de zonas remotas, y que para esas prestadoras resulta muy difícil proveer servicios de calidad en ese tipo de situaciones. Además, atender a mujeres embarazadas no es igual que atender situaciones de emergencia poco comunes en las que también se necesita transporte. Se sabe, y es predecible en una proporción específica de los partos, que existe la probabilidad de que surjan complicaciones. A pesar de ello, los sistemas de atención de partos no comprenden medios para el transporte de emergencia. Señale que la mortalidad materna es elevada en los países pobres, especialmente porque no se dispone de manera rutinaria del transporte de emergencia para mujeres con complicaciones durante el trabajo de parto. Éste es un ejemplo del escaso valor que se da a las vidas de las mujeres.

Dramatización 5: Acceso

En la discusión posterior a esta dramatización surgen diferentes tipos de obstáculos relacionados con el acceso a los servicios de salud. Luego de una larga mañana la proveedora está exhausta. Una mujer con un bebé muy enfermo ha caminado toda la mañana para ir al centro de salud, al que llega justo antes de la hora de cierre. Es muy pobre y está mal vestida, no se

siente segura como para ponerse al inicio de la fila y explicarle a la enfermera la urgencia de su situación.

Además de la distancia como una barrera para el acceso, existen muchos obstáculos sociales, como por ejemplo horarios específicos en los que se atienden exclusivamente a mujeres embarazadas, días en los que solamente se aplican inmunizaciones, etc.

Una mejor organización de los servicios puede mejorar el acceso reduciendo el tiempo de espera: ¿por qué había una larga fila después del mediodía en la clínica de esta dramatización? Tal vez debería haber más personal por la mañana si hay más gente para ser atendida que por la tarde. Los horarios del personal deberían reorganizarse de acuerdo con las necesidades de los/las usuarios/as y la cantidad de trabajo en los diferentes días o momentos de la semana, en vez de tener un esquema fijo para todos los centros de salud durante todo el año.

Las cuestiones de género que se discuten incluyen: ¿por qué la mujer no tenía dinero para tomar un medio de transporte hasta la clínica? ¿por qué son siempre las mujeres las que llevan a los niños enfermos al hospital y por lo general solas?

Pida a los/las participantes que comenten acerca de otras barreras que dificulten el acceso, que ellos hayan presenciado en sus trabajos. Por ejemplo, ausencia de personal femenino, si el personal reside en la clínica, horarios de atención, ubicación, etc. La discusión debe centrarse en las barreras relativas a los/las proveedores/as, ya que las de las usuarias han sido cubiertas en los Módulos 2 y 3.

Dramatización 6: Organización de los servicios de salud

Esta dramatización es sobre la integración de servicios: una mujer que trajo a vacunar a su hijo también quisiera aplicarse un anticonceptivo inyectable, pero le dicen que esto no es posible.

Señale los vínculos entre los indicadores que se usan para medir si el personal cumple con el trabajo y la manera en que se organizan las clínicas. Debido a que las clínicas tienen que presentar informes regularmente sobre la cobertura de inmunizaciones, todo el sistema está armado para cumplir con este objetivo. Aunque el trabajo esté definido en términos técnicos escuetos, por ejemplo: “tener una buena tasa de cobertura en inmunizaciones”, igual tenemos que ver cómo se organizan los servicios: por ejemplo: ¿a conveniencia de quién? ¿del/de la usuario/a o del/de la proveedor/a? Esto es aún más importante ahora que estamos intentando proveer servicios integrales de salud reproductiva desde una perspectiva de derechos. La integración de servicios ayuda a satisfacer las necesidades de los/las usuarios/as, tiene en cuenta sus limitaciones de tiempo y apunta a lograr mejores resultados en un sentido general –un mejor estado de salud reproductiva, más que a lograr objetivos técnicos estrechos, como tasas de prevalencia anticonceptiva o tasas de inmunización–.

Ésta es una oportunidad para discutir en detalle cómo se constituye la integración. ¿Se trata de una persona que provee varios servicios o de la oferta de muchos servicios diferentes disponibles bajo un mismo techo? No puede haber reglas rígidas o inflexibles sobre esto. En los puestos de salud y clínicas que atienden poblaciones pequeñas, emplear varios trabajadores de la salud para proveer servicios específicos resulta poco realista. En un lugar de ese tipo, el/la proveedor/a debe ser capaz de manejar la mayoría de los problemas que se presentan a ese nivel y de derivar los demás casos. En los centros de referencia puede tener más sentido ofrecer varios servicios especializados bajo el mismo techo.

Dramatización 7: Insumos y equipamiento

En esta dramatización hay un centro de salud donde se han agotado los antibióticos. Si bien el médico efectúa un diagnóstico excelente, no puede ayudar a un niño con una infección respiratoria aguda para que acceda a los servicios apropiados. Éste es un hecho común en muchos centros de salud, que produce frustración y desmoralización en los/las proveedores/as que emprendieron sus carreras con dedicación y entusiasmo.

Algunos temas que se pueden mencionar son: cuando cualquiera de las partes del sistema de servicios no está funcionando bien se perjudican todas las demás partes. Por ejemplo, en esta dramatización, el médico que al principio está muy entusiasmado con la nueva capacitación que ha recibido y trata de poner en práctica lo aprendido, puede eventualmente darse por vencido y hasta no estar dispuesto a asistir a otro curso porque no puede implementar los contenidos. Se perderá la inversión hecha en capacitación a menos que se aborde el sistema en su totalidad.

En esta dramatización el sistema para la obtención de insumos y medicamentos en el centro de salud no está funcionando. Es probable que sea la administración distrital la que tenga que ocuparse de esto. En primer lugar se debería haber asegurado que los medicamentos sean presupuestados y comprados a nivel central/regional. Sin embargo, a veces, los medicamentos se piden pero el sistema de pedidos es inoperante. Otras veces no es un tema del sistema de pedidos sino que el camión que reparte los medicamentos no funciona. La cuestión que queremos destacar es la necesidad de encarar el sistema en su totalidad.

Otras cuestiones: el pago a prestadores/as

Se pueden incorporar cuestiones alternativas que sean relevantes en su contexto local. Por ejemplo, en muchos países los/las trabajadores/as de la salud tienen que buscar diferentes alternativas para incrementar sus ingresos. (Véase Sesión 5 "Trabajadores de la salud por el cambio", donde también se trata este tema.)

En China éste fue un tema que surgió en la dramatización de la siguiente forma: "Una madre lleva a su hijo al hospital para ver al médico, quien dice que el niño necesita una inyección. Al niño no le atrae la idea de la inyección y la madre también piensa que es un poco cara. Entonces le pregunta al médico si se puede reemplazar la inyección por algún medicamento por vía oral, pero éste no está de acuerdo porque la inyección significa más dinero para el hospital. Finalmente, la madre debe comprar la inyección para su hijo".

Nuevamente, el/la facilitador/a puede ilustrar muchas cuestiones – el desequilibrio de poder entre los/las trabajadores/as de la salud y los/las pacientes y cómo esto afecta el derecho de los/las pacientes a poder elegir de manera informada. En el ejemplo de China, puede ser que un tratamiento oral más económico sea posible. Al negarle a la madre esta información se están violando sus derechos como paciente. Desde el punto de vista de los sistemas de salud, usted puede explorar las razones del comportamiento del proveedor. Tal vez los/las proveedores/as están muy mal pagos o trabajan en un sistema donde no se les paga un salario. Tal vez el sistema de supervisión es deficiente y no se controla la manera en que se

proveen los servicios. Se deben explorar estos temas y pensar acerca de las formas en que se puede mejorar el sistema y tratar de evitar que ocurran este tipo de situaciones.

Otras cuestiones: rendición de cuentas (*accountability*)

Otra cuestión que se puede utilizar como tema para una dramatización es la rendición de cuentas (*accountability*) del sistema de atención de la salud con respecto a las mujeres y hombres pobres. En algunos países en desarrollo, se están constituyendo comisiones de salud dentro de las comunidades para fomentar la participación de las mujeres y los hombres en la planificación e implementación de los servicios de salud. Las comisiones de las comunidades por lo general tienen una mayoría de hombres y están conformadas por los grupos de mayor poder dentro de la comunidad. En la India, por ejemplo, las mujeres pobres aún no forman parte efectivamente de estas comisiones. Las comisiones con frecuencia son utilizadas por los/las proveedores/as de los servicios de salud para delegar responsabilidades y aliviar sus tareas, en vez de incorporarlas en la planificación y el monitoreo.



Paso 4: Puesta en común



Quando se hayan realizado todas las dramatizaciones invite a los/las participantes a tomar asiento. Tenga una **filmina** preparada donde se ilustren los puntos de la rueda. Lea la lista que ha elaborado con los tipos de funciones que se requieren y a quién le corresponde la responsabilidad de cada una. A medida que vaya nombrando cada punto en el círculo saltará el rol central que tiene un buen gerenciamiento. Dibuje esto como los rayos de la rueda. Al final tendrá un dibujo de la rueda del sistema de servicios de salud como en el diagrama.

Puntos principales para cerrar la sesión

Preste atención a las cuestiones generales de los sistemas

Para que los sistemas de atención de la salud funcionen adecuadamente, debemos centrar nuestra atención en las cuestiones generales de los sistemas, como el suministro de medicamentos, la capacitación, etc., es decir, los distintos puntos de la rueda que desarrollamos en la dramatización.

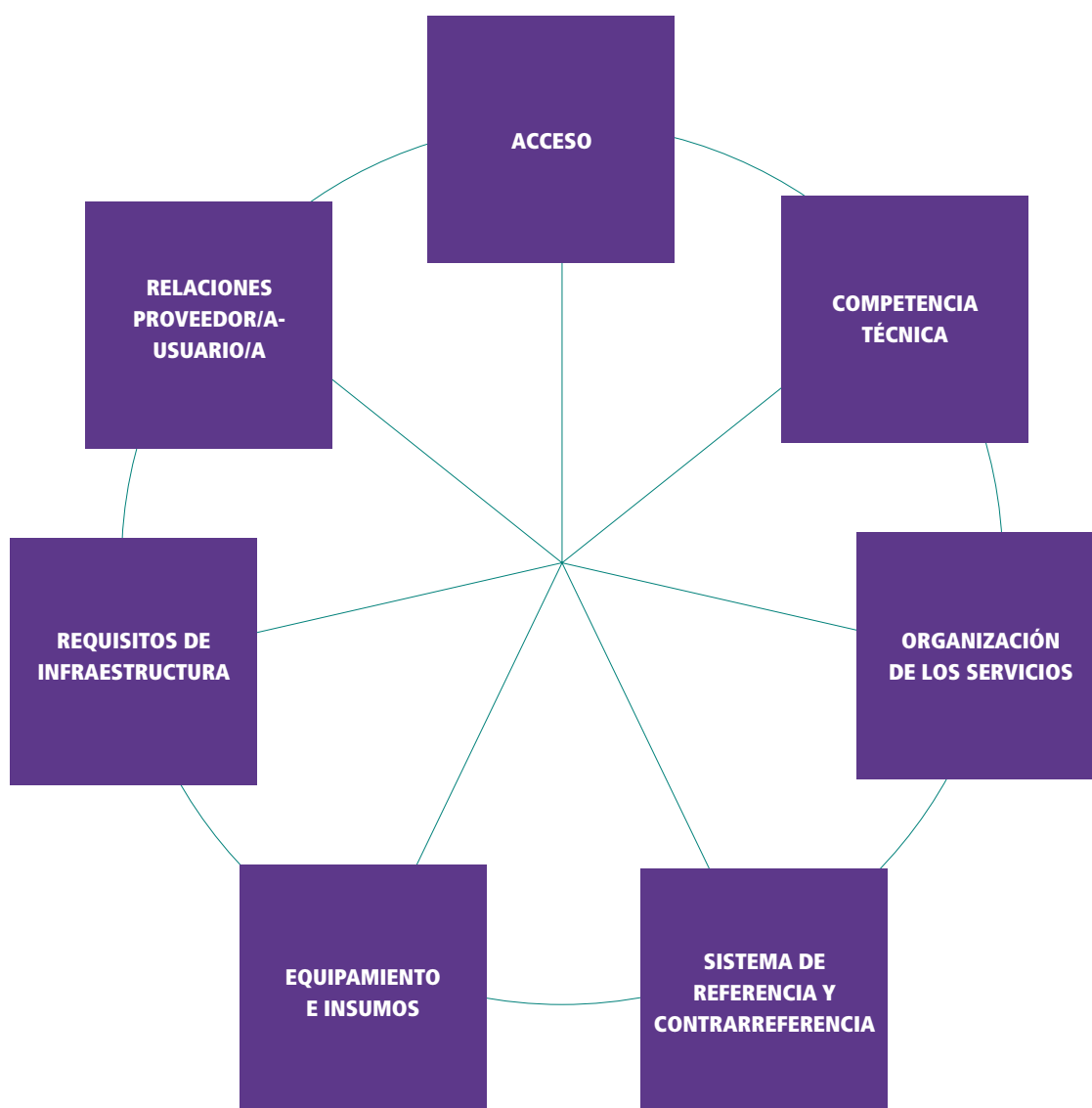
El buen gerenciamiento es crucial

El buen gerenciamiento, que fortalece la capacidad, la competencia y la rendición de cuentas (*accountability*) de los/las proveedores/as de la salud, es esencial y fundamental para que los servicios de salud funcionen adecuadamente.

El impacto de género en los sistemas de atención deficientes

Los roles de género determinan que cuando el sistema de atención de la salud funciona deficientemente, las mujeres son las más afectadas. Por lo tanto, al mejorar los sistemas de atención se estaría beneficiando a las mujeres.

La rueda del sistema de atención de la salud



Es posible aumentar la autonomía de las mujeres y promover sus derechos sexuales y reproductivos dentro de los servicios de salud existentes. Algunos ejemplos que surgen de esta actividad son: fomentar en los varones la responsabilidad compartida cuando las mujeres se encuentran en trabajo de parto, y también con respecto al cuidado de los hijos, y fomentar el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos ofreciéndoles servicios de anticoncepción, independientemente de su edad.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



**Apuntes
para el/la
facilitador/a:**

Descripciones de las dramatizaciones y preguntas para la discusión

Aquí se incluye la descripción de las siete dramatizaciones y las preguntas que puede hacer para analizar las cuestiones de género.

Escriba en una hoja separada el rol de cada personaje de cada dramatización. Ponga en un sobre la descripción de cada personaje y márkelo con el número de la dramatización (1-7) y la letra del personaje (A, B, C). Por ejemplo, el personaje B de la dramatización sobre competencia técnica estará en el sobre marcado "2B". Esto ayudará a que cada grupo de actores de una dramatización sepa quiénes son los miembros de su grupo.

Dramatización 1: Relaciones proveedor/a-usuario/a

Para preparar la escena antes de que comience la actuación usted dirá:

"Hoy es un día de mucho trabajo en la clínica. Hay una larga fila y además es el día que se atiende a la gente para planificación familiar".

Personaje A

Hoy es un día de mucho trabajo en la clínica. Hay una larga fila y además es el día que se atiende a la gente para planificación familiar.

Usted es una adolescente y quiere obtener un método anticonceptivo en la clínica. Sabe que debe hacerlo rápido porque sólo puede acudir durante el tiempo del recreo de la escuela. Es muy tímida y tiene miedo de pedir lo que viene a buscar.

Personaje B

Hoy es un día de mucho trabajo en la clínica. Hay una fila muy larga y también es el día que viene mucha gente para planificación familiar.

Usted es una enfermera de la clínica, tiene una hija de catorce años y recientemente descubrió que está embarazada. Está furiosa con ella.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿Si fuese un varón adolescente, sería diferente?
- ¿Quién tiene la responsabilidad de evitar el embarazo, las jóvenes o los varones?
- ¿Se acepta que las jóvenes tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?
- ¿Se acepta que los varones tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?
- ¿Qué significa esto en términos de cómo están organizados los servicios y en los intentos de reducir el número de embarazos adolescentes?
- ¿Hay alguna acción que se podría tomar para promover el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos?
- ¿Hay alguna acción que se podría tomar para promover la responsabilidad compartida entre mujeres y varones respecto de la anticoncepción?

Dramatización 2: Competencia técnica

Para preparar antes de la actuación usted dirá:

“Estamos en una clínica en un área rural remota. Por lo general aquí trabajan una enfermera titular y una auxiliar de enfermería. Hoy la enfermera titular no vino porque está enferma. La auxiliar de enfermería (señale a la persona) está encargada de la clínica. Hoy es el día que se atiende salud infantil”.

Personaje A

Estamos en una clínica en un área rural remota. Por lo general aquí trabajan una enfermera titular y una auxiliar de enfermería. Hoy la enfermera titular no vino porque está enferma. La auxiliar de enfermería está encargada de la clínica. Es el día de salud infantil.

Usted es la auxiliar de enfermería. Ha trabajado aquí durante años y conoce el sistema. Por lo general ayuda a la enfermera en todos los servicios que se prestan pero no tiene conocimiento para hacer diagnósticos.

Personaje B

Estamos en una clínica en un área rural remota. Hoy es el día de atención de salud infantil.

Usted es una madre que sabe que su beba no está bien. Tiene temperatura y a pesar de que le dio paracetamol para la fiebre, sabe que todavía no está bien. Está constantemente frotándose las orejas y usted quiere que alguien la revise. La clínica es el único lugar donde puede ir porque no hay ningún otro puesto de salud. Decide ir a pesar de que le queda lejos y que tiene muchas cosas que hacer en su casa y otros niños que atender.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿Cómo se podría evitar esta situación?
- ¿Quién es responsable de garantizar que esto no ocurra?
- ¿Qué consecuencias trae para la madre el hecho de que su beba no haya sido examinada?
- ¿Cómo afecta esto su tiempo?
- ¿Cuál es el cuadro probable que ella encontrará cuando regrese a su hogar?
- ¿La situación hubiese sido la misma si su marido hubiese traído a la beba a la clínica? ¿En qué hubiese variado?
- ¿Un padre traería a su beba a la clínica?

Dramatización 3: Sistemas de referencia y contrarreferencia

Para ambientar la escena antes de comenzar la actuación usted dirá:

“Éste es un centro de salud en una zona rural, donde se ha comenzado a hacer detección de cáncer de cuello de útero. Una vez realizada la detección, las pacientes son derivadas para el tratamiento a un hospital situado a 15 km de allí. Acá tenemos a la enfermera y la paciente en el centro de salud (señálelas), y allá tenemos al empleado del hospital (señálelo)”.

Personaje A

Éste es un centro de salud en una zona rural, donde se ha comenzado a implementar la campaña de detección de cáncer de cuello de útero. Una vez

realizada la detección las pacientes son derivadas para el tratamiento a un hospital situado a 15 km de allí.

Usted es una enfermera del centro de salud y sabe que tiene que hacer un Papanicolaou a las mujeres que presentan un cuello de útero de apariencia normal. Cuando usted recibe un resultado anormal la mujer debe ser vista por una persona capacitada para hacer una colposcopia y una biopsia. Sabe que es muy importante que la mujer se haga el examen porque de esta forma se puede prevenir la muerte por cáncer de cuello de útero. Cuando las mujeres vuelven a buscar los resultados les insiste a aquellas con resultados anormales que deben ir al hospital aunque quede lejos y tengan que pagar el transporte. Siempre les reserva los turnos telefónicamente en el hospital cuando la paciente está en el centro de salud atendiéndose con usted. Siempre tiene dificultad para reservar los turnos en el hospital porque muchas veces no contestan el teléfono.

Una mujer de cuarenta y cinco años viene al centro de salud a retirar el resultado de su Papanicolaou. El resultado es anormal y trata de convencerla de la necesidad de que vaya al hospital. Llama al hospital para reservar un turno.

Personaje B

Éste es un centro de salud en una zona rural, donde se ha comenzado a hacer detección de cáncer de cuello de útero. Una vez realizada la detección las pacientes son derivadas para el tratamiento a un hospital situado a 15 km de allí.

Usted es una mujer de cuarenta y cinco años, madre de cinco hijos. Está sola para cuidar a los niños ya que su marido se ha ido a trabajar a la ciudad. Con tantas responsabilidades en su hogar, tiene muy poco tiempo libre. Se hizo un Papanicolaou hace cuatro semanas porque la enfermera le insistió. No tenía tiempo para ir a buscar los resultados pero de todas formas no se sentía enferma. La agente comunitaria vino a buscarla a su casa para pedirle que fuera al centro de salud a retirar los resultados. Va al centro de salud porque no quiere ser descortés con la visitadora y no quisiera que ella tuviera que venir a buscarla nuevamente.

Personaje C

Éste es un centro de salud en una zona rural, donde se ha comenzado a hacer detección de cáncer de cuello de útero. Una vez realizada la detección las pacientes son derivadas para el tratamiento a un hospital situado a 15 km de allí.

Usted es un empleado administrativo en el hospital. Trabaja archivando historias clínicas y también tiene la tarea de contestar el teléfono y dar turnos a los/las pacientes que son derivados/as al hospital. Sin contar los llamados de los centros de salud ya está sobrecargado de trabajo. Hay mucho trabajo en el hospital, está harto del teléfono y decide que por el día de hoy va a tratar de ignorarlo cuando suene. Tiene muchas fichas para archivar y muchos pacientes del hospital se le acercan para pedirle que los oriente sobre cómo llegar al servicio que buscan.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿Qué podría motivar al empleado para responder mejor a las necesidades del personal de los centros de salud? ¿Cómo podría organizarse esto? ¿De quién es la responsabilidad?
- ¿Por qué esta paciente tiene dificultad para encontrar tiempo para atender su propia salud? ¿Qué podría facilitarle las cosas? ¿En quién deberían centrarse las intervenciones educativas para que esta mujer pueda tener el tiempo necesario para ocuparse de su propia salud?
- Si hubiese sido un paciente varón ¿el empleado hubiera actuado de la misma forma?

- Si la paciente estuviera en una buena situación económica o si tuviera influencia política o dentro de las organizaciones ¿el empleado hubiera actuado de la misma forma?

Dramatización 4: Requisitos de infraestructura

Para ambientar la escena antes de que comience la actuación usted dirá:

“Es de noche en el centro de salud, la enfermera de turno está disponible para casos de emergencia”.

Personaje A

Es de noche en el centro de salud, la enfermera de turno está disponible para casos de emergencia.

Usted es la partera de turno esta noche. Es tarde y está tomándose un té pensando en irse a dormir. La guardia nocturna es siempre muy estresante. No hay nadie cerca a quien llamar para que la ayude en caso de que ocurra un problema. No tiene teléfono y la ambulancia está en el hospital a 40 km de distancia por un camino en muy malas condiciones. En estos tiempos es aún peor porque es la temporada de lluvia.

Personaje B

Es de noche en la clínica.

Usted es una mujer embarazada esperando su tercer hijo. Ha estado con trabajo de parto en su casa durante seis horas y ahora ha comenzado a sangrar. Tiene mucho miedo y le pide a un hombre de su pueblo que la lleve en auto al centro de salud. Éste sólo la ayuda porque se lo ha rogado. A él le preocupa el costo. Llega al centro de salud muy asustada, en trabajo de parto y sangrando.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿Qué tipo de instalaciones se necesitan en un centro de salud para responder apropiadamente a una situación como ésta? ¿Qué tipo de sistemas deberían implementarse para que sea posible? ¿Qué puede hacer un administrador para que esto sea posible?
- ¿En qué circunstancias se garantizaría transporte para las mujeres en trabajo de parto? ¿Qué se requiere para asegurar que esto ocurra siempre?
- ¿Qué tipo de acción promovería que las mujeres en este tipo de situación tuviesen más control sobre sus propios cuerpos y su salud?
- Dado que tanto las mujeres como los hombres desean tener hijos y que juntos los conciben, ¿qué tipo de acción conduciría a que ambos –mujeres y varones– sean responsables por el desenlace de este embarazo?

Dramatización 5: Acceso

Para ambientar la escena antes de que comience la actuación usted dirá:

“Éste es un centro de salud donde hay mucho trabajo, es casi la hora del almuerzo y las filas de gente que espera se van haciendo más cortas. La enfermera (señálela) está ansiosa por ir a almorzar y a la distancia vemos una paciente (señálela) que llega horas después de que el centro de salud abrió”.

Personaje A

Éste es un centro de salud donde hay mucho trabajo, es casi la hora del almuerzo y las filas de gente que espera se van haciendo más cortas.

Usted viene de una familia muy pobre. Hace días que su niña está enferma. Tiene diarrea y cada vez se pone peor. Ve que las cosas están muy mal y decide que debe buscar ayuda. Decide caminar hasta el centro de salud que queda lejos del lugar donde vive. No puede pedirle dinero a su esposo. Empieza a caminar muy temprano a la mañana y llega al centro de salud a las 12 del mediodía. Llega tarde ya que la mayoría de la gente arriba alrededor de las 8. Cuando por fin llega a la clínica, su niña ya ni puede llorar. Debe hacer la fila. Espera la oportunidad de hablar con la enfermera que está ocupada con otros pacientes. Todos los demás en la fila están mejor vestidos que usted. Siente que todo el mundo se da cuenta de que usted es pobre. Es un poco tímida y se pregunta cómo se ve y cómo huele después de una caminata tan larga bajo el sol caliente con una niña enferma.

Personaje B

Éste es un centro de salud donde hay mucho trabajo, es casi la hora del almuerzo y las filas de gente que espera se van haciendo más cortas.

Usted es la enfermera del centro de salud. Ha trabajado todo el día y aún hay una larga fila de gente esperando. Ve que la gente sigue llegando y ya es mediodía. Ve a la mujer con la niña enferma que llega y se ubica en la fila. Cuando sale a almorzar pasa al lado de ella y se detiene sacudiendo la cabeza y preguntándose “¿por qué vino tan tarde?”. Pero se da cuenta de que la niña está muy enferma y se pregunta “por qué no habrá venido antes y por qué no se acercó al principio de la fila”.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿Por qué cree que una mujer puede no tener dinero para el transporte y debe caminar hasta el centro de salud?
- ¿Por qué tiene que ser la mujer la que trae a la niña enferma al centro de salud?
- ¿Qué tipo de acción se podría tomar a nivel de los centros de salud para promover la idea de que tanto las madres como los padres deben responsabilizarse por la salud de los niños?

Dramatización 6: Organización de los servicios de salud

Para ambientar la escena antes de que comience la actuación usted dirá:

“Éste es un centro de salud que provee una serie de servicios y está organizado para brindar servicios específicos en días específicos. Hoy es el día de salud infantil, por la mañana, y por la tarde se atiende a personas con enfermedades crónicas, como hipertensión o TB. El centro de salud trabaja de esta forma para ser más eficiente desde el punto de vista de los/las proveedores/as”.

Personaje A

Éste es un centro de salud que provee una serie de servicios y está organizado para brindar servicios específicos en días específicos. Hoy es el día de salud infantil, por la mañana, y por la tarde se atiende a personas con enfermedades crónicas, como hipertensión o TB. El centro de salud trabaja de esta forma para ser más eficiente desde el punto de vista de los/las proveedores/as.

Usted es una enfermera en el centro de salud. Es un día normal, hoy se atiende salud infantil por la mañana y enfermedades crónicas por la tarde. Días como hoy son siempre difíciles porque hay mucha gente esperando para ser atendida. Trata de hacer todo rápido. Ha preparado el centro de salud para los dos servicios que se ofrecen hoy y espera poder arreglarse con todo.

Personaje B

Éste es un centro de salud que provee una serie de servicios y está organizado para brindar servicios específicos en días específicos.

Usted es la madre de un niño al que trae para que se le aplique una vacuna. Trabaja y ha pedido permiso ese día para no ir y poder llevar a su niño al centro de salud. Es empleada doméstica y cada vez que tiene que pedir permiso para faltar tiene problemas. Quiere aprovechar la oportunidad para aplicarse su inyección anticonceptiva. Sabe que ya es la fecha de la dosis y no quiere quedar embarazada. Le va a pedir por favor a la enfermera si después de vacunar a su niño le puede aplicar su inyección ese mismo día.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- La clínica presta servicios específicos en días específicos. ¿Cómo afecta esto a los/las pacientes que quieren obtener dos servicios en el mismo día? ¿Qué nos dice esto acerca de las suposiciones que tenemos sobre el tiempo de las mujeres?

Dramatización 7: Insumos y equipamiento

Para ambientar la escena antes de que comience la actuación usted dirá:

“El médico de este centro de salud (señálelo) ha completado recientemente un programa de entrenamiento sobre el tratamiento del niño enfermo y está ansioso por aplicar lo que aprendió”.

Personaje A

El médico de este centro de salud (señálelo) ha completado recientemente un programa de capacitación sobre el tratamiento del niño enfermo y está ansioso por aplicar lo que aprendió.

Usted es el médico. El curso fue muy bueno y ahora sabe preguntarle los síntomas a la madre, revisar al niño, detectar las cinco enfermedades importantes y comunes en la infancia (malaria, enfermedades respiratorias, deshidratación, desnutrición y sarampión). Examina al niño, le toma la temperatura, lo ausculta y está seguro de que el niño tiene una infección respiratoria. Le dice a la madre que por la respiración agitada del niño y por lo que vio mientras lo revisaba, el niño debe recibir antibióticos. Después de su explicación a la madre, le da una receta y le indica que vaya a la farmacia del centro de salud para obtener los medicamentos.

Personaje B

Su hijo ha estado enfermo y lo lleva al centro de salud para que lo revisen. El niño tiene fiebre, no come y no duerme bien. Usted está muy preocupada.

Personaje C

Usted trabaja en el centro de salud como técnico de farmacia, recibe recetas y entrega medicamentos. Sabe que se han agotado muchos medicamentos en la farmacia. Una madre viene a buscar antibióticos y usted no tiene más. Le dice

que no hay y que no puede hacer nada al respecto, y que puede volver la semana próxima para ver si llegaron antibióticos.

Preguntas para analizar las cuestiones de género una vez finalizada la dramatización

- ¿El programa de capacitación para el tratamiento del niño enfermo es exitoso?
- ¿Qué hace que el programa tenga éxito o fracase?
- ¿Qué aspectos del sistema de servicios de salud no están funcionando?
- ¿Cuáles son las consecuencias de esto? ¿Es posible que las consecuencias sean diferentes para hombres y mujeres? ¿En qué forma?

SESIÓN 3

Incorporando las dimensiones sociales y de género a la planificación de programas de salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- podrán analizar las causas subyacentes tras un problema de salud reproductiva
- desarrollarán habilidades para diseñar intervenciones en los sistemas de salud para abordar esas causas
- aplicarán las herramientas de género para mejorar la sensibilidad de género de las intervenciones.

3 horas

Materiales

- Guía 1 “¿Por qué?”
- Guía 2 “Las mujeres y las infecciones de transmisión sexual”
- aproximadamente 200 círculos de cartón de 4 colores diferentes, 50 de cada color
- 5 papelógrafos donde figure escrito en el ángulo inferior izquierdo “Una mujer quedó estéril a causa de una infección de transmisión sexual que no fue tratada”
- cinta adhesiva para pegar los círculos en los papelógrafos y láminas de papelógrafo en blanco
- filmina: “¿Sus intervenciones abordan las cuestiones de género y de derechos?”, en la pág. 418

Cómo conducir la sesión

Esta sesión comienza con un ejercicio en pequeños grupos en el que los/las participantes exploran un problema de salud (enfermedades de transmisión sexual) y desarrollan posibles intervenciones dirigidas a superar los obstáculos que impiden mejorar el estado de salud. Luego evalúan la sensibilidad de género de las intervenciones y sobre esta base las reforman. La segunda actividad es una discusión plenaria donde el/la facilitador/a consolida los puntos más importantes. Esta sesión se basa específicamente en la Sesión 4 del Módulo 2 y en la Sesión 6 del Módulo 3.





Actividad 1: Explorando el problema de las ETS

Paso 1: Preparación Este paso se debe hacer antes de comenzar la sesión.

Prepare círculos de cartón de 6 cm de diámetro, de cuatro colores diferentes. Haga diez de cada color para cada uno de los grupos (cuarenta círculos por grupo).



Paso 2: Instrucciones para la actividad

Presente la sesión indicando los objetivos principales. Divida a los/las participantes en grupos de aproximadamente seis a ocho miembros. Distribuya la Guía 1 con las instrucciones para el trabajo en grupo. Cada grupo hace el mismo ejercicio que consiste en tres tareas principales:

- análisis de las razones subyacentes tras un problema de salud
- desarrollo de posibles acciones para enfrentar las razones identificadas previamente
- evaluación de la sensibilidad de género y el impacto sobre los derechos de las acciones propuestas (una manera sencilla de evaluar el impacto sobre los derechos es centrarse en la discriminación).

Dé a los/las participantes cinco minutos para leer la guía y aclare cualquier duda que tengan.

Puede distribuir una guía adicional (Guía 2) sobre cuestiones de género e infecciones de transmisión sexual, si los/las participantes no tienen conocimiento del tema.

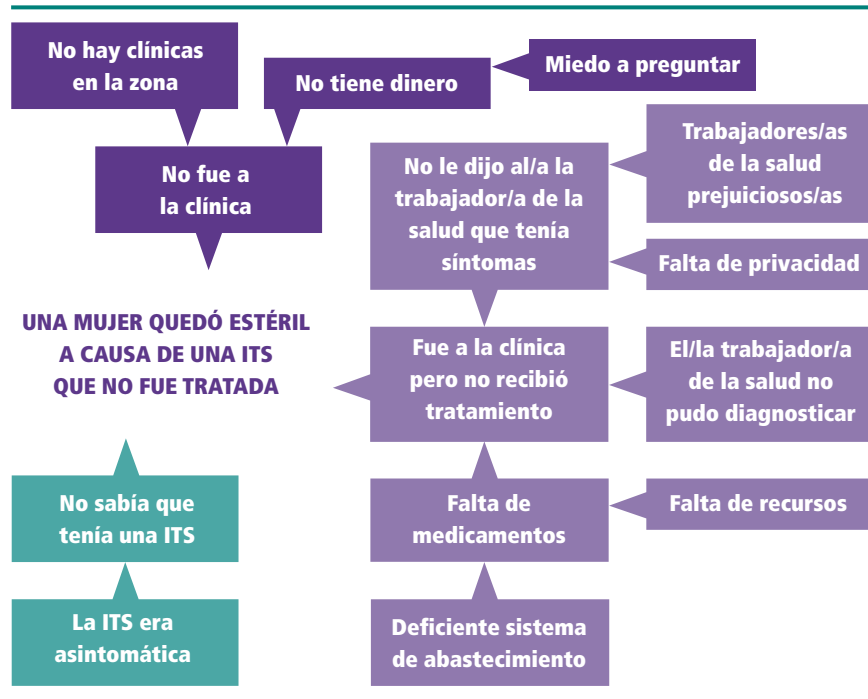


Paso 3: "¿Pero por qué?"

Comenzando con la siguiente afirmación "Una mujer quedó estéril a causa de una ETS no tratada" escrita en el ángulo izquierdo inferior de un papel grande, los grupos proceden a preguntarse "¿por qué?". Escriba la respuesta en uno de los círculos y péguela junto a la afirmación. Los/las participantes deben basar este análisis en el material visto en los módulos de Determinantes Sociales y de Derechos y en las dos primeras sesiones de este módulo.

Los grupos se siguen preguntando "¿por qué?" hasta que se agotan los argumentos. Cada argumento debe fluir directamente del anterior, escribirse en un círculo del mismo color que el primero y pegarse uno al lado del otro. Luego los/las participantes retoman la afirmación original y exploran otra razón que pueda explicar por qué la mujer no se trató la ETS.

Los/las participantes tienen que describir la mayor cantidad de razones posibles, dando la mayor cantidad de detalles posible. Cada círculo debe contener una única cuestión específica. Por ejemplo, "cultura" no es aceptable como una razón: el grupo debe definir qué de la cultura es la razón en esta instancia específica, como por ejemplo que se espere que las mujeres tengan relaciones sexuales cuando sus maridos lo deseen.



Paso 4: Acciones

Luego, el grupo analiza la cadena de eventos de cada razón específica, y piensa acciones que se puedan implementar en el sistema de atención de la salud para afrontar y superar el problema. Para ilustrar de qué manera los grupos deben intentar desarrollar respuestas, en la tabla siguiente se presenta una línea de argumento y posibles acciones.

Acciones que puedan realizar los servicios de salud

Problema identificado	Acciones posibles que puedan realizar los servicios de salud
Miedo a contarle al/la trabajador/a de la salud	Garantizar privacidad en la clínica.
El/la trabajador/a de la salud es prejuicioso/a	Hacer talleres con los/las trabajadores/as de la salud, por ejemplo <i>Trabajadores de la salud por el cambio</i> , que los/las ayuden a reflexionar sobre su propio comportamiento y cuestionar la culpabilización de las víctimas. Establecer controles para asegurar que los/las trabajadores/as de la salud se comporten de manera profesional.
No hay medicamentos en la clínica	Establecer un sistema de provisión de medicamentos apropiado.
Los/las trabajadores/as de la salud no pudieron diagnosticar la ITS	Organizar capacitaciones dentro del servicio para garantizar la competencia técnica del personal. Desarrollar protocolos de tratamiento.
La mujer nunca supo que tenía una infección	Ofrecer actividades educativas que incluyan los signos y síntomas de las enfermedades comunes.
El marido no le dijo que tenía una infección	Asegurar que tanto los hombres como las mujeres reciban información y hacer hincapié en la necesidad de notificar a la pareja y que ambos miembros de la pareja reciban tratamiento.
No hay clínicas en la zona	Construir nuevas clínicas para que la gente tenga acceso. Desarrollar un sistema de transporte para personas que viven lejos.



Actividad 2: Asegurándonos de tener una perspectiva de género y de derechos



Paso 1: Presentación de los grupos y discusión

Luego cada grupo presenta una razón y la cadena de eventos. Haga preguntas a continuación de cada presentación, estimulando a los/las participantes para que aclaren su línea de pensamiento, justifiquen las acciones que recomiendan y expliquen su factibilidad y de qué manera esas acciones contienen las perspectivas de género y de derechos. La devolución de cada grupo y la discusión conjunta debe hacerse en aproximadamente doce minutos por grupo, suponiendo que no habrá más de cinco grupos.

En experiencias anteriores, durante esta sesión se observó que los grupos tienden a seleccionar acciones dirigidas a problemas relacionados con el sector salud, como la falta de medicamentos, falta de privacidad, y problemas respecto de las habilidades y actitudes de los/las trabajadores/as de la salud. Aquellos relacionados con cuestiones de género, como que la mujer no tenga dinero o que tenga miedo de preguntarle al marido, se consideran problemas en los que el sistema de salud no puede hacer demasiado. Insista en que los/las participantes piensen lo que se puede hacer dentro de los servicios de salud para que las mujeres en situaciones como éstas puedan acceder a los servicios: ¿desarrollar servicios móviles? ¿tener trabajadores/as o voluntarios/as en la comunidad? ¿educar a los hombres?

Debe planear usar la mayor parte del tiempo para discutir la forma en que se han abordado las cuestiones de género y de derechos. Frecuentemente se supone que los servicios para mujeres tienen en cuenta las cuestiones de género porque están focalizados en las mujeres. Señale que esto no es así, y que se puede trabajar sobre las necesidades de las mujeres sin tener en cuenta las cuestiones de género (y de esta forma los servicios para mujeres pueden reforzar las inequidades de género) como lo han hecho los servicios de salud materna durante décadas.

Analice cada una de estas preguntas utilizando una **filmina**.



¿Sus intervenciones abordan las cuestiones de género y de derechos?

- ¿Las intervenciones abordan cuestiones de género? ¿Esto se hizo tanto desde la perspectiva de los/las proveedores/as como desde la de los/las usuarios/as?
- ¿Las intervenciones intentan cuestionar las relaciones sociales y de género existentes?
- ¿Se ha considerado el impacto potencialmente diferente de esta intervención sobre varones y mujeres (y sobre distintos grupos de varones y mujeres)?
- ¿Se ha asegurado de que ninguna parte de esta intervención pueda contribuir a empeorar la posición de género de las mujeres (o de las mujeres pobres en relación con las que están en una mejor situación económica)?
- ¿Las intervenciones pueden potencialmente violar algún derecho? ¿Han pensado las circunstancias específicas en las que esto podría suceder? Por ejemplo, hacer pruebas para detección de ETS en todas las mujeres que asisten a los controles prenatales.
- ¿Las intervenciones buscan promover los derechos? ¿Qué derechos promueven?

Algunos ejemplos de intervenciones con implicaciones de género incluyen las que requieren que las mujeres negocien el uso del condón o las que requieren la notificación de la pareja. La notificación de la pareja también tiene implicaciones de derechos. Indague sobre cómo los/las participantes planean implementar esto sin violar ningún derecho. Los derechos que la intervención puede defender son el derecho a la información, al acceso a los servicios públicos, etc.



Paso 2: **Conclusión**

Al concluir, explicita las formas en que este módulo se apoya en los módulos de Género y Determinantes Sociales para analizar las causas de un problema de salud, y en los módulos de Género y Derechos para examinar las intervenciones desde una perspectiva de género y de derechos.

Puntos principales para cerrar la sesión

El éxito de la intervención depende de que se tengan en cuenta o no los determinantes sociales y de género

La planificación de las intervenciones en salud requiere poner atención en factores que no se limitan a las causas médicas y los detalles técnicos de un problema de salud. Los determinantes sociales y de género de la salud deben ser específicamente considerados y se deben planear acciones apropiadas para abordar esos determinantes. De no ser así, es probable que las intervenciones no logren cumplir sus objetivos.

Analice las implicaciones de género y de derechos

Cuando se planifica una intervención, no es suficiente considerar los factores de género y derechos relacionados con las causas de un problema de salud. También es necesario analizar las implicaciones de género de la implementación de la intervención. Las intervenciones nunca deben contribuir a empeorar las inequidades sociales y de género ni a violar ningún derecho humano.

Relación con la rueda de los sistemas de salud

Señale que las intervenciones de los sistemas de salud que la gente ha mencionado son similares a las que se ilustraron en el ejercicio de la rueda de los sistemas de salud. Esto demuestra que los principios de abordaje de cuestiones generales de salud se pueden aplicar a problemas específicos de salud reproductiva, como las infecciones de transmisión sexual.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía

1

¿Por qué?

Su grupo ha recibido una hoja de papel con la frase “Una mujer quedó estéril por causa de una ITS no tratada” escrita en el ángulo inferior izquierdo. También se le han entregado cuarenta círculos de cartón, diez de cada color. Tiene 1 hora y 20 minutos para analizar las razones subyacentes tras un problema de salud –esterilidad como resultado de una ETS no tratada– y desarrollar las posibles acciones que abordarán esas razones.



40 mins

Tarea 1: ¿Por qué?

Comenzando con la frase “Una mujer quedó estéril por causa de una ETS no tratada” pregúntese “¿por qué?” y escriba la razón que usted crea en uno de los círculos de cartón. Pegue el círculo de cartón junto a la frase en la lámina de papel. Continúe preguntándose “¿por qué?” hasta que se agote la línea de argumentos. Cada argumento debe fluir directamente del anterior, escribirse en un círculo del mismo color que el primero y pegarse uno al lado del otro. Luego retome la afirmación original y explore otra razón que pueda explicar por qué la mujer no se trató la ITS, usando círculos de otro color. Cada círculo debe contener una única cuestión específica. No se deben usar términos generales como “cultura” como una razón, sino que se debe especificar qué aspecto de la cultura está causando el problema.

La siguiente figura ilustra una serie de razones de un problema diferente.





40 mins

Tarea 2: Rompiendo la cadena

Luego, analice la cadena de eventos de cada una de las razones para identificar todos los puntos en los que se podría romper la cadena por medio de una intervención apropiada. Elabore una acción que pueda ser llevada a cabo por el sistema de atención de la salud para superar o manejar el problema. Escriba esas acciones en un papelógrafo o en una filmina. Sea lo más creativo y detallista que pueda.

En la siguiente tabla se presentan una línea de argumentos y posibles acciones a modo de ilustración.

Elaborando posibles acciones que puedan realizar los servicios de salud

Problema identificado	Posibles acciones por parte del sistema de servicios de salud
La clínica no atiende adolescentes	<p>Hacer talleres con los/las trabajadores/as de la salud, por ejemplo <i>Trabajadores de la salud por el cambio</i>, que los ayuden a reflexionar sobre su propio comportamiento y cuestionar la culpabilización de las víctimas.</p> <p>Establecer controles para asegurar que los/las trabajadores/as de la salud se comporten de manera profesional.</p>
No hay ninguna clínica cerca	<p>Construir nuevas clínicas para que la gente tenga acceso.</p> <p>Establecer sistemas de distribución de anticonceptivos a través de las escuelas y de la comunidad.</p>



20 mins

Tarea 3: Género y derechos

Responda las siguientes preguntas acerca de la lista de posibles acciones que ha elaborado:

- ¿Las intervenciones abordan cuestiones de género? ¿Esto se hizo tanto desde la perspectiva de los/las proveedores/as como desde la de los/las usuarios/as?
- ¿Las intervenciones intentan cuestionar las relaciones sociales y de género existentes?
- ¿Se han considerado los impactos potencialmente diferente de esta intervención sobre varones y mujeres (y sobre distintos grupos de varones y mujeres)?
- ¿Se ha asegurado de que ninguna parte de esta intervención contribuya a empeorar la posición de género de las mujeres (o de las mujeres pobres en relación con las que están en una mejor situación económica)?
- ¿La intervención puede potencialmente violar algún derecho? ¿Ha pensado cuáles serían las circunstancias específicas en las que esto podría suceder? Por ejemplo, hacer pruebas para detección de ITS en todas las mujeres que asisten a los controles prenatales.
- ¿Las intervenciones buscan promover los derechos? ¿Qué derechos promueven?

Prepare una breve presentación de aproximadamente diez minutos para dar al grupo general.



Guía

2 Las mujeres y las infecciones de transmisión sexual

Se estima que en 1999 ocurrieron en todo el mundo 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables, de las cuales 182 millones fueron en mujeres de 15 a 49 años de edad. [1] Los números de casos se distribuyen de la siguiente manera (muchas mujeres tienen más de una enfermedad):

sífilis	10,63 millones
gonorrea	33,65 millones
chlamydia	50,03 millones
tricomoniasis	85,78 millones

Biológicamente, las mujeres son más susceptibles que los varones a la mayoría de las infecciones de transmisión sexual. Esto se debe a la forma de la vagina, a la mayor superficie de mucosa que se expone durante una relación sexual y a la mayor cantidad de agentes patógenos presentes ya que la cantidad de semen es mucho mayor a la de fluidos vaginales. Las mujeres más jóvenes son más susceptibles porque a esa edad el cuello del útero aún está inmaduro y tienen menor producción de mucus vaginal, lo cual significa que tiene menor protección contra los agentes infecciosos. [2]

Muchas veces a causa de la pobreza, la falta de educación y la falta de oportunidades para ganar dinero, las mujeres se ven obligadas a ejercer el comercio sexual, lo que aumenta significativamente el riesgo de infección. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres el simple hecho de estar casadas puede significar un alto riesgo. Las normas sociales que aceptan las relaciones sexuales extramatrimoniales y prematrimoniales en los varones como algo normal, y la falta de poder de las mujeres para negociar el uso del condón y las prácticas de sexo seguro con sus parejas, son factores que dificultan las posibilidades de que las mujeres se protejan de las infecciones de transmisión sexual. [3]

El hecho de que sea común que las mujeres jóvenes tengan relaciones sexuales o que se casen con hombres mayores también aumenta el riesgo de infección, ya que la edad y/o el retraso del matrimonio en los varones se asocia con mayores probabilidades de sexo prematrimonial con más de una pareja, incluso con trabajadoras sexuales, y por lo tanto hay mayor riesgo de infección. La violencia sexual también significa grandes riesgos de contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. [3]

Las mujeres no sólo tienen mayores riesgos de ser infectadas, sino que además las infecciones de transmisión sexual no son fácilmente identificadas o curadas en ellas por una serie de razones. Más del 50% de las enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas en las mujeres. El diagnóstico es difícil y muchas veces se deben realizar pruebas costosas en laboratorios sofisticados. Debido a que el manejo de las ETS raras veces se incluye como parte de un abordaje integral de las necesidades de las mujeres, por lo general, éstas no tienen acceso a ese tipo de servicios. [4] Aun en los lugares donde hay servicios disponibles, el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual constituye una gran barrera para las mujeres que buscan atención.

Esto conduce a complicaciones que causan considerables cifras de mortalidad y morbilidad y que perjudican seriamente la salud de las mujeres,

especialmente en los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, las infecciones de transmisión sexual causan complicaciones en el embarazo, sepsis, abortos espontáneos, partos prematuros, partos de fetos muertos e infecciones congénitas. El 35% de los casos de morbilidad posparto puede atribuirse a infecciones de transmisión sexual. Cerca de los dos tercios de los casos de infertilidad en las mujeres se atribuyen a las ITS. Se estima que de todos los ingresos ginecológicos, el 17-40% se debe a enfermedad inflamatoria pélvica, principalmente como consecuencia de enfermedades de transmisión sexual. [4]

Referencias

1. World Health Organization. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections*. Ginebra, OMS, 2001.
2. Howson C. P., Harrison P. F., Hotra D. y Law M., eds. *In her lifetime. Female morbidity and mortality in Sub-Sahara Africa*. Washington D.C., National Academy Press, 1996.
3. World Health Organization. *Women of South-East Asia. A health profile*. Nueva Delhi, WHO South-East Asia Regional Office, 2000.
4. United Nations Population Fund. *The state of world population 1997. The right to choose: reproductive rights and reproductive health*. Nueva York, UNFPA, 1997.

SESIÓN 4

Datos sobre prevalencia y consideraciones de costos en la planificación de servicios: el caso del cáncer de cuello de útero

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- conocerán los principios de detección (*screening*) y su aplicación en el desarrollo de servicios
- comprenderán la relación entre la prevalencia de una enfermedad y el costo de los servicios de detección
- visualizarán las relaciones entre la disponibilidad de recursos y la información epidemiológica sobre una enfermedad y las decisiones relativas a políticas y servicios.



2 hrs

2 horas

Preparación previa

- Llene dos bolsas oscuras con canicas de dos colores diferentes. Para instrucciones detalladas véase la Actividad 2: Simulación de detección de cáncer de cuello de útero, Paso 1 en la pág. 427

Materiales

- Guía: "Simulación de detección de cáncer de cuello de útero"
- filmina: "Criterios para la elección de la enfermedad a detectar", en la pág. 426
- al menos 315 canicas de un color, y 85 canicas de otro color, todas del mismo tamaño
- dos bolsas oscuras (que no sean translúcidas)
- papelógrafo: "Cómo realizar el juego", en la pág. 427
- filmina con cuadro, en la pág. 427
- filmina: datos sobre prevalencia de cáncer de cuello de útero específicos por edad, tomados de las estadísticas de cáncer de un país del cual haya participantes en el curso (ejemplo "Prevalencia de cáncer de cuello de útero según edad, Sudáfrica [1994]", en la pág. 429)
- filmina: "Reducción de la incidencia acumulativa de cáncer de cuello de útero invasivo en el rango de edad 35-64 años, con diferentes frecuencias de detección", en la pág. 429

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Eddy D. Screening for cervical cancer. *Annals of Internal Medicine*, 1990, **113**:214-225.
2. Fonn S. *Screening for cervical cancer: a unified national strategy*. Johannesburgo, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 1993.
3. Miller A. B. *Cervical cancer screening programmes – managerial guidelines*. Ginebra, World Health Organization, 1992.
4. Miller A. B. *et al*. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *International Journal of Cancer*, 2000, **86(3)**:440-447.
5. Sackett D. Laboratory screening: a critique. Federation Proceedings. *Clinical Laboratory Developments*, 1972, **34**:2157-61.
6. Stuart S. *et al*. Demystifying and fighting cervical cancer. *Women's Health Journal*, 1992, **3**:29-52.

Lecturas para los/las participantes

Lecturas 4 y 6.

Cómo conducir la sesión

Esta sesión consiste en un ejercicio de simulación. Deberá preparar los materiales antes de la sesión. El ejercicio de simulación se lleva a cabo en el plenario y el/la facilitador/a va guiando al grupo paso por paso.



20 mins

Actividad 1: Charla sobre la detección (screening)

Qué cuestiones incluir en la charla

La detección (*screening*) es la identificación presuntiva, mediante pruebas simples, de desórdenes no reconocidos en individuos asintomáticos. Explique que la detección en general es costosa y que es económicamente posible solamente si se logra una buena cobertura. Explique que la actividad de esta sesión los/las ayudará a ver, a través de un ejercicio de simulación, cómo la prevalencia de cáncer de cuello de útero influye en el costo unitario de un programa de detección de cáncer de cuello de útero. Donde sea necesario señale la relación con el módulo de Evidencia.

Muestre la siguiente tabla en una **filmina** y léala punto por punto. Asegúrese de que todos la entiendan.



Criterios para la elección de la enfermedad a detectar

Criterio	Razón
Enfermedad común	Económicamente viable
Consecuencias serias si no se trata	Razón para la intervención
Período asintomático prolongado	Tiempo para el tratamiento
Instalaciones para el diagnóstico	Confirmar el resultado de la prueba de detección
Tratamiento efectivo disponible	Ética
La enfermedad es una preocupación para la comunidad	Demanda del consumidor
Prueba aceptable	Aumento de su utilización
Consideraciones de costos	Asegura la implementación

Fuente : Sackett D. L. Laboratory screening: a critique. Federation Proceedings, *Clinical Laboratory Developments* 1972, 34:2157-61.

Tratamiento

Señale que el tratamiento de la enfermedad preinvasiva en el cáncer de cuello de útero puede hacerse mediante varias opciones: cirugía (conización); terapia con láser; escisión electro-quirúrgica; crioterapia. El propósito en cada uno de estos métodos es remover la zona en transformación del cuello del útero y no implica la remoción del útero. Es preciso hacer un seguimiento frecuente de las mujeres para verificar que el tratamiento haya funcionado y que el cuello del útero se mantiene normal.

El tratamiento de la enfermedad invasiva requiere que la mujer sea estudiada y que se determine en qué estadio se encuentra. En los estadios tempranos –estadio 1 cáncer, y a veces en el estadio 2– el tratamiento usual es la histerectomía radical donde se sacan el útero y los ovarios. Si el cáncer ha avanzado más y ha tomado otros órganos, el tratamiento por lo general incluye radioterapia sin la remoción del útero.

En cualquier tipo de cáncer se debe ofrecer tratamiento paliativo para reducir los síntomas. La cirugía para reparar fistulas muchas veces es necesaria en las enfermedades del cuello del útero. El tratamiento puede incluir la cirugía y/o radioterapia y/o quimioterapia. El componente más importante del cuidado paliativo es el manejo del dolor, incluyendo la administración de morfina.



Actividad 2: Simulación de detección de cáncer de cuello de útero

Paso 1: Preparación Prepare dos bolsas con canicas. Si no consigue canicas o si son muy caras puede usar trozos de papel de colores doblados o pequeños porotos coloreados del mismo tamaño. Necesitará:

- dos tipos de canicas, muchas de un color (X) y algunas menos de otro color (Y)
- dos bolsas oscuras (que no permitan ver su contenido).

Coloque 200 canicas en cada bolsa. En una de las bolsas coloque 25 canicas de color Y y 175 de color X. En la otra bolsa coloque 60 canicas de color Y y 140 de color X.

X representa personas saludables (resultado negativo) en la población, Y representa personas enfermas (resultado positivo) en la población.

Prepare una lámina de papelógrafo con la siguiente información:

Cómo realizar el juego

- Costo de la detección \$ 10
- Costo del tratamiento \$ 30

El propósito del juego es encontrar la mayor cantidad posible de casos de enfermedad.

El grupo ganador es el que gasta la menor cantidad de dinero.



Prepare una **filmina** con el siguiente cuadro:

Casos encontrados		Costo de la detección		Costo de la detección y el tratamiento		Costo por caso detectado		Costo por caso detectado y tratado	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
1era. ronda									
2da. ronda									
3era. ronda									
4ta. ronda									



Paso 2: La detección

Este paso viene inmediatamente a continuación de la Actividad 1.

Divida al grupo en dos. Si desea que los grupos sean más pequeños puede tener dos (o más grupos) con bolsas de 25/175 y dos o más grupos con bolsas de 60/140. Deberá adaptar la tabla de acuerdo con el número de grupos.

Entregue a cada miembro del grupo la guía “Simulación de detección” con las instrucciones para el trabajo en grupo.

Explique a los grupos que simularán la detección de una enfermedad en una población tomando canicas de una bolsa sin mirar dentro de ella. Cada grupo toma 100 canicas. Deben contar el número de canicas de color Y, y el número de canicas de color X de las 100 que han extraído de la bolsa. Esto representa el número de mujeres con y sin la enfermedad respectivamente. Luego deben completar la tabla que se incluye en la guía.

Este proceso debe repetirse cuatro veces. Al finalizar cada ronda los grupos sacan todos los casos de enfermedad (canicas color Y). Estas personas ingresan en un plan de tratamiento y ya no son elegibles para la detección. Todos los casos negativos (canicas color X) son devueltos a la bolsa ya que pueden desarrollar la enfermedad entre una ronda y otra y son, por lo tanto, elegibles para la detección.

Para que haya casos de personas que se vuelven positivas entre una ronda y otra de detección, regrese a la bolsa 3 de los casos de enfermedad (canicas color Y).



Muestre la **filmina** con la tabla cuando los grupos comiencen a contar las canicas. Complétela luego de cada ronda, dejando que los grupos hagan los cálculos. Use fibras de colores diferentes para cada grupo para facilitar la comparación. Haga esto hasta completar cuatro rondas.



Paso 3: Discusión

Luego de las cuatro rondas y de que se haya completado la tabla de la filmina, discuta con los/las participantes las diferencias y similitudes que pueden observar entre los dos grupos, y entre cada ronda de detección.

Qué incluir en la discusión

- En ambos grupos, en la primera ronda de detección se identifica el mayor número de casos.
- El número de casos identificados disminuye en ambos grupos con cada ronda de detección.
- Si la cobertura fuera del 100% (por ejemplo si se sacaran todas las canicas de la bolsa al mismo tiempo y no de a 100 por vez) se detectarían todos los casos en el primer tamizaje.
- El costo del tamizaje es constante, pero a medida que se detectan menos casos el costo por proceso del tamizaje (detección y tratamiento) aumenta.
- Uno de los grupos detecta menos casos de enfermedad que el otro grupo. Esto se debe a la menor tasa de prevalencia de la enfermedad en este grupo.
- Cuanto menor es la tasa de prevalencia, mayor es el costo de la detección y tratamiento por caso identificado.



40 mins

Actividad 3: Cáncer de cuello de útero



20 mins

Paso 1: Información

Qué temas incluir

Ésta es una sesión para aportar información sobre cómo la historia natural del cáncer de cuello de útero impacta en las decisiones acerca de su detección. Puede mencionar brevemente los diferentes estadios del cáncer de cuello de útero, desde el más temprano (displasia cervical leve) hasta la displasia severa (incluida la enfermedad microinvasiva o carcinoma in situ). (Use la Lectura 1 para obtener información básica sobre el cáncer de cuello de útero.)



Filmina Prepare y presente datos sobre la prevalencia de cáncer de cuello de útero en edades específicas, tomados de las estadísticas de cáncer de un país del cual haya participantes en el curso, como en el siguiente ejemplo:

Prevalencia de cáncer de cuello de útero por edad, Sudáfrica (1994)

Grupo de edad	Casos de cáncer de cuello de útero	Número total de mujeres	Cantidad de mujeres por caso
0-19	13	6.886.182	529.706
20-24	77	1.818.478	23.617
25-29	116	1.619.920	13.965
30-34	236	1.508.410	6.392
35-39	332	1.257.010	3.786
40-44	339	1.035.646	2.596
45-49	370	840.174	2.271
50-54	375	703.047	1.875
55-59	288	572.805	1.989
60-64	350	456.593	1.305
65+	614	1.081.752	1.762

Fuente: Cancer Registry, Sudáfrica, 1994.



Filmina Presente también la siguiente evidencia sobre la reducción en la incidencia acumulativa de carcinoma invasor en el rango de edad de 35-64 años, con diferentes frecuencias de detección.

Reducción en la incidencia acumulativa de cáncer de cuello invasivo en el rango de edad 35-64 años, con diferentes frecuencias de detección

Frecuencia de detección	Porcentaje de reducción en la incidencia acumulativa	Número de pruebas por mujer en el período de los 35 a los 64 años
1 año	93	30
2 años	93	15
3 años	91	10
5 años	84	6
10 años	64	3

Fuente: Miller A. B. *Cervical cancer screening programmes – managerial guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.

Explique de qué forma estos datos pueden ser usados para tomar decisiones acerca del grupo de edad que se incluya en un programa de detección de cáncer de cuello de útero y la frecuencia con que se debe hacer la detección. Por ejemplo, basándonos en la tabla anterior sabemos que si empezamos a hacer detección en todas las mujeres mayores de 45 años deberíamos hacer el test a entre 2.271 y 1.762 mujeres para identificar una mujer con la enfermedad, suponiendo una cobertura del 100%. Podemos hacer cálculos para distintos niveles de cobertura y costo de la intervención. Según los recursos disponibles, la detección puede efectuarse una vez en cinco años o una vez en diez años o hasta una sola vez en la vida de la mujer, pero haciendo el esfuerzo de cubrir a cada una de las mujeres mayores de cuarenta y cinco años.



Paso 2:
Lluvia de ideas sobre intervenciones

En esta última parte de la sesión pida a los/las participantes que hagan una lluvia de ideas sobre ejemplos de las intervenciones en sistemas de salud que serían necesarias para que un programa de detección de cáncer de cuello uterino sea efectivo. Mencione los siguientes puntos:

Algunas intervenciones necesarias para un programa de detección de cáncer de cuello uterino incluyen:

- capacitar a los/las proveedores/as de servicios sobre el cáncer de cuello uterino y la lógica de un programa (en qué población hacer detección, con qué frecuencia y por qué)
- asegurar que el equipamiento y los insumos estén disponibles, que sean estériles y que funcionen
- instalar sistemas de referencia para el tratamiento
- instalar un sistema de información sobre salud para monitorear la cobertura, el seguimiento y la derivación de pacientes
- incluir algún tipo de control de calidad
- contratar suficientes prestadoras mujeres (en algunas culturas esto es sumamente importante)
- capacitar a los/las proveedores/as sobre cuestiones técnicas
- capacitar a los/las proveedores/as sobre consejería
- garantizar privacidad a las pacientes
- desarrollar programas educativos para asegurar que la población objetivo acuda a realizarse la prueba de detección (vale la pena destacar que es necesario instruir también a los varones)
- realizar los ejercicios de detección en el tiempo/estación del año que sea conveniente para las mujeres pobres.

Puede hacer referencia nuevamente a la Sesión 2 y a la rueda de sistemas de salud y destacar cuántos de estos puntos que se indican aquí fueron cubiertos en esa sesión.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía

1 Simulación de detección de cáncer de cuello de útero

Se les ha entregado una bolsa con canicas. Ustedes deberán simular la detección en una población extrayendo canicas de la bolsa sin mirar dentro de ella.

Hay cuatro rondas de detección (se sacan canicas cuatro veces). En cada ronda su grupo debe sacar 100 canicas. Separe las canicas de color Y de las de color X. Cuando su grupo haya sacado 100 canicas, cuente las de color Y; éstas representan el número de mujeres enfermas.

Complete la tabla de la siguiente manera:

En la primera columna, **Casos encontrados**, escriba el número de canicas color Y (por ejemplo 12).

En la segunda columna, **Costo de la detección**, escriba \$ 1.000. Esto es porque ha administrado pruebas de detección a 100 mujeres a un costo de \$ 10 por prueba (100 x \$ 10).

En la tercera columna, **Costo de detección y tratamiento**, anote la cifra que obtiene sumando 1.000 al (número de casos detectados x \$ 30). Si el número de casos detectados fuese 12, debería anotar el número $1.000 + (30 \times 12) = 1.000 + 360 = 1.360$.

En la cuarta columna, **Costo por caso detectado**, anote el resultado que obtiene cuando divide 1.000 (de la columna 2) por el número en la columna 1. En el ejemplo que estamos ilustrando sería $1.000 \div 12 = \$ 83,33$

En la quinta columna, **Costo por caso detectado y tratado**, escriba el resultado que obtiene al dividir la cifra de la columna 3 por la cifra de la columna 1: en el ejemplo que damos sería $1.360 \div 12 = 113,33$

El/la facilitador/a le pedirá que diga los resultados al finalizar cada ronda.

Repita este proceso cuatro veces. Al finalizar cada ronda retire todos los casos de enfermedad (canicas color Y). Estas personas ingresan a un plan de tratamiento y ya no son elegibles para la detección. Todos los casos negativos (canicas color X) se vuelven a poner en la bolsa ya que pueden desarrollar la enfermedad entre una ronda y otra y por lo tanto son elegibles para la detección. Para simular la existencia de casos positivos que aparezcan entre rondas, el/la facilitador/a pondrá nuevamente en la bolsa tres de los casos de enfermedad (canicas color Y).

	Casos encontrados	Costo de la detección	Costo de la detección y el tratamiento	Costo por caso detectado	Costo por caso detectado y tratado
1era. ronda					
2da. ronda					
3era. ronda					
4ta. ronda					

SESIÓN

5

**Trabajadores de la salud
por el cambio: una herramienta
de gerenciamiento en salud****Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión****Al finalizar la sesión los/las participantes habrán:**

- tenido la experiencia de la aplicación de una herramienta para el gerenciamiento de los servicios de salud
- explorado el aspecto interpersonal (proveedor/a-usuario/a) de la calidad de la atención dentro del marco del sistema de servicios de salud y desde la perspectiva de género.

**1 hora y 15 minutos****Materiales**

- Se entrega a cada participante una copia del manual: *Trabajadores de la salud por el cambio: guía de talleres para mejorar la calidad de la atención*. Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, ISBN: 92 75 32303 8. Se puede obtener en la OPS.
-
- Guía: “*Trabajadores de la salud por el cambio. Talleres sobre los obstáculos para una buena calidad de la atención*”.

Lecturas para el/la facilitador/a

1. Organización Panamericana de la Salud. *Trabajadores de la salud por el cambio: guía de talleres para mejorar la calidad de la atención*, 1999. (En reemplazo de: Fonn, S. y Xaba, M. *Health Workers for change*. Johannesburgo y Ginebra, Women's Health Project y Organización Mundial de la Salud, 1995.)
2. Washington O. O. et al. The impact of *Health Workers for Change* in seven settings: a useful management and health system development tool. *Health Policy and Planning*, 2001, supplement to 16.
3. Vlassoff C. y Fonn S. *Health Workers for Change* as a health systems management and development tool: conclusions and recommendations. *Health Policy and Planning*, 2001, supplement to 16.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades. En la primera se muestra una herramienta para el gerenciamiento de los servicios de salud a través de la realización de un taller del Manual *Trabajadores de la salud por el cambio*. La segunda actividad es un aporte sobre el uso de este manual como herramienta para el gerenciamiento en salud. En esta sesión se necesita por lo menos un/a cofacilitador/a para la primera actividad, dado que el taller se realiza simultáneamente en dos grupos.



45 mins

Actividad 1:

La demostración

Va a necesitar un espacio o sala adicional para esta sesión porque deben realizarse dos talleres del manual *Trabajadores de la salud por el cambio* (TSPC) en forma simultánea.

Divida a los/las participante en dos grupos. Sería ideal que cada grupo tuviera por lo menos diez participantes. Cada grupo realizará un taller de TSPC. Si tiene el manual *Trabajadores de la salud por el cambio*, léalo y elija el ejercicio que encuentre más adecuado a las circunstancias locales y luego desarrolle ese taller.

Si no tiene el manual puede usar el taller que se incluye en la guía.

La guía del taller de TSPC indica cómo realizar el taller y facilitar la discusión. Puede seguir esas pautas y también hacer referencia a la rueda del sistema de atención de salud de la sesión 2. Usted y el/la cofacilitador/a deben realizar el mismo taller en salas separadas. Los talleres deben durar aproximadamente cuarenta y cinco minutos y al finalizar todos/as los/las participantes deben volver a reunirse.



30 mins

Actividad 2:

Información sobre *Trabajadores de la salud por el cambio*

Con todo el grupo reunido, dé información sobre los talleres de *Trabajadores de la salud por el cambio* como una estrategia de gerenciamiento para influir en las relaciones entre proveedores/as y usuarios/as. Para preparar esta clase utilice la síntesis que se incluye a continuación y las lecturas.

Qué incluir en su presentación

Respuesta a una de las consecuencias de la reforma del sector salud

La reforma del sector salud, actualmente en curso en muchos países en desarrollo, ha generado recortes en el gasto en salud. Al mismo tiempo, se supone que estas reformas deben abordar el problema de la deficiente calidad de los servicios y mejorar el acceso para la gente pobre.

Es probable que los trabajadores/as de la salud que cobran salarios bajos, y que trabajan en un medio de recursos limitados y de escasez de insumos y equipamiento, estén deprimidos. Aun así, la reforma requiere que el personal de todos los niveles de atención acepte e implemente los nuevos sistemas.

El manual *Trabajadores de la Salud por el cambio: guía de talleres para mejorar la calidad de la atención* fue desarrollado teniendo en cuenta esta situación.

Abordando el aspecto interpersonal de la calidad de la atención

Trabajadores de la salud por el cambio (TSPC) comenzó como una iniciativa para comprender, desde el punto de vista de los/las proveedores/as de la salud, por qué las relaciones entre proveedores/as y usuarios/as son muchas veces negativas. El objetivo de esta iniciativa fue desarrollar una intervención para mejorar el ambiente en el cual se provee la atención.

La intervención de TSPC para abordar la calidad de la atención se desarrolló mediante una serie de investigaciones. Estas investigaciones incluyeron estudios con trabajadores/as de la salud en sectores rurales de Sudáfrica; un estudio de aceptabilidad en cuatro países africanos; y una evaluación de impacto en siete centros de atención primaria en África y la Argentina.

Una oportunidad para reflexionar acerca del comportamiento y las actitudes

TSPC consiste en una serie de seis talleres. La metodología apunta principalmente al planteamiento de problemas, donde los/las trabajadores/as de la salud reflexionan acerca de las condiciones en las que trabajan. Cada actividad conduce a una discusión sobre la relación proveedor/a-usuario/a.

TSPC se basa en métodos de aprendizaje participativos que permiten a los/las participantes reflexionar sobre su comportamiento en un espacio que no sea amenazador para ellos. Los ayuda a separar el comportamiento de la intención y les brinda una oportunidad para pensar sobre un cambio de conductas y actitudes.

La perspectiva de los determinantes sociales promueve el cambio de comportamiento

La metodología del taller también ubica a los proveedores/as y usuarios/as de los servicios dentro de sus respectivos contextos sociales. Al mismo tiempo, se intenta ayudar a los/las proveedores/as de servicios a comprender los distintos determinantes sociales, culturales y económicos de la salud. Este abordaje es muchas veces ignorado en la capacitación de los/las trabajadores/as de la salud y en la forma en que se ofrecen los servicios. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, los/las proveedores/as pueden entender el comportamiento de los/las usuarios/as como una respuesta a ciertas circunstancias sociales más que por efecto de la ignorancia o como una negativa a cumplir las indicaciones del/la trabajador/a de la salud. Con esta perspectiva, los/las proveedores/as toman conciencia acerca de su propio comportamiento de culpabilización de las víctimas, y los métodos como las dramatizaciones también les ayudan a que desarrollen empatía con los/las pacientes. Todo esto sirve para promover cambios de comportamiento.

La dimensión de las relaciones de género

La serie de talleres de TSPC trata específicamente el tema de las relaciones de género. Esto contribuye a que los/las proveedores/as comprendan los factores que afectan la salud y los comportamientos de búsqueda de atención de la salud de mujeres y varones. Cuestiones como el control en la toma de decisiones o en la asignación de los recursos, o cuestiones como el derecho a controlar el propio cuerpo (por ejemplo la necesidad de pedir permiso para acudir a un servicio de salud, utilizar dinero para transporte, o usar un método anticonceptivo) se suman a una dimensión previamente no explorada de las limitaciones que las mujeres muchas veces deben enfrentar en relación con su salud.

Ideas para la acción

Los talleres culminan con el desarrollo de una lista de acciones prioritarias que los propios trabajadores de la salud pueden propiciar en sus lugares de trabajo.

Resultados de la vida real

Una investigación sobre el impacto de la implementación de TSPC en siete centros de atención primaria mostró que:

- En cinco de los siete centros hubo una disminución en el tiempo total que los/las usuarios/as pasan dentro de la clínica.
- En cuatro de los siete centros mejoraron las interacciones entre proveedores/as y usuarios/as: interacciones más respetuosas, mejores explicaciones de las condiciones de salud o del régimen de medicamentos, atención más rápida, mayor disponibilidad de medicamentos, mayor privacidad, y falta de necesidad de pago de sobornos.
- Las mejoras en los centros de salud o clínicas incluyeron: mejor trabajo en equipo, implementación de los cambios identificados en los talleres de TSPC, realización de reuniones para planear actividades, e iniciativa del personal para resolver problemas.
- A nivel del sistema ocurrieron algunos cambios positivos. Por ejemplo más cantidad de visitas de supervisión, mayor participación del personal en la elaboración del presupuesto y en el mejoramiento del funcionamiento (mejoras en la adquisición de los medicamentos y en la administración de los fondos controlados por el centro o clínica).

TSPC es un método comprobado para abordar el aspecto interpersonal de la calidad de la atención e ilustra que el buen gerenciamiento significa crear un ambiente en el cual el personal siente que tiene voz en la toma de decisiones y siente también que es tratado con respeto. Si esto ocurre es más probable que ellos a su vez traten a los/las pacientes con respeto. Un gerenciamiento participativo conlleva sensibilidad y comunicación con los/las usuarios/as, cualidades esenciales para proveer servicios de salud de calidad.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía *Trabajadores de la salud por el cambio.*

1 Talleres sobre los obstáculos para una buena calidad de la atención

Fuente: Fonn, S. y Xaba, M. *Health Workers for change*. Johannesburgo y Ginebra, Women's Health Project y Organización Mundial de la Salud, 1995: 47-55.

Superación de los obstáculos en el trabajo

Objetivo

Investigar los factores que los trabajadores de la salud identifican en sus trabajos y que pueden afectar la relación con los/las usuarios/as.

Antecedentes

Los/las trabajadores/as de la salud trabajan dentro de un sistema de salud y a menudo tienen poco poder en la toma de decisiones o en el control de sus actividades diarias. En muchos sistemas la administración suele ser lenta o deficiente y esto genera frustraciones comprensibles en los/las trabajadores de la salud. Además, no contar con medicamentos y cobrar los salarios en forma irregular constituyen problemas reales.

En este taller buscamos descubrir, desde el punto de vista de los/las trabajadores/as de la salud, los problemas que tienen en el trabajo y qué les da satisfacción. También queremos definir los factores que están fuera de su control y aquellos que están dentro del campo de decisiones que pueden tomar. Si queremos que los/las trabajadores/as de la salud traten con respeto a los/las usuarios/as, entonces ellos/as también deben ser respetados/as.

Uno debe ser respetado para poder respetar a los demás. Es por ello que creemos que estos talleres se aprovechan mejor en situaciones de los servicios de salud donde resulte posible generar cambios. Sin embargo, también hay cosas que se pueden hacer para que los/las trabajadores/as de la salud estén más satisfechos/as con su trabajo aunque no se produzcan grandes cambios en el

Materiales necesarios	Tipo de actividad	
Tarjetas de papel, 10 x 10 cm, numeradas del 1 al 5, 5 por participante	Explicación del ejercicio	10 minutos
1 lapicera por persona	Trabajo en pequeños grupos	20 minutos
5 láminas y un marcador	Conteo	15 minutos
Cinta adhesiva	Discusión de los resultados del ejercicio	15 minutos
Una caja pequeña, jarro o sombrero		

servicio.

- **Método**
- **Síntesis**
- **Presentación de los objetivos**
- **División de los/las participantes en subgrupos**
Vuelta al grupo general para hacer el ranking de problemas identificados
- **utilizando “la técnica del papel de Jinja”**
Discusión grupal

1. Presente la sesión diciendo:

“En esta sesión vamos a tratar de analizar qué problemas tienen los/las trabajadores/as de la salud. A menudo los/las investigadores/as preguntan a los/las pacientes qué problemas tienen, pero rara vez se lo preguntan a los/las trabajadores/as de la salud. Nos gustaría saber qué problemas tienen ustedes en el trabajo y también cómo creen que esos problemas afectan su relación con las pacientes mujeres.”

2. Divida a los/las participantes en subgrupos.

Creemos que la mejor manera es dividir a los/las participantes en subgrupos por su rol o categoría en el servicio de salud ya que las personas que ocupan puestos similares tienen problemas similares. Sin embargo, también puede dividirlos al azar, en grupos de tres o cuatro personas. Pida a los grupos que discutan sobre qué cosas facilitan u obstaculizan el buen desempeño de su trabajo. Camine entre los grupos y ayúdelos a generar la lista. No es necesario que escriban todo. El propósito del ejercicio en pequeños grupos es que todos comiencen a pensar.

3. Los/las participantes vuelven al grupo general. Entregue a cada persona cinco tarjetas numeradas del uno al cinco.



En cada tarjeta deberán escribir un problema u obstáculo. El más importante deberán escribirlo en la tarjeta “5”, el segundo en importancia en la “4” y así hasta llegar a la tarjeta “1”, en la que deben escribir el problema de menor importancia. No deben poner sus nombres en las tarjetas.



Recoja las tarjetas. Colóquelas dentro de un jarro, una caja o un sombrero, y sáquelas de a una por vez. Lea en voz alta cada uno de los problemas y el número que se le ha asignado. Solicite voluntarios/as que lleven un registro de los problemas que usted va nombrando y el valor asignado a cada uno. Entonces si “salarios” es uno de los problemas, uno/a de los voluntarios/as escribe la palabra “salarios” en su hoja de papel y “5” o “3” o cualquiera sea el valor del problema. Ese/a voluntario/a repite esto cada vez que se nombre el problema “salarios”. Otro/a voluntario/a registrará los problemas categorizados como “equipamiento”, otro/a “relaciones del personal”, etc. Trate de agrupar los problemas apropiadamente. Por ejemplo, “guantes”, “medicamentos” y “frazadas” se agruparán como “equipamiento e isumos”.



Luego de leer todas las tarjetas, pida a los voluntarios que calculen el total de su problema. Le deben decir los resultados en voz alta y usted los anota en una lámina en orden de importancia.



Variación

Para ayudar a quienes no pueden escribir, deberá acercarse a cada individuo y escribir los problemas que nombre en la tarjeta apropiada. Asegúrese de que la persona tenga privacidad para hablarle y si es necesario salga afuera del salón con esa persona. Recuerde que como facilitador/a no debe juzgar lo que los/las participantes dicen. ¡Simplemente muestre una expresión facial neutra y escriba lo que le dicen!

4. Pregunte al grupo si en general está de acuerdo con el orden en el que aparecen los problemas.

No se trata de tener una discusión detallada sino de generar un estímulo para la discusión. Yendo del punto más importante al menos importante, pida al grupo que describa las maneras en que esos problemas afectan sus relaciones con las pacientes mujeres.

Esta idea fue desarrollada y probada en grupo cuando estábamos reunidas en Jinja, Uganda, preparándonos para realizar un estudio multicéntrico en África. Es por ello que la llamamos "la técnica del papel de Jinja".

Haga un resumen repasando lo que se ha tratado en el taller, describa los puntos principales que hayan surgido en la sesión y asegúrese de que el grupo esté de acuerdo con el resumen.

Finalice conectando este taller con el siguiente, refiriéndose al diagrama del proceso del taller y aclarando las conexiones entre los talleres.

Informe

Presente la lista que ha elaborado junto con el grupo y diga el puntaje acumulado de cada problema para que quede claro el ranking. Si durante el taller combinó varios temas bajo una categoría general, explique qué es lo que constituía cada problema. Por ejemplo, deberá incluir: escasez de medicamentos, deficiente mantenimiento del equipamiento y balanza rota bajo la categoría “recursos inadecuados”. Debe explicar esto en su informe para que al lector le quede claro qué recursos son inadecuados; de lo contrario no sabrá cómo responder para corregir la situación.

Experiencias en talleres anteriores

Esta combinación proviene de todos los países en los que hemos trabajado:

- salarios bajos
- equipamiento e insumos inadecuados
- sobrecarga de trabajo
- infraestructura pobre
- malas relaciones entre el personal de la clínica
- no hay teléfono

En la discusión acerca de cómo estos problemas pueden afectar la relación entre trabajadores de la salud y usuarios/as, algunas de las cuestiones que hemos aprendido son:

“Si me pagan el salario tarde, es un problema mío, pero cuando voy a trabajar se vuelve un problema de la paciente. Ella me debe pagar un extra para que la atienda. A veces no entrego suficientes medicamentos. Sé que no se va a morir, pero no mejorará y deberá regresar y volver a pagar”.

Uno de los investigadores que usó este método dijo,

“De alguna manera, al hacer esto la gente se abre. Me han dicho cosas tan sorprendentes, es mucho mejor que otros métodos que he utilizado para obtener información”.

Soluciones

Objetivo

Combinar todo lo aprendido en los diferentes módulos y concluir planificando acciones que se puedan realizar para mejorar la calidad de la atención.

Antecedentes

El objetivo de esta serie de talleres es sensibilizar a los/las trabajadores/as de la salud sobre las necesidades de salud de las mujeres, y saber, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, cómo ellos mismos ven su propio trabajo. Si los talleres han tenido éxito habrá al menos algunos cambios, aunque sean pequeños, que los/las trabajadores/as de la salud querrán implementar para mejorar las cosas. Los cambios pueden ser relativos a las condiciones de trabajo, cosas que los trabajadores de la salud quieren para ellos mismos, y que afecten la forma en que se relacionan con los/las usuarios/as, o cambios que afecten a los/las usuarios/as directamente. En este taller queremos probar y afirmar estas ideas. Por supuesto que algunas cuestiones están fuera del control de los/las trabajadores/as de la salud, pero otras no. Abordaremos ambas. La motivación

para este taller es que los/las trabajadores/as de la salud sientan que existen caminos abiertos para que puedan realizar determinadas acciones. Y que si tienen voluntad, ellos mismos pueden cambiar las cosas -que tienen poder para hacer algo-.

Materiales necesarios	Tipo de actividad	
Materiales para el juego de formación de equipo	Juego de formación de equipo	30 minutos
Síntesis de los otros talleres (véase instrucciones en "Método" más abajo)	Síntesis de los hallazgos de los talleres previos	10 minutos
Hojas en blanco	Formación de grupos para discutir las soluciones	45 minutos
Marcador	Discusión grupal acerca de las soluciones	15 minutos
Cinta adhesiva		

Método

Síntesis

- **Juego de formación de equipo**
- **Revisión de la lista que usted ha preparado**
- **Discusión grupal para elaborar una lista de cosas posibles que se pueden hacer**

Para prepararse para este taller, debe revisar los talleres previos y escribir todos los factores de cada taller que los/las trabajadores/as han identificado que influyen, de algún modo, sus interacciones con los/las usuarios/as. De un taller usted podría escribir "hago este trabajo para sostener a mi familia", además de todas las otras cosas que puedan surgir. De otro taller podría indicar "conflictos interpersonales", etc. Finalmente, usted tendrá una lista completa de los factores que surgieron.

1. Comience con un juego de formación de equipo (véase anexo).
2. Tenga la lista que preparó, pero sólo como una ayuda. Luego recuerde al grupo el tema de cada taller (utilice el diagrama del proceso del taller) y pídale que elaboren una lista de acuerdo con lo que se acuerden. Puede agregar de la lista que usted preparó todo lo que no es recordado por el grupo. Cuando el grupo no recuerde un tema, usted puede decir: "Revisé mis anotaciones, y otras cosas que surgieron fueron... ¿Puedo agregarlas a nuestra lista?". Una vez que haya recopilado la lista de factores, agrúpelos por temas. Puede juntar todas las ineficiencias relacionadas con el trabajo y hacer otro grupo de temas relacionados con la comunicación con los/las usuarios/as. Esto depende de lo que haya surgido de los talleres previos.

Variación

Si se está terminando el tiempo, puede sacar la lista que ha preparado y decirles a los/las participantes "Revisé todos nuestros talleres previos e hice una lista de los temas que surgieron. ¿Puedo listarlos y ustedes agregan lo que me haya olvidado?". Luego indique los temas. Puede escribirlos en el diagrama del proceso de los talleres y relacionarlos con líneas con los talleres correspondientes, como se ilustra a continuación. Luego liste los temas y marque con flechas las relaciones, tal como se ilustra a continuación.



3. Divida al grupo en pequeños subgrupos y dé a cada subgrupo algunos de los temas. Pídale que discutan qué intervenciones se podrían hacer para corregir esas cuestiones. Puede entregar a cada grupo una lámina de papel para que escriban sus ideas. Resulta útil usar dos láminas (véase abajo), una con el título "cosas que podemos hacer nosotros a nivel de nuestro servicio de salud" y "cosas que se pueden hacer fuera de este servicio de salud". Pida a los grupos que establezcan plazos para las intervenciones que les gustaría implementar.

Haga una síntesis repasando todo lo que se ha tratado en el taller, describa los puntos principales que surgieron en la sesión y asegúrese de que el grupo esté de acuerdo con su síntesis. Discuta con el grupo cómo harán para llevar a cabo las intervenciones y dígales qué es lo que usted hará. Por ejemplo, escribirá un informe o presentará los resultados a los directores del servicio de salud.

Agradezca a todos/as por participar.

Redacción del informe

Debe indicar todas las acciones identificadas por los/las participantes. Recuerde incluir quién creen ellos que debe realizar la acción. Si usó láminas en los talleres, lo que esté escrito en ellas será la base de su informe. En este taller se intentó que los/las participantes hicieran planes reales para posibilitar cambios. Si han establecido plazos para llevar a cabo las acciones, inclúyalos en su informe.

Cosas que podemos hacer en el servicio de salud	Qué hacer	Plazo	
	Cosas que se pueden hacer afuera del servicio de salud	Quién lo puede hacer	Plazo

Experiencias de talleres anteriores

“Para los problemas estructurales como medicamentos e insumos, alojamiento, transporte, agua, electricidad y cursos de actualización, los/las trabajadores/as de la salud recomendaron que el gobierno revisara la situación con el propósito de mejorar toda la red del sistema de atención de la salud. Si esos problemas no son tratados en forma adecuada y colectiva, la situación de los/las pacientes empeorará, y el rol de los/las trabajadores/as de la salud como proveedores/as de atención continuará siendo ineficaz.”

“Los/las trabajadores/as de la salud expresaron que pueden cambiar sus actitudes si se llevaran a cabo acciones para abordar sus problemas en el trabajo y aliviar su situación.”

“A pesar de los problemas, los/las trabajadores/as de la salud señalaron que estos problemas tienen solución. Sugirieron que por ejemplo, se debería modificar la currícula de la capacitación que reciben.”

Cosas que se pueden hacer en el servicio de salud	Qué hacer
Falta de personal	Pedir que se creen más puestos. Ayudar a ubicar a personas que puedan ocupar las vacantes que existen.
Falta de apoyo de la dirección a nivel del hospital	Desarrollar un método para que se expresen las quejas y para establecer qué hacer cuando no hay respuestas a las quejas. (En Uganda, una sugerencia fue discutir el problema con el comité del centro de salud y hacer que éste participe en la queja.)
Conflictos entre el personal de la clínica	Realizar reuniones mensuales para discutir los problemas. Pedir a una ONG que realice un taller de solución de conflictos.
Los/las pacientes no siguen nuestros consejos	Pedir que se realice un taller sobre comunicación.
Infertilidad, sexualidad adolescente, violencia contra las mujeres	Realizar en el servicio capacitación sobre consejería.

SESIÓN

6

La evaluación de servicios como una herramienta para el gerenciamiento del sistema de salud

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- comprenderán de qué manera se pueden usar los registros de la organización y la utilización del tiempo en una clínica (por parte del personal y de los/las pacientes) como una herramienta de gerenciamiento para promover la prestación de servicios integrados
- conocerán ejemplos en los que se ha logrado mejorar el acceso y la calidad de los servicios con los presupuestos existentes
- apreciarán el valor de los métodos de investigación y de estilos de gerenciamiento participativo.



1 hora y 45 minutos

Materiales

- Guía 1: "Diseño del estudio"
- Guía 2: "Datos preintervención"
- Guía 3: "Acciones"
- Guía 4: "Datos posintervención"

Cómo conducir la sesión

Esta sesión se basa en una intervención en sistemas de salud realizada en Sudáfrica (Tint K. S.; Fonn S. y Ketlhapile M. *Time Flow and Work Load Study*. Northern Province. Johannesburgo, Women's Health Project, University of Witwatersrand, 1999 (documento inédito) y utiliza datos reales de una de las clínicas. La actividad consiste en leer y discutir en pequeños grupos con aportes del/de la facilitador/a. Debe ser realizada en cuatro pasos, en cada uno de los cuales los pequeños grupos leen la información de una guía y luego la discuten con el/la facilitador/a. Después de que los grupos hayan leído y discutido cuatro guías de esta forma, hay una discusión general para concluir.

Actividad: El estudio de caso



20 mins

Paso 1: El diseño del estudio Divida el grupo en pequeños grupos de aproximadamente cinco personas. Presente la actividad a los/las participantes y mencione que los datos de las guías provienen de un estudio llevado a cabo por el Women's Health Project, y que no se trata de un estudio hipotético.

Entregue a cada participante una copia de la Guía 1 "Diseño del estudio". Tienen diez minutos para leerla y discutir las preguntas.

Luego continúe con una discusión grupal basada en las preguntas. (Los/las participantes permanecen en pequeños grupos.)

Qué incluir en la discusión Pregunte a los/las participantes qué quiere decir para ellos/as el término "participativo" y qué es lo que hace que la intervención descrita en la Guía 1 sea participativa.

Pueden identificar las siguientes características de una intervención participativa:

- los/las trabajadores/as de la salud participaron en la identificación del problema
- pleno consentimiento informado
- se les mostraron los resultados a los/las trabajadores/as de la salud y se les pidió que opinaran si las observaciones eran correctas
- los/las trabajadores/as de la salud participaron proponiendo soluciones e intervenciones
- el personal participó en la recolección y el análisis de datos. En otras palabras (usando la terminología del Módulo de Políticas), participaron en la identificación del problema y en la búsqueda de una solución.

En una oportunidad los/las participantes discutieron sobre la falta de participación de los/las usuarios/as y destacaron que por esto el proceso no es considerado completamente participativo.

¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades de las intervenciones participativas?

Fortalezas

- se puede contar con el compromiso de los/las trabajadores/as de la salud y su participación para hacer posible el cambio
- percibirán que los resultados les pertenecen y es más probable que la intervención se sostenga
- contribuirá a la construcción y al fortalecimiento de los equipos.

Debilidades

Las intervenciones participativas requieren gran cantidad de tiempo y esfuerzo.



30 mins

Paso 2: Datos preintervención Luego de esta discusión distribuya a todos/as los/las participantes la Guía 2: "Datos preintervención". Los/las participantes tienen quince minutos para leer el material y discutir las preguntas. Del mismo modo que en las actividades anteriores, continúan sentados en pequeños grupos cuando contestan las preguntas que usted irá formulando al grupo general.

Qué incluir en la discusión Comience hablando de la frustración y la incomodidad que sienten los/las pacientes debido a las largas esperas, el corto tiempo de la consulta y la falta de privacidad.

Luego centre la discusión en la forma en que el personal utiliza su tiempo en tareas no específicas, mientras que el número de pacientes que atiende cada proveedor/a es bastante bajo. Es probable que esto haga que los/las proveedores/as sientan que su tiempo se utiliza de manera ineficiente. Pueden sentirse estresados por las largas colas de pacientes esperando. Además, algunos miembros del personal tienen menos trabajo mientras que otros tienen mucho que hacer. Puede haber mucho personal descontento.

Cierre la discusión con sugerencias de intervenciones que puedan ser implementadas por el personal de la clínica:

- Integrar los servicios: ¿un miembro del personal puede proveer más de un servicio en su consultorio o espacio físico donde trabaja?
- Reducir el personal debido a la desproporción pacientes/personal
- Intentar reducir el tiempo que se emplea en actividades no específicas
- Hacer más trabajo extramuros en la comunidad.



15 mins

Paso 3: Acciones Distribuya la Guía 3 sobre las acciones que fueron realizadas por el personal de la clínica. Los grupos leen la guía y la discuten en quince minutos. Esta lectura no se discute con el grupo general.



40 mins

Paso 4: Los datos posintervención Distribuya la Guía 4 con los datos posintervención y las preguntas para la discusión. Los grupos tienen veinte minutos para leer la guía y discutir las preguntas. Luego, los grupos permanecen sentados igual que antes y responden las preguntas que irá haciendo a todo el grupo.

Qué incluir en la discusión

Mejoras generales

Las primeras preguntas para la discusión son directas. Las cosas han mejorado, y los indicadores tales como el tiempo de espera, la utilización del tiempo y la duración de la consulta así lo demuestran.

¿Pero y las mujeres?

Una crítica con visión de género es un poco más interesante. Para comenzar, los datos de utilización del tiempo, el tiempo destinado a la consulta y el tiempo de espera en minutos no han sido presentados por sexo, dificultando la estimación general del impacto de género de las intervenciones.

Sin embargo, al estar los servicios integrados, es probable que las mujeres se hayan beneficiado. El hecho de haber incorporado la atención de partos parece haber aumentado el acceso de muchas mujeres a la atención de la salud.

Tal vez la cuestión de género más obvia es el tiempo. En muchos países el tiempo de las mujeres es visto como infinitamente expansible. Las mujeres tienen tiempo para llevar a sus hijos a los servicios de salud aunque éstos sean ineficientes e impliquen una larga espera. Aumentar la eficiencia de los servicios beneficiará a las mujeres (que cargan en forma desproporcionada con el peso del trabajo doméstico, el cuidado de los niños, etc.).

Satisfaciendo las necesidades prácticas de las mujeres

En este módulo, con frecuencia hemos dicho que debido a que las mujeres concurren a los servicios de salud cuando están sanas –para servicios relacionados con el embarazo y el parto, y para anticoncepción– y porque se espera que sean las cuidadoras de la familia, son ellas –más que los varones– las que sufren las consecuencias de servicios de salud ineficaces. Ésta es una cuestión de género ya que se relaciona con los roles esperados

de las mujeres. Mejorar el funcionamiento de los servicios de salud es una necesidad para la sociedad en general. Sin embargo, los beneficios servirán para satisfacer las necesidades de las mujeres. Este abordaje trata de reconocer las desigualdades en la sociedad. Si bien no cuestiona las normas de género, las tiene en cuenta, y por lo tanto satisface las necesidades prácticas de las mujeres.

Puntos principales para cerrar la sesión

La “pertenencia” alienta la acción

El personal de la clínica participó en el análisis de los datos. Esto ayudó a que se adueñaran de los resultados y por lo tanto es más probable que emprendan acciones. Éste es uno de los principios más importantes de los métodos participativos.

Datos duros

Las discusiones sobre la organización de la clínica se basaron en datos y no en percepciones o sentimientos individuales. Se privilegiaron los datos objetivos. Estos datos no estaban vinculados a ninguna persona. Además, la gente tenía que respaldar sus opiniones con datos.

Los datos se presentaron sin demostrar pasiones o emociones y sin culpabilizar a las víctimas. Ésta es una forma de ser respetuoso y de que la gente esté más dispuesta a escuchar.

En las situaciones donde persisten las diferencias de género en las cargas de trabajo del personal femenino y masculino, ésta es una manera de crear conciencia sobre el tema en una forma que no resulte amenazadora.

La búsqueda de soluciones desarrolla habilidades y crea confianza

El hecho de que el personal pudiera elaborar sus propias soluciones ayuda a desarrollar habilidades para resolver problemas y permite cierta creatividad, y puede conducir también a que el personal esté más conforme con su trabajo. Además, las personas adquieren nuevas habilidades que pueden aplicar para resolver otros problemas.

Por lo general el personal gana confianza en sí mismo. Si se los apoya y se les permite innovar, pueden aplicar algunas de las habilidades aprendidas mediante este ejercicio en otras áreas de su trabajo.

Una alternativa a los métodos verticales

Para un administrador de un servicio o planificador, este tipo de método –utilizar datos para la toma de decisiones, permitir que la gente analice su propia situación y elabore sus propias soluciones– es una buena opción. Es una alternativa a los métodos de trabajo verticales.

Crear conciencia acerca del impacto sobre las mujeres

Este método se puede utilizar para crear conciencia acerca del desproporcionado impacto que la ineficiencia de los servicios de salud tiene sobre las mujeres.

Sesión desarrollada por Khin San Tint y Sharon Fonn



Guía

1

Diseño del estudio

Este estudio de caso presenta las estrategias utilizadas para facilitar el proceso de provisión de servicios de salud reproductiva comprehensivos e integrados con servicios de atención primaria en Sudáfrica.

Servicios integrados

El término “servicios integrados” se refiere a una situación en la que un/a proveedor/a puede brindar una variedad de servicios a un/a usuario/a durante la consulta. De esa forma, una persona puede venir a buscar un método anticonceptivo, hacer una pregunta sobre algún síntoma, como por ejemplo tos a la noche y traer a su hijo para que se vacune, todo en la misma visita al centro de salud. Los servicios integrados aumentan el acceso a los servicios para las mujeres y los grupos vulnerables, dado que sus necesidades de salud pueden ser atendidas en una sola visita. También es una oportunidad para ofrecer servicios adicionales a una persona. Por ejemplo, a una mujer que trae a su niña para que reciba inmunizaciones, una vez que está en el consultorio con el/la proveedor/a, también se le puede preguntar si ella tiene algún problema de salud, si necesita un método anticonceptivo o si tiene algún síntoma de alguna enfermedad (desde TB hasta infecciones de transmisión sexual, según sea apropiado). Esto reduce las oportunidades de atención perdidas.

Los/las proveedores/as de la salud creen que los servicios integrados requieren personal adicional

El Ministerio de Salud de Sudáfrica está desarrollando servicios de atención primaria comprehensivos en los distritos. Por lo tanto, el ambiente en el que se formulan las políticas es propicio para este tipo de intervención. Sin embargo, ésa no es la realidad actual en la mayoría de las clínicas. Hay muchas razones por las que los/las proveedores/as de la salud creen que deben contratar nuevo personal para implementar servicios integrados. Su noción de servicios integrados es proveer todos los servicios básicos, como planificación familiar, atención prenatal, servicios de salud infantil y tratamiento de enfermedades menores y enfermedades crónicas, independientemente de cómo se organizan estos servicios y en qué momento se proveen.

La intervención

1. Se informó al personal de la clínica y a los/las pacientes acerca de la recolección de datos que se proponía hacer y se obtuvo su consentimiento para proceder.
2. Se recolectó información sobre el tiempo que los/las pacientes debían esperar para ser atendidos/as, la duración y el motivo principal de la consulta.
3. Se observó el trabajo del personal y el empleo del tiempo se clasificó de la siguiente forma:
 - atención directa (cara a cara con los/las pacientes)
 - atención indirecta (realización de tareas que son necesarias para poder brindar atención, por ejemplo, hacer los pedidos de medicamentos, completar los registros de estadísticas, etc.)
 - tiempo de descanso (descansos oficiales, por ejemplo el almuerzo)

- actividades no específicas (no hacer ninguna tarea productiva en horas de trabajo, por ejemplo, hablar con amigas, quedarse sentado/a sin hacer nada, etc.).
- 4. Se tomó nota de cómo estaba organizada la clínica, para qué se usaban cada uno de los ambientes, el equipamiento y las instalaciones de las que se disponía, cómo se movilizaban los/las pacientes de un espacio al otro, si los/las pacientes sabían adónde ir para obtener lo que buscaban, etc.
- 5. Todos los datos fueron analizados en el lugar y el método de análisis y los resultados fueron discutidos con el personal.
- 6. El personal observó los datos y opinó si eran correctos o no y dio razones para explicar por qué las cosas funcionaban así.
- 7. Se recordó al personal que se suponía que los servicios debían brindar atención comprehensiva integrada, lo cual significa que todos los servicios deben estar disponibles todos los días y ser provistos por un/a mismo/a proveedor/a en un mismo consultorio. Hubo una amplia discusión sobre el significado del término “integrados” y fue necesario aclararlo, al igual que las razones por las cuales se lo promovía como un buen sistema de atención.
- 8. Utilizando los datos recolectados, el personal identificó qué era lo que funcionaba bien y las mejoras que se podían realizar.
- 9. El personal identificó las intervenciones que quería implementar e indicó lo que se necesitaba para que eso ocurriera.
- 10. Se acordó que el personal trataría de implementar algunos cambios con el apoyo de la dirección.
- 11. El equipo de investigación se fue y se acordó que regresarían en seis u ocho meses para repetir la recolección de datos y ver si se había producido algún cambio.

Preguntas

- Esta intervención se describe como participativa. ¿Cuáles son los elementos que la hacen participativa?
- ¿Cuáles cree que son las fortalezas y las debilidades de las intervenciones participativas?



Guía

2 Datos preintervención

Éstos son algunos datos del estudio preintervención.

Organización de la clínica

- Las clínicas brindaban servicios verticales; se prestaban servicios específicos en distintos horarios del día, por diferentes proveedores/as en distintos consultorios, aun cuando todo estaba bajo el mismo techo.
- Más del 90% de los/las pacientes recibían un único servicio.
- Esto indica que no se entendía el significado de servicios integrados.

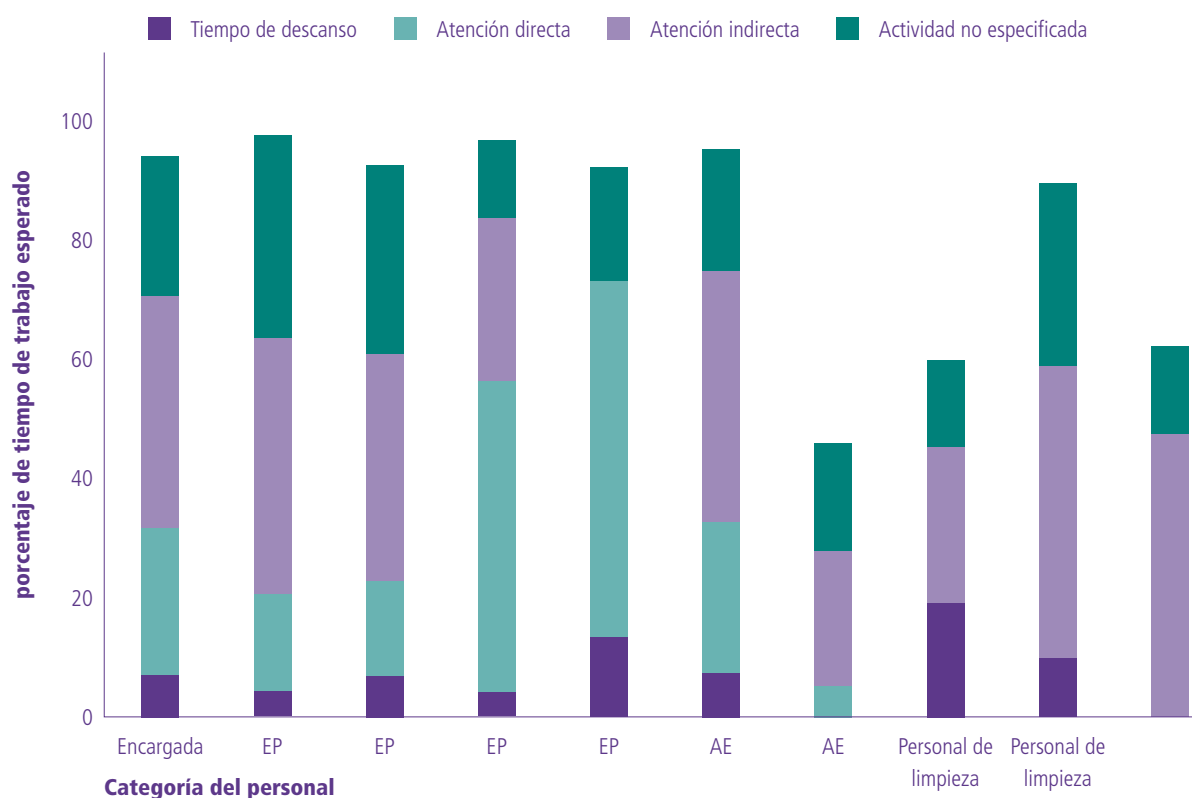
Ejemplos del impacto de este tipo de organización

- Una mujer con un hijo que acudió por planificación familiar para ella y para inmunizaciones para su hijo pasó todo un día en la clínica para obtener ambos servicios. En la mañana tuvo que esperar y hacer la fila en el servicio de salud infantil para que atendieran a su hijo y luego esperó hasta la tarde, que empezaran a atender en el consultorio de planificación familiar.
- En el consultorio de planificación familiar que atiende por las tardes se congregaba a las mujeres jóvenes en un solo consultorio y un médico le aplicaba la inyección de Depo Provera a cada una, mientras permanecían paradas en un círculo. No había privacidad y no se proporcionaba información ni se discutían problemas y tampoco se ofrecían otras opciones anticonceptivas.
- Los controles prenatales se hacían con el sistema de turnos en un día específico de la semana. A una mujer que acudió para el control prenatal se le hizo el tacto en un consultorio, se le controlaron los signos vitales en otro consultorio, y se le aplicó la vacuna antitetánica en otro, y en todo este proceso la atendieron distintos proveedores/as.

Cómo usaba el tiempo el personal de la clínica

La siguiente tabla muestra cómo utilizaba el tiempo el personal. La encargada es la enfermera profesional a cargo de la clínica. EP es la enfermera profesional, que es una persona capacitada para brindar cuidados generales, hacer diagnósticos e indicar tratamientos y realizar controles prenatales y del puerperio. AE es la auxiliar de enfermería. Esta persona tiene una capacitación menor, por lo general registra los síntomas vitales (temperatura y presión arterial, etc.), vacuna a niños, cura heridas, etc. Con supervisión puede realizar otras tareas.

Tiempo individual del personal según actividad en la región occidental (antes de la intervención)



Información adicional sobre el uso del tiempo y la carga de trabajo del personal

- La asistencia total el 13 de agosto de 1998 fue de 155 pacientes.
- La asistencia diaria promedio es de 73 pacientes (sobre la base de datos de los tres meses previos).
- El personal del centro está integrado por 19 personas (9 EP, 5 AE, 2 personas de limpieza y 3 guardias de seguridad).
- La proporción entre personal y pacientes es, en promedio, 7 enfermeras para un total de 73 pacientes, ó 1:11 (la norma para el país es 1:30).
- El tiempo de trabajo real de todo el personal de la clínica como porcentaje de las horas de trabajo esperadas es 80%.
- La proporción de tiempo productivo de todo el personal es 48,1%.
- La proporción de tiempo improductivo de todo el personal es 51,9%.
- La proporción de tiempo del personal utilizado en atención directa a pacientes es 18,9%.
- La proporción de tiempo del personal utilizado en atención indirecta de pacientes es 29,2%.
- La proporción de tiempo del personal utilizada en actividades no específicas es 51,9%.

Datos sobre el tiempo de los/las pacientes

Casos encontrados	Tiempo promedio de espera en minutos	Tiempo promedio de duración de la atención en minutos
Planificación familiar	20	3
Inmunizaciones para niños	38	4
Curaciones	20	7
Control prenatal	74	10
Dolencias menores	35	5

Preguntas

- Si usted fuera un/a paciente que viene a esta clínica, ¿cómo cree que se sentiría (use los datos para respaldar lo que dice) y qué es lo que querría cambiar?
- Si usted fuera una enfermera que trabaja en esta clínica, ¿qué pensaría (use los datos para respaldar lo que dice) y qué desearía cambiar?
- Haga una lista con las intervenciones que el personal de la clínica desearía implementar.
- En su situación, ¿hay proveedores varones y proveedoras mujeres? Si es así, ¿el trabajo se distribuye equitativamente entre ellos/as? Si no, ¿puede describir quién realiza qué trabajos y explicar por qué usted cree que esto es así?



Guía

3

Acciones

Esta guía describe cómo respondió el personal de la clínica a los resultados del estudio preintervención. Éstas son algunas de las cuestiones que fueron aclaradas cuando se discutieron los resultados con el personal.

El tiempo de los/las pacientes

El personal estuvo de acuerdo con que los/las pacientes esperan mucho tiempo. Dijeron que las largas esperas se deben principalmente a que todos los/las pacientes llegan a la mañana temprano. Al mediodía cerca del 70% de los/las pacientes diarios ya han recibido la atención y se han ido. Esto tiene un doble efecto: la clínica está sobrecargada de pacientes, el lugar es incómodo y la gran cantidad de gente que espera hace que el personal se sienta estresado. Sin embargo, un análisis detallado de cómo el personal utiliza su tiempo –cuánto tiempo libre tienen durante todo un día– sugiere que el personal está bajo mucho stress y no tan saturado de trabajo. Manifestaron que ellos/as mismos/as contribuían a que esto ocurriera ya que esperaban a que todos/as los/las pacientes llegaran a la clínica para rezar una oración en conjunto antes de empezar a atender.

El tiempo del personal

El personal reconoció que empleaba mucho tiempo en tareas de atención indirecta: por cada paciente se debían completar por lo menos tres fichas de registros diferentes y esto consume mucho tiempo. Durante unos meses antes del estudio preintervención no hubo agua en la clínica. Como resultado, los servicios de atención de partos y la guardia nocturna habían sido suspendidos. En consecuencia se cambiaron los turnos de trabajo y todo el mundo trabajaba durante el horario diurno.

Si bien el personal decía que ofrecía servicios integrados, reconocieron que de hecho no lo hacían. Dieron muchas razones para esto, entre ellas:

- había algunas tareas que hacía mucho tiempo que no realizaban; si bien estaban capacitados/as para realizar todas las tareas, estaban acostumbrados/as a brindar un solo servicio y les faltaba capacitación y confianza en sí mismos/as para hacer otras tareas
- no había suficientes tensiómetros para tomar la presión en cada uno de los consultorios por lo que sólo lo hacían en un único consultorio
- no tenían suficientes cajas que mantuvieran el frío como para poder tener las vacunas en cada uno de los consultorios sin que éstas perdieran la cadena de frío.

Algunas de las decisiones que tomó el personal

- Solicitar a la dirección que se restableciera de inmediato el suministro de agua.
- Organizar capacitaciones para proveer servicios integrados. Se discutieron las formas en que se puede dar capacitación en el lugar de trabajo. El conocimiento multidisciplinario de cada miembro del personal será compartido con los demás.
- La clínica reorganizará su personal y reubicará a algunas personas para ofrecer servicios integrados.
- El personal de la clínica abrirá más consultorios y cubículos (dos consultorios por ahora) para todo tipo de servicios. También pueden servir para una combinación de servicios de acuerdo con las demandas de la comunidad.

- Se reorganizará el sistema de registro de las historias clínicas.
- Se revitalizará el comité de la clínica.
- La enfermera encargada de la clínica desarrollará un mecanismo para detectar los casos de emergencia que deben ser atendidos antes que los demás. Ésta será parte de una de las iniciativas de capacitación en el trabajo, que incluirá la capacitación de la enfermera encargada, de modo que pueda identificar signos críticos y sepa cuándo es necesario informar a un superior para que actúe de inmediato.
- Se acordó que rezar oraciones es una cuestión personal y que cada uno/a lo podría hacer cuando quisiera; no tenía que ser una actividad grupal.
- Se estableció un sistema para atender por orden de llegada, de manera que todos sepan a quién le toca ser atendido, excepto cuando se trata de pacientes muy enfermos que serán atendidos primero.
- Se introdujo un sistema de “fila rápida”, para que una enfermera entregue medicamentos a las personas que realizan tratamientos prolongados (por ejemplo TB, hipertensión, etc.) y que no van a consultar sino solamente a retirar los remedios.

Preguntas

- ¿Hay en esta lista acciones similares a las que propuso su grupo?
- ¿Cuáles cree que fueron los costos de estas intervenciones? ¿Son gastos posibles de afrontar o demasiado caros?
- ¿Cree que estas intervenciones beneficiarán a las mujeres y a los/las usuarias/os de la clínica? ¿Beneficiarán a mujeres y hombres de manera diferente?



Guía

4

Datos posintervención

El estudio posintervención reveló que:

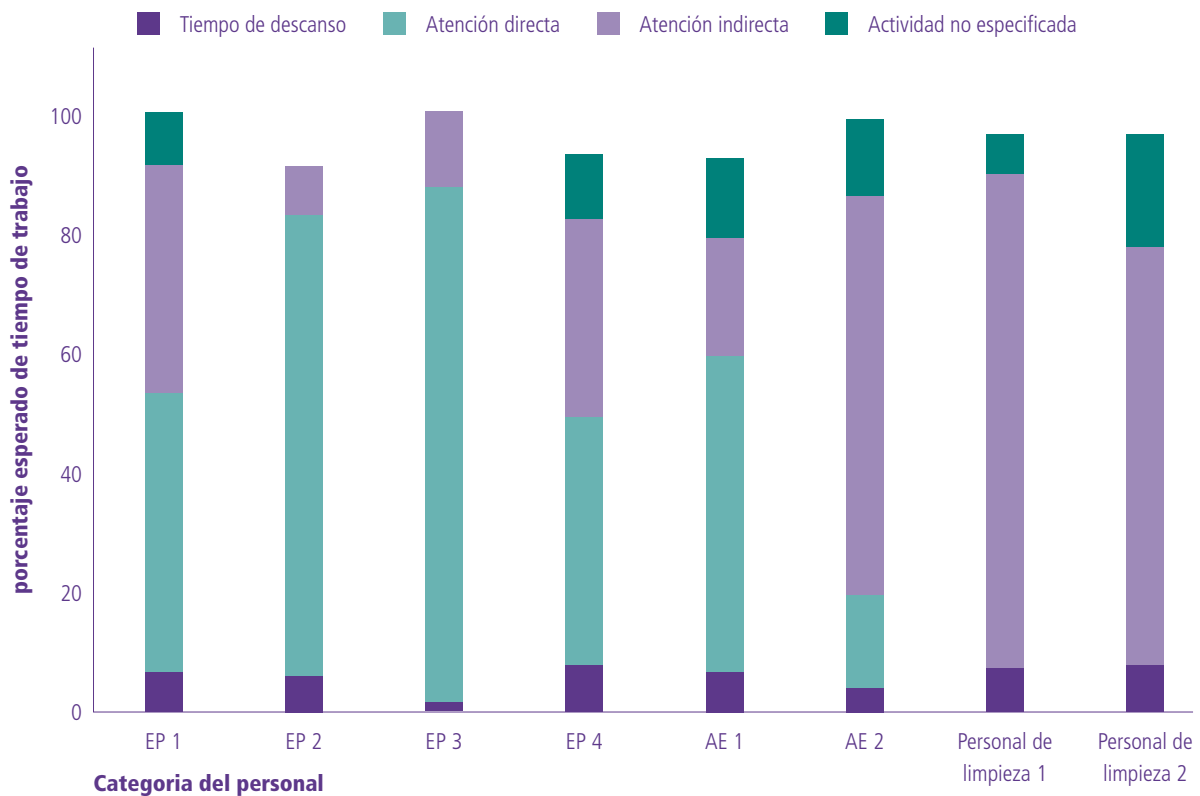
- La clínica proveía servicios integrados.
- La asistencia total había aumentado a 200, lo cual indica una mejor utilización de la clínica.
- La eficiencia del personal mejoró según las siguientes observaciones: mayor proporción del tiempo del personal en atención directa de pacientes y una menor proporción de tiempo utilizado en tareas no específicas; el promedio de pacientes por día atendidos por cada miembro del personal aumentó de 18 a 23.
- El tiempo de espera promedio disminuyó en general para todos los servicios.
- Aumentó el tiempo promedio de duración de la atención por parte de las enfermeras.
- La organización de la clínica había cambiado con la apertura de tres consultorios para exámenes médicos, consultas y prescripción de medicamentos.
- La clínica incorporó servicios de urgencia y maternidad las 24 horas. El promedio de partos por mes era de 35.
- Se limpió la clínica, el personal se mostraba confiado y la clínica funcionaba con tranquilidad. La impresión general era que eso era lo normal y rutinario.
- La clínica había desarrollado sistemas efectivos y prácticos para funcionar bien. Había un sistema para aplicar inmunizaciones todos los días y se empezó a atender por orden de llegada. Otras acciones incluyen: la integración de servicios para pacientes crónicos; un sistema para registrar la carga de trabajo diaria; y reuniones del personal para tomar decisiones.

Datos sobre el tiempo de los/las pacientes

Servicio	Tiempo de espera en minutos	Tiempo promedio de duración de la atención
Inmunización	14	4
Control prenatal	7	10
Dolencias menores	24	9
Enfermedades crónicas	12	6
TB/TAES ¹	14	20
Curaciones	1	3
Planificación familiar	11	4
Más de un servicio	14	4

¹ Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado

Tiempo individual del personal según actividad en la clínica en la región occidental (luego de la intervención)



Preguntas

- Sobre la base de esta información diga si las cosas han mejorado o no.
- Haga una lista con los indicadores que le hacen pensar que las cosas han mejorado.
- Critique desde la perspectiva de género las acciones realizadas y los datos de la guía. ¿Cree que estas intervenciones beneficiarán a las/los usuarias/os de la clínica? ¿Beneficiarán a mujeres y varones de manera diferente?

SESIÓN

7

Ejercicio de aplicación: desarrollo de una intervención para mejorar la calidad de la atención

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

2 hrs
30 mins

Los/las participantes aplicarán las herramientas y los conceptos aprendidos en este módulo para elaborar la solución de un problema de salud en sus propios ámbitos de trabajo.

2 horas y 30 minutos

Materiales

Guía: “Ejercicio de aplicación para desarrollar una intervención dirigida a mejorar la calidad de la atención”

Preparación previa

Antes de comenzar la sesión, entregue a los/las participantes las instrucciones que se describen en la Actividad 1, Paso 1.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión, los/las participantes completan un trabajo fuera del horario del curso. Cuando entreguen sus trabajos, usted (y tal vez un/a cofacilitador/a) necesitará aproximadamente un día o una tarde para calificar los ejercicios y escribir sus comentarios. Al día siguiente usted entregará los ejercicios corregidos y los comentará.

Actividad 1: El ejercicio



2 hrs



15 mins

Paso 1: Preparación

2 horas y tiempo fuera de clase

Programe de diez a quince minutos para dar a los/las participantes, una vez finalizada la Sesión 6, las instrucciones para hacer el ejercicio de aplicación y entréguelos la guía.

Dé algunos ejemplos de temas que pueden elegir para sus ejercicios individuales y enfatice que deben elegir algo que deseen cambiar en sus trabajos. Aliéntelos para que elijan problemas que sean reales y no hipotéticos.

Ejemplos de problemas de calidad de la atención elegidos para el ejercicio de aplicación

- Largas esperas para la ambulancia que traslada al hospital las derivaciones por partos complicados; la razón eran las malas relaciones interpersonales entre el personal de la clínica y el del hospital.
- Deficiente calidad de la atención en la unidad de maternidad; alta tasa de infecciones en las cesáreas.
- Subutilización de los servicios en cinco centros de salud; los miembros de la comunidad se quejan de que hubo casos de mujeres embarazadas que fueron asistidas en el parto por sus familiares y no por el personal del centro de salud.
- Falta de colaboración entre las ONGs, los donantes y los distintos sectores de la Secretaría de Salud, lo cual conduce a la ausencia de una política nacional de salud reproductiva.
- Escasa cobertura de jóvenes entre los lectores del boletín de una ONG.
- Atraso en la distribución de los materiales de información, educación y comunicación (IEC) de una ONG, lo cual produce la acumulación del stock y que el material no se distribuya y se desactualice.



Paso 2: Comenzando el ejercicio

Programe 1 hora y 45 minutos para que los/las participantes comiencen el ejercicio. Esto por lo general se programa para las últimas horas de clase de un día de semana, de manera que los/las participantes puedan completar la tarea esa noche. Deben entregar el ejercicio la mañana siguiente.

Paso 3: Evaluación

Lea cuidadosamente todos los ejercicios y califíquelos como “promedio”, “por encima del promedio” y “bueno”. En los cursos donde los/las participantes son evaluados/as y calificados/as formalmente (véase Introducción en la pág. 1), deberá calificar los ejercicios con una nota numérica. Trate de conseguir la ayuda de un colega o cofacilitador/a que haya dictado parte de este módulo, de manera que pueda corregir todos los trabajos en un día.

Criterios para la evaluación

Una intervención planeada por un/a participante se considera buena cuando cumple con **todos** los criterios siguientes:

- los datos/indicadores que describen la deficiente calidad de la atención fueron relacionados explícitamente con la intervención
- se indicaron los cambios esperados en los indicadores que demostrarán una mejora en la calidad de la atención
- se describió un sistema para monitorear estos indicadores particulares
- las implicaciones de género y derechos de la intervención fueron discutidas en detalle y de manera apropiada.

El plan de intervención se considera promedio si refleja que una persona sabe lo que está haciendo, pero escribió sus ideas vagamente, con demasiadas generalizaciones. Las acciones para mejorar la calidad de los servicios no fueron descriptas con claridad, no se dio suficiente detalle, o no eran lo suficientemente específicas.

Si el plan de intervención brinda suficiente información sobre los vínculos entre el problema y las acciones propuestas para abordarlo, pero no presenta indicadores de resultado y sistemas de vigilancia continua, entonces obtiene una calificación superior al promedio.

A medida que lea los ejercicios, tome notas para comentar cuando se los devuelva a los/las participantes, haciendo especial referencia a los errores comunes y los conceptos equivocados, y a la medida en que se haya aplicado el marco de género y de derechos. Separe los ejercicios que estén bien hechos y que se destaquen en algunos aspectos para compartirlos con el grupo.



30 mins

Actividad 2: Los comentarios

Qué incluir en la discusión

Algunos ejemplos de los comentarios que podría hacer

- Use como ilustración los ejercicios que cumplan con los criterios de un buen ejercicio.
- Discuta los ejercicios que tenían potencial pero que no cumplieron con todos los criterios y muestre cómo se podrían haber elaborado más.
- Discuta detalladamente los casos en los que el problema elegido no es adecuado, o cuando los indicadores no son válidos –no miden lo que se supone que deben medir–.

En un ejercicio, "el alto número de derivaciones al hospital" se eligió como una medida de calidad deficiente. En la discusión, se señaló que la descripción inicial del problema "alto número de derivaciones" no era apropiada. Los/las proveedores/as en los servicios más distantes, donde existen menos opciones para tratar las emergencias (en este caso la posibilidad de realizar una cesárea) deben enfrentar situaciones muy estresantes. El propósito de la derivación en estas circunstancias es evitar complicaciones, y es esperable y aceptable que exista cierto grado de exceso de derivaciones. Era preciso redefinir el problema: no era el número de derivaciones sino que éstas eran potencialmente inapropiadas. Tener claro cuál es el problema ayuda a elaborar la intervención adecuada.

- Discuta sobre las dimensiones de género y de derechos de algunas de las intervenciones para reforzarlas nuevamente. Queremos que esto se internalice para que se aplique de manera rutinaria.

Critique los trabajos y no a las personas

Cuando haga sus comentarios, critique solamente el trabajo realizado y no a la persona. Siempre dé ejemplos de lo que se podría haber hecho en forma diferente en vez de limitarse sólo a la crítica. La manera en que usted ofrece su crítica debe contribuir a generar confianza y a mejorar la capacitación de los/las participantes; no debe desempoderarlos.

Revise nuevamente el objetivo

Concluya el ejercicio repasando nuevamente los objetivos de la Síntesis del Módulo. Aclare que el tema de este módulo fue la transversalización del género en los programas de salud. La transversalización del género no es un proceso separado. Debe construirse dentro del proceso de identificación de problemas y soluciones y de implementación de las soluciones en el trabajo cotidiano. Se trata de una manera de ver el mundo, un abordaje que debería abarcar constantemente cada aspecto del sistema de salud.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía 1 Ejercicio de aplicación para desarrollar una intervención dirigida a mejorar la calidad de la atención

Debe planear una intervención para mejorar la calidad de la atención de un servicio de salud que se provea en su lugar de trabajo.

1. Elija un área de su trabajo diario donde crea que la calidad es un problema.
2. Explique por qué cree que la calidad es un problema en esa área específica. Por ejemplo: ¿en qué datos se basa para llegar a esa conclusión? O, si no tiene datos, ¿sobre qué base ha decidido que la calidad es un problema? o ¿qué indicadores está usando para emitir ese juicio?
3. Planifique y describa una intervención para mejorar la situación. Piense objetivos que sean específicos, mensurables, factibles, replicables y que tengan plazos y acciones específicas que ayuden a lograr esos objetivos. Explique detalladamente qué se hará, quién lo hará, con quién y durante qué periodo.
4. Proponga un indicador de resultado y uno de proceso para monitorear la intervención.
5. ¿Qué sistemas pondrá en marcha para asegurar que las mejoras de la calidad se mantengan?
6. Discuta cómo ha abordado las cuestiones de género en la elaboración de la intervención, y cuál podría ser el impacto potencial de su intervención respecto del género y los derechos.

Este ejercicio no deberá tener más de cinco o seis páginas (interlineado 1.5). No hay un mínimo de páginas, pero se deben responder todas las preguntas indicadas.

Ejemplo de un objetivo y de las correspondientes acciones e indicadores

Un objetivo para un programa de servicios de anticoncepción es:

- aumentar en el 50%, al cabo de un año, la proporción de usuarios de condones masculinos que asisten a la clínica.

El conjunto de acciones específicas para ayudar a lograr estos objetivos, dependiendo de cuáles sean las causas del bajo uso de condones, sería el siguiente:

- campañas y talleres de capacitación para influir en las actitudes respecto del uso del condón y para demostrar su uso correcto, empezando con adolescentes
- mejorar la calidad de los condones disponibles
- establecer centros de distribución de condones que garanticen fácil acceso y privacidad.

Un indicador de resultado para evaluar el objetivo es:

- el número de usuarios de condones mayores de quince años que asisten a la clínica/número total de varones mayores de quince años que asisten a la clínica.

Este indicador se debe medir al comienzo y al final del período de un año, para estimar si el incremento durante ese tiempo es del 50% o más.

Un indicador de proceso para evaluar el objetivo podría ser:

- el número de participantes que asisten a los talleres en un año, que tienen una actitud positiva hacia el uso del condón y que saben utilizarlo correctamente.

Módulo de cierre



Esquema del módulo

		Objetivos Los/las participantes:	Formato de las actividades	Tiempo: 4 hrs y 15 mins
SESIÓN 1	Ejercicio de consolidación	<ul style="list-style-type: none"> ● agruparán lo que han aprendido en los distintos módulos del curso usando: <ul style="list-style-type: none"> – las herramientas y los conceptos de cada uno de los módulos para abordar una intervención – los acuerdos internacionales para estimular cambios en las políticas o en la implementación 	Ejercicio participativo en pequeños grupos	2 hrs
SESIÓN 2	Revisando las expectativas	<ul style="list-style-type: none"> ● revisarán las expectativas que enumeraron en la sesión inicial para ver en qué medida éstas se han cumplido ● completarán un formulario de evaluación 	Puesta en común con todo el grupo Actividad individual	1 hr 15 mins
SESIÓN 3	Entrega de certificados y cierre del curso	<ul style="list-style-type: none"> ● recibirán sus certificados del curso 	Reunión de todo el grupo	30 mins
SESIÓN 4	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> ● se despidrán de manera positiva 	Ejercicio participativo con todo el grupo	30 min

Síntesis del módulo

Qué obtendrán los/las participantes de este módulo

Los/las participantes:

- consolidarán lo que aprendieron durante el curso
- aplicarán las herramientas y conceptos de cada uno de los módulos a una intervención específica, ya sea de *advocacy* o de planificación del sistema de salud
- evaluarán el curso desde su perspectiva inmediata:
 - reflexionando sobre el grado de cumplimiento de sus expectativas respecto del curso
 - identificando las habilidades conceptuales y prácticas que han adquirido
 - reflexionando sobre el valor del trabajo en red y otros beneficios no relacionados con el contenido específico del curso.

Ideas que sustentan el módulo

Este módulo está programado para el último día del curso. Su propósito es ayudar a que los/las participantes consoliden lo que han aprendido y se despidan de manera positiva.

Hay cuatro sesiones. La primera es un ejercicio de consolidación en el que los/las participantes deben aplicar a un problema de salud reproductiva todas las herramientas, habilidades y conocimientos que han adquirido. Esto demuestra de qué forma cada módulo del curso los ha ayudado a visualizar una dimensión importante del problema y cómo en conjunto estas dimensiones les permiten desarrollar una política o una intervención más comprehensiva. En la sesión 2, los/las participantes revisan sus expectativas y hacen una devolución a los/las organizadores del curso acerca de lo que han obtenido en él. Luego, los/las participantes reciben sus certificados en una ceremonia de cierre. La última actividad es un ejercicio divertido de despedida y de cierre grupal.

SESIÓN

1

Ejercicio de consolidación**Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión**

Los/las participantes reunirán todo lo aprendido durante los seis módulos del curso utilizando:

- las herramientas y los conceptos de cada uno de los módulos para abordar una intervención de salud reproductiva/sexual
- los acuerdos internacionales para estimular cambios en las políticas o en la implementación.



2 hrs

2 horas**Materiales**

- Guía: “Preguntas para el ejercicio de consolidación”: 5 conjuntos de 6 cuestionarios, en papeles de diferentes colores para cada módulo
- 5 conjuntos de tarjetas de 6 colores diferentes con el nombre de los módulos escritos en ellas
- 5 paquetes de regalos divertidos, 1 regalo para cada participante

Cómo conducir la sesión

En esta sesión se necesitan tres o cuatro cofacilitadores/as que hayan dictado módulos o que tengan conocimiento de varios módulos del curso.

Actividad: Una competencia**Paso 1:
Preparación**

Prepare cinco conjuntos de seis cuestionarios –un cuestionario para cada módulo, un conjunto de cuestionarios para cada uno de los cinco grupos–. Las preguntas para cada módulo se incluyen en la guía. Escriba las preguntas de cada módulo en papeles de distintos colores. Por ejemplo, violeta para género, verde para determinantes sociales, etc.

Prepare cinco conjuntos de tarjetas, de 5 cm x 2,5 cm aproximadamente, de seis colores diferentes. Cada color representa un módulo. Utilice los mismos colores que para los cuestionarios correspondientes. Debe haber cinco tarjetas de cada color, con los nombres de los módulos escritos en ellas.

Compre algunos regalos divertidos, uno para cada participante. En el curso de Sudáfrica, los regalos suelen ser golosinas o chocolates. Puede ser cualquier otra cosa –lapiceras, stickers, postales– algo sencillo. Coloque los regalos en cinco paquetes separados, uno para cada uno de los cinco grupos.

**Paso 2:
Asigne las frases**

Divida a los/las participantes en cinco grupos y entregue a cada grupo al azar una de las siguientes frases.



10 mins

Frase 1

Los servicios de salud no satisfacen todas las necesidades de las mujeres embarazadas. Analizar esta frase en relación con cada dimensión del curso (basándose en las preguntas de la guía) y dar las respuestas apropiadas.

Frase 2

Con frecuencia, los servicios de salud no identifican a las mujeres que sufren relaciones abusivas a menos que ingresen como “casos de ataque sexual”. Analizar esta frase en relación con cada dimensión del curso (basándose en las preguntas de la guía) y dar las respuestas apropiadas.

Frase 3

Actualmente los/las adolescentes no reciben servicios de salud reproductiva adecuados. Analizar esta frase en relación con cada dimensión del curso (basándose en las preguntas de la guía) y dar las respuestas apropiadas.

Frase 4

La disponibilidad de servicios de aborto (o el acceso al aborto) es un problema. Analizar esta frase en relación con cada dimensión del curso (basándose en las preguntas de la guía) y dar las respuestas apropiadas.

Frase 5

Los servicios de salud no aprovechan todas las oportunidades para prevenir la infección por VIH (por ejemplo promover el uso del condón, identificar y tratar ETS). Analice esta frase en relación con cada dimensión del curso (basándose en las preguntas de la guía) y dar las respuestas apropiadas.

Entregue a cada grupo un conjunto de seis cuestionarios codificados por colores, con las preguntas relativas a cada módulo que los/as integrantes deberán aplicar a la frase específica que han recibido.



Paso 3: ¡Preparados, listos, ya!

Los/las participantes comienzan a trabajar en sus grupos. Tienen entre quince y veinte minutos para cada módulo.

Los/las cofacilitadores/as se quedan parados/as en el centro del salón y esperan a que los miembros de los grupos acudan a ellos con las respuestas para cada uno de los módulos. Si el/la facilitador no entiende alguna respuesta debe pedir al grupo que la aclare. Si las respuestas de un grupo no son satisfactorias, el/la facilitador/a debe decirles qué es lo que está mal en su respuesta y pedirles que vuelvan a contestar la pregunta.

Si el grupo ha elaborado una respuesta lo suficientemente buena, se les entrega la tarjeta del color de ese módulo, lo cual indica que han contestado correctamente las preguntas. Luego el grupo analiza las preguntas con relación a otro módulo, y así continúa el proceso.

No es necesario que los grupos trabajen sobre los módulos en un orden determinado. El objetivo de los grupos es obtener las tarjetas del conjunto de módulos. El primer grupo que obtiene las seis tarjetas es el ganador.

En cuanto un grupo completa todas las tarjetas, entréguelas su paquete de regalos.

El elemento competitivo lo hace más divertido. El ejercicio es ameno y todo el mundo lo disfruta. Ningún grupo debe dejar de trabajar porque otro grupo haya ganado el juego. Se sienten estimulados a discutir y encontrar las respuestas a las preguntas.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn



Guía

1

Preguntas para el ejercicio de consolidación

Contestar estas preguntas relativas a la frase que se le ha entregado a su grupo.

1. Determinantes sociales

Identificar un determinante del problema que se le asignó en cada uno de los siguientes niveles:

- internacional
- nacional
- comunitario
- familiar
- individual.

Determinar si alguno de los siguientes factores influye en o causa el problema, y cómo lo hace:

- raza/etnia
- clase
- cuestiones económicas
- cuestiones políticas
- cuestiones socioculturales.

2. Género

Identificar las formas en que las cuestiones de género están asociadas con e impactan en este problema. Describir al menos tres maneras en que las cuestiones de género se asocian con el problema. Explicar por qué piensan así, utilizando las herramientas de género que han aprendido.

3. Derechos

¿Dice algo el *Programa de Acción de la CIPD* sobre el problema asignado? En caso afirmativo, mencionar tres puntos que establezca el documento en relación con el problema.

Mirando la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, identificar dos derechos que podrían ser violados si el problema no es abordado en forma adecuada, y proponer dos acciones posibles para asegurar que se promuevan esos derechos.

4. Evidencia

Dado su problema, identificar las tres preguntas de investigación más importantes que se deben responder para obtener la evidencia necesaria.

De las tres, identificar al menos una pregunta específica de género que le interesaría plantear.

Para una de las preguntas de investigación describir:

- la muestra
- el diseño del estudio
- las herramientas de recolección de datos que utilizará.

5. Políticas

Dar dos ejemplos sobre cómo el contexto afecta el problema en cuestión.

Identificar cuatro actores clave que afectarán su habilidad para abordar el problema. Indicar:

- quién es el actor
- si está a favor o en contra de considerar su problema
- cuánto poder tiene.

Dar dos ejemplos de la información que será necesaria para abordar este problema.

Identificar dos opciones de estrategias que se puedan seguir para tratar el problema.

Elegida una de las opciones, identificar dos individuos u organizaciones con las que se propone trabajar.

Establecer un objetivo para abordar el problema. Explicar cómo abordará ese objetivo la dimensión de género del problema. ¿El abordaje es neutral, específico o redistributivo respecto del género?

6. Sistemas de salud

Examinar los siguientes elementos del funcionamiento de los servicios de salud en términos de su influencia sobre el problema que usted está tratando:

- relaciones proveedor/a-usuario/a
- acceso
- competencia técnica
- sistemas de referencia y contrarreferencia
- organización de los servicios de salud dentro de una institución de salud
- abastecimiento y mantenimiento de medicamentos y de equipos
- infraestructura.

Para cada uno de éstos indicar (elegir los que sean relevantes) dos intervenciones esenciales para tratar el problema.

Explicar de qué modo aborda la intervención las cuestiones de género: ¿la intervención es neutral, específica o redistributiva respecto del género?

SESIÓN 2

Revisando las expectativas

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión

Los/las participantes:

- revisarán las expectativas que enumeraron en la sesión de apertura para ver en qué medida se han cumplido
- completarán un formulario de evaluación.



1 hora y 15 minutos

Materiales

- filmina con las expectativas de la Sesión 1 del Módulo de Apertura
- formularios de evaluación del curso basados en el Anexo 5.

Cómo conducir la sesión

En esta sesión, los/las participantes completan un formulario de evaluación del curso.



Actividad 1: Las expectativas

Paso 1: Preparación Asegúrese de tener la filmina con la lista de expectativas que los/las participantes mencionaron el primer día del curso.

Prepare un formulario de evaluación del curso. En el Anexo 5 se incluye un ejemplo. Podrá modificarlo de acuerdo con sus necesidades.



Paso 2: Puesta en común Muestre la **filmina** con la lista de expectativas.



Pida a los/las participantes que reflexionen sobre cuáles de esas expectativas se cumplieron y cuáles no, y sobre qué es lo que les gustaría que se hiciera diferente la próxima vez que se ofrezca este curso.

Desplácese por el salón pidiendo a cada uno/a de los/las participantes que comparta su reflexión con el grupo. Es muy importante que todos/as los/las participantes contribuyan.

Ésta es una sesión de puesta en común y nadie cuestionará lo que otra persona dice. Por ejemplo, si una persona dice, “Yo creo que el curso fue demasiado largo”, no se dará lugar a que otra persona diga, “Creo que te equivocas, en realidad yo pienso que el curso fue muy corto”. Si un/a participante piensa diferente respecto de lo que otro/a participante dijo, puede expresar su punto de vista pero no a manera de discusión o réplica.



Actividad 2: Formularios de evaluación del curso

Distribuya el formulario de evaluación del curso (en el Anexo 5 se incluye un ejemplo). Explique que el formulario es largo porque apunta a conocer lo que piensan del curso mientras que la experiencia aún está fresca en sus mentes.

Luego de quince minutos, recoja todos los formularios y entréguelos al organizador/a del curso o a la persona responsable.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn

SESIÓN 3

Entrega de certificados y cierre del curso

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



30 mins

Los/las participantes recibirán sus certificados del curso.

aproximadamente 30 minutos

Materiales

- certificados y hojas de calificaciones de los/las participantes en sobres cerrados

Cómo conducir la sesión

Es probable que este proceso varíe en los diferentes contextos. La siguiente actividad aplica sólo si los/las participantes han sido evaluados formalmente. En este caso, se les entrega un certificado de aprobación del curso si obtuvieron la calificación mínima requerida.



30 mins

Actividad: Entrega de certificados y cierre del curso

Paso 1: Preparación

Para que el certificado esté impreso el último día del curso, deberá corregir todos los ejercicios y calificar la participación en clase, etc. Es necesario preparar una hoja de calificaciones individual y un certificado para cada participante, los que deberán estar firmados por la autoridad correspondiente.



30 mins

Paso 2: La ceremonia

En una pequeña ceremonia entregue los certificados y las hojas de calificaciones en sobres cerrados con el nombre de cada participante. La ceremonia podrá ser formal o informal, según lo decidan los/las organizadores/as del curso. En este momento también se puede entregar la foto grupal.

Una forma innovadora e informal de entregar los certificados es distribuirlos al azar entre los/las participantes y pedir a cada uno/a que le entregue el certificado que tiene en la mano a la persona que corresponda. Luego la persona que recibió el certificado hace lo mismo. Cuando la cadena se corta, se comienza nuevamente.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn

SESIÓN 4

Despedida

Qué obtendrán los/las participantes de esta sesión



30 mins

Los/las participantes se despedirán de manera positiva.

aproximadamente 30 minutos

Materiales

- papel, alfileres y lapiceras, una para cada participante y para el/la facilitador/a de la sesión

Cómo conducir la sesión

En esta sesión hay dos actividades, una es para hacer comentarios sobre los/las coparticipantes y los/las facilitadores/as a nivel personal, y la segunda es un ejercicio grupal. A continuación se proponen dos ejemplos, pero éstos se pueden reemplazar con otras actividades similares.



20 mins

Actividad 1: Comentarios personales positivos

Paso 1: Preparación Tenga listos el papel, las lapiceras y los alfileres para cada participante y para el/la facilitador/a de la sesión.

Paso 2: Con los alfileres prenda una hoja de papel en la espalda de cada uno/a Distribuya a cada participante una hoja de papel, un alfiler y una lapicera. Pídales que se pongan de pie y que comiencen a moverse por el salón. Cada participante le pide a otro/a que le prenda el papel en la espalda con el alfiler.

Paso 3: Escribiendo comentarios positivos Moviéndose alrededor del salón, los/las participantes escriben comentarios positivos en la espalda de otro/a coparticipante. Cada participante puede escribir comentarios acerca de la cantidad de coparticipantes y facilitadores/as que desee. Esta actividad dura algún tiempo, hasta que todo el mundo ha escrito comentarios a todas las personas que desee.

Paso 4: Leyendo los comentarios Luego, los/las participantes desenganchan los papeles de sus espaldas y leen los comentarios. Ésta es una actividad muy divertida que se puede hacer rápidamente y el papel puede servir como recuerdo del curso.



Actividad 2: Una palabra

El grupo se pone de pie formando un círculo. Los/las participantes aplauden rítmicamente, dejando un momento de silencio entre los aplausos. Siguiendo el orden del círculo, durante el momento de silencio, cada persona dice una palabra sobre lo que el curso representa para ellos. Esto continúa hasta que todos/as en el círculo hayan dicho una palabra.

Sesión desarrollada por Sharon Fonn

Anexos

ANEXO 1

Recursos para la capacitación participativa

La filosofía de la capacitación participativa y el rol del/de la facilitador/a

Hope A. y Timmel, S. *Training for transformation*. Gweru, Mambo Press, 1984.

Éste es un recurso excelente para comprender la filosofía de los métodos participativos y para enseñar las habilidades del/de la facilitador/a. Los ejercicios de capacitación son más generales y están dirigidos a personas que trabajan en desarrollo, pero algunos son relevantes para el Módulo de Determinantes Sociales.

Se puede obtener en:
Mambo Press
P.O. Box 779
Gweru
Zimbabwe

Mackenzie, L. On our feet: Taking steps to challenge women's oppression: a handbook on gender and popular education workshops. Número especial de *Adult Education and Development*. Bonn, German Adult Education Association, 1993.

Presenta una discusión sobre métodos, habilidades y ejercicios participativos para la capacitación en género.

Sección 1: "Usted como educador", y Sección 2: "Técnicas", contienen una descripción completa de las habilidades del/de la capacitador/a y de las técnicas participativas.

Métodos y técnicas

Eitington J. E. *The winning trainer: winning ways to involve people in learning*. Houston, Gulf Publishing Co, 1984.

Scannell E. E. y Newstrom J. W. *More games trainers play: experiential learning exercises*, Berkshire, McGraw Hill, 1983.

Scannell E. E. y Newstrom J. W. *Still more games trainers play: experiential learning exercises*, Berkshire, McGraw Hill, 1991.

Weinstein M. y Goodman J. *Playfair*. San Luis Obispo, Impact publishers, 1980.

Excelentes recursos para actividades para romper el hielo, energizantes y juegos no competitivos para fomentar la cooperación.

Winn J. K. *Icebreakers. A source book of games, exercises and simulations*. San Diego, Pfeiffer and Co, 1991.

ANEXO
2

Rompehielos, energizantes y cierres del curso

Rompehielos

Los rompehielos son importantes para crear una atmósfera distendida y de confianza en la que los/las participantes se sientan libres y cómodos para participar. Algunos rompehielos ayudan a los/las participantes a conectarse entre ellos/as, mientras que otros, como los juegos de nombres, ayudan a que se presenten entre sí. Un rompehielos que sirva para ambos fines puede ser usado con mayor facilidad en grupos de no más de treinta personas. A continuación presentamos algunos ejemplos de rompehielos que hemos utilizado en distintos cursos y talleres de capacitación.

Presentar a un compañero/a: Variante 1: el mezclador de etiquetas [1]

A medida que cada participante entra en el salón, tilda su nombre en el listado pero entréguele la etiqueta con el nombre de otra persona. Explique que deben encontrar al dueño de la etiqueta y entrevistarlo durante no más de cinco minutos para luego presentarlo al resto del grupo.

Presentar a un compañero/a: Variante 2: cinco cosas importantes de conocer [2]

Pida al grupo una lluvia de ideas acerca de: “¿Qué nos gustaría saber sobre la gente que está aquí de manera tal que podamos trabajar bien entre todos?”. Escriba las sugerencias en la pizarra o en el papelógrafo y pida al grupo que identifique las cinco más importantes.

Luego los/las participantes trabajan en pares con la persona que está sentada a su lado. “A” debe pedirle a “B” que le cuente sobre sí mismo/a respecto de los cinco aspectos indicados en la pizarra. “A” escucha a “B” y luego le repite a “B” lo que escuchó, de modo de chequear la información. Luego “B” hace lo mismo con “A”. Según el tiempo con el que se cuente, los/las participantes presentan a su compañero/a ante el plenario o se dividen en pequeños grupos para presentarse. Este rompehielos lleva como mínimo una hora y media.

Presentar a un compañero/a: Variante 3: tuercas y tornillos [3]

Compre pares de tornillos de tres tamaños diferentes de manera que haya un juego de tuerca y tornillo que encaje por cada dos

participantes. Entregue un tornillo o una tuerca a cada participante cuando entre al salón. Cuando estén todos/as sentados/as, pídale que se levanten y busquen el tornillo o la tuerca que encaja con el suyo. Esto genera diversión y mucho movimiento. En aproximadamente siete o diez minutos todo el mundo habrá encontrado la pieza que encaja con la suya. Luego, cada par de participantes se entrevista mutuamente. La presentación grupal puede ser de nuevo en plenario o en pequeños grupos, según el tiempo disponible. La presentación en plenario puede llevar como mínimo una hora y media para un grupo de treinta participantes, mientras que en pequeños grupos esta actividad puede ser realizada en cuarenta y cinco minutos.

La búsqueda del tesoro humano [4]

Entregue a cada participante una hoja con frases sobre varones, mujeres y sexismo. Los/las participantes caminan alrededor del salón, deteniéndose y conversando entre ellos/as hasta que identifican un número específico de participantes que cumplen con el criterio mencionado en la frase y anotan en su hoja el nombre de estas personas. Esto puede continuar hasta que por lo menos una persona complete su hoja, es decir que encuentre por lo menos una persona para cada ítem de la hoja; o si lleva mucho tiempo se puede detener el juego luego de un tiempo determinado que puede ser de quince o veinte minutos. Diríjase a la totalidad del grupo para preguntarles cómo se sintieron durante el ejercicio, qué descubrieron acerca del grupo, etc.

Varones, mujeres y sexismo

1. Busque dos personas que hayan tenido un maestro varón en la escuela primaria.
2. Busque tres personas que crean que está bien que los varones lloren.
3. Busque una persona que durante su desarrollo tuvo por lo menos una relación puramente platónica con alguien del sexo opuesto.
4. Busque dos personas que desearían ser del sexo opuesto.
5. Busque dos personas que recuerden haber conocido durante su desarrollo por lo menos a un adulto mujer o varón que no cumplía con el modelo tradicional para su sexo.
6. Busque una persona que tenga una jefa mujer.
7. Busque tres personas que estén completamente felices de ser mujer o varón.
8. Busque dos personas que practiquen deportes activos por lo menos una vez a la semana.
9. Busque dos personas cuyas abuelas hubieran trabajado.
10. Busque una persona que crea que está bien que las mujeres con estudios elijan ser amas de casa.

El árbol de la vida [2]

Se recomienda programar este rompehielos como una sesión sin duración prefijada, que se realizará la tarde anterior al comienzo del curso.

Los/las participantes tienen de diez a quince minutos para dibujar el árbol de su vida.

- Las raíces representan la familia de la cual provenimos y las fuertes influencias que nos han forjado.
- El tronco es la estructura de nuestra vida actual: trabajo, familia, organizaciones y

comunidades a las que pertenecemos.

- Las hojas son nuestras fuentes de información (periódicos, libros y amigos).
- Los frutos del árbol representan nuestros logros.
- Los brotes representan nuestras esperanzas para el futuro.

Luego de que cada persona haya dibujado el árbol de su vida, divida a los/las participantes en grupos de tres a cinco para que compartan lo que dibujaron. Podrán interactuar durante el tiempo que deseen.

Energizantes

Los energizantes ayudan a “recargar” la energía de los/las participantes. Son juegos activos, muchas veces tontos, que producen mucha risa y entusiasmo. Existen muchas ocasiones que requieren juegos energizantes: cuando perciba que la atención de los/las participantes se está dispersando; cuando los/las participantes tienen una mañana pesada y necesitan recargar sus energías antes de una tarde igualmente pesada; al finalizar una sesión en la que se traten temas muy serios y deprimentes; para ayudar a que salgan del curso con sentimientos positivos; etc.

Los energizantes que se presentan a continuación fueron tomados de: Weinstein M. y Goodman J. *Playfair*. San Luis Obispo, Impact publishers, 1980.

Cuatro arriba

Éste es un juego con reglas muy sencillas. Comienza con todos los/las participantes sentados/as. Cualquiera puede pararse cuando lo desee, pero no puede quedarse parado/a por más de cinco segundos por vez. El objetivo es que un grupo tenga exactamente cuatro personas paradas al mismo tiempo. Si en un momento dado hay más de cuatro personas paradas, la primera que se puso de pie queda fuera del juego. Este juego hace que cada persona focalice su atención muy cuidadosamente en los otros miembros del grupo, y dura dos o tres minutos.

La mancha de la ameba

Una persona comienza siendo la ameba e intenta atrapar a las demás. La persona atrapada se toma de la mano con la ameba para transformarse en una ameba de dos personas al acecho. Cuando atrapan a una tercera persona las tres se toman de la mano y constituyen una ameba casi madura. Cuando atrapan a una cuarta persona, las cuatro se toman de las manos y son una ameba completamente madura. ¿Y qué es lo que les pasa a las amebas maduras? Se dividen por la mitad formando dos amebas, que intentan cazar más gente. La multiplicación y división ocurre una y otra vez hasta que se ha “amebizado” todo el grupo: todo el mundo en el salón es una ameba de dos o tres personas unidas.

Tocar algo azul

Éste es un juego sin líderes que tiene dos consignas que cualquiera puede dar. La primera consigna es tocar algo como “tocar algo azul” o “tocar una cabeza” y cada participante tiene que tocar algo azul o tocar la cabeza de otra persona. La segunda consigna es una consigna de movimiento como “saltar dos pasos para atrás” o “dar un salto en el lugar”.

El juego comienza con la consigna de “tocar algo azul”. Luego, las consignas de tocar algo y la de movimiento son dadas alternativamente por cualquier miembro del grupo. Cuando quiera finalizar el juego, luego de tres a cinco minutos, dé nuevamente la consigna de “tocar algo azul”.

Codo, fruta, salto

Pida a cualquier participante que pase al frente, que toque un silbato y nombre tres cosas. La primera es una parte del cuerpo, la segunda es una categoría de la que cada participante puede elegir un elemento, y la tercera es un movimiento corporal. Entonces “codo, fruta, salto” significa que cada persona deberá ir por el salón saltando, tocándose su codo y nombrando una fruta cualquiera. Los/las participantes hacen esto hasta que alguien más dice otra secuencia, como por ejemplo, “nariz, animal, arrastrar los pies”. El juego se termina sonando el silbato e indicando nuevamente “codo, fruta, salto”.

Cierres del curso

Cuando un grupo de personas ha convivido y trabajado en conjunto durante dos o tres semanas, es importante planificar un broche final significativo que brinde un sentido de cierre en lugar de apurarse hasta el último minuto para completar actividades, luego de las cuales los/las participantes parten en forma precipitada. Incluya uno o más ejercicios para que se despidan positivamente, y que sea algo más que una ceremonia formal de cierre y entrega de certificados.

El círculo maravilloso [4]

Los/las participantes forman un círculo grande tomando por la cintura a las personas que tienen a su lado. Comienzan dando pequeños pasos hacia la izquierda y siguen caminando en esa dirección hasta que alguien dice “¡Alto!”. Luego esa persona cuenta algo que le haya resultado agradable durante el curso. Puede ser algo acerca de ella

misma, o una apreciación de algo que alguien haya dicho o hecho y que le haya gustado, o pueden ser sentimientos positivos acerca del grupo en general. El comentario tiene que ser sobre la gente y no sobre las actividades o contenidos, y debe ser positivo.

Cuando la persona ha terminado con su comentario dice “¡Vamos!” y todos en el círculo comienzan a dar pasos

en la dirección opuesta hasta que otra persona diga “¡Alto!” y cuente algo que desee compartir. Así continúan hasta que todos los que querían decir algo lo hayan hecho. Cuando perciba que todos los que deseaban hablar tuvieron la oportunidad de hacerlo pregunte: “¿Han terminado todos?”. Si hay alguien que aún quiere decir algo esa persona deberá dar un paso y decir “¡No!, ¡Vamos!” y contar lo que tenga para decir. Cuando pregunte nuevamente “¿Han terminado todos?” y haya más de diez segundos de silencio sin que nadie responda, el juego ha terminado y todo el mundo se aplaude mutuamente.

La ronda del aprecio [3]

Haga que los/las participantes formen un círculo. Entregue a cada persona un vaso de papel. La idea es que cada participante “atrape” una cualidad significativa de sus compañeros/as, y que ponga estas cualidades en el vaso. Siguiendo el orden de la ronda, cada participante toma su turno para dirigirse a otro/a participante: “B___, quiero llevarme conmigo tu preocupación por los demás (o tu alegría o energía, etc.)”. Debe llamarse a cada persona por su nombre y los que hablan deben mirarse a los ojos. El juego termina cuando todo el mundo ha tenido su turno para hablar.

Referencias

[1] Scannell E. E. y Newstrom J. W. *Still more games trainers play: experiential learning exercises*, Berkshire, McGraw Hill, 1991:3.

[2] Hope A. y Timmel S. *Training for transformation*. Gweru (Zimbabwe), Mambo Press, 1984, volumen 2:18 y 36.

[3] Eitington J. E. *The winning trainer: winning ways to involve people in learning*. Houston, Gulf Publishing Co, 1984:9 y 57.

[4] Weinstein M. y Goodman J. *Playfair*. San Luis Obispo, Impact publishers, 1980:59, 107, 115, 170 y 172.

ANEXO 3

Ideas para coordinar las sesiones participativas

El/la capacitador/a como facilitador/a

En el abordaje participativo de la capacitación, el/la capacitador/a es un/a facilitador/a que cumple dos tareas principales:

- asegurarse de que el grupo cumpla los objetivos de aprendizaje.
- crear un ambiente de aprendizaje democrático y participativo.

El rol pedagógico del/de la facilitador/a en este curso es ayudar a que los/las participantes:

- prioricen los obstáculos que impiden alcanzar la salud reproductiva
- identifiquen los problemas y descubran sus causas utilizando las herramientas de análisis apropiadas
- formulen maneras prácticas para implementar cambios
- se involucren en la búsqueda común de soluciones para los problemas
- comprendan la diversidad y las similitudes en relación con el género, la raza, la etnia, la clase y otras divisiones (sociales), así como sus principales causas.

Al mismo tiempo el/la facilitador/a debe asegurarse de que:

- todos/as los participantes sientan que son escuchados/as y pueden participar activamente
- el contexto de la capacitación no tenga sesgos de género, raza, clase u otro tipo
- todos/as colaboren y participen
- los procesos de toma de decisiones involucren a todos para que perciban que la decisión les pertenece y se sientan comprometidos a llevarla a cabo
- los sentimientos sean tomados en cuenta, y que cuando sea necesario se compartan con los demás
- se manejen los conflictos constructivamente de modo que todos/as sean escuchados/as y se incluyan los aportes nuevos
- la manera en que se haga la devolución permita que las personas se

enriquezcan y se superen los obstáculos que surjan en el trabajo grupal. [1]

El/la facilitador/a no tiene que ser un experto/a en todo

No saber cómo se desarrollará el proceso en el aula puede causar una sensación de inseguridad en los/las que no tengan experiencia previa en coordinar cursos de aprendizaje participativo. ¿Qué hará cuando los/las participantes hagan preguntas que no ha pensado de antemano? ¿Qué ocurrirá si hay algún conflicto en la clase? ¿Qué pasa si el proceso se va de las manos y no se logran los objetivos de la sesión?

No existen respuestas “ex ante” para estos problemas. Lo que importa es recordar que el/la facilitador/a no tiene que ser “la autoridad”, capaz de contestar todas las preguntas y manejar cualquier posibilidad. Puede resultar esclarecedor tratar de comprender el motivo de los desacuerdos y fomentar el diálogo abierto en lugar de sentirse personalmente puesto/a a prueba por las controversias o que necesita controlar la situación. De esa forma, aunque no se logre cumplir con los objetivos planeados para la sesión, todos/as habrán aprendido acerca de otro punto de vista y otra manera de abordar una problemática.

Resistencia por parte de los/las participantes

Pueden existir situaciones en las que los/las participantes se sientan incómodos de intervenir activamente, como por ejemplo las dramatizaciones o los ejercicios de simulación, y se nieguen a participar en juegos y actividades “tontas” o “infantiles”. En nuestra experiencia estas situaciones son muy raras pero de todas formas es útil estar preparados/as para enfrentarlas. La resistencia a las actividades participativas surge porque a todos/as se nos enseñó que el aprendizaje es pasivo y serio y no activo y divertido. Es más probable que esto suceda si el/la facilitador no está convencido/a del valor de los ejercicios participativos y no transmite que más allá del carácter ameno de la actividad, el aprendizaje que resulta de ella será muy importante.

Si un participante pone resistencia a los métodos participativos, el/la facilitador/a puede:

- decir a los/las participantes que tienen la opción de dejar la actividad y sentarse a observar, si se sintieran incómodos en algún momento
- explicar que los métodos de aprendizaje experimental requieren que involucremos todos nuestros diferentes aspectos: nuestras mentes, emociones, pensamientos y actividades, y que estos métodos son probadamente eficaces. [2]

Sin embargo, nos gustaría enfatizar que no hay razón para esperar este tipo de resistencia. En las diez oportunidades en las que se ha realizado este curso hasta el momento, en cinco países, con participantes de más de cincuenta países, que incluyeron tanto a funcionarios de ministerios de salud, como administradores de programas y de distritos, donantes, médicos y enfermeras, ha habido escasa resistencia a los métodos participativos de enseñanza.

Grupos mixtos

Trabajar con grupos de gente de ambos sexos puede constituir un desafío. Es necesario mantener el equilibrio entre, por un lado, la completa certeza de que haya igual participación de mujeres y varones, y de que éstos no tengan un papel dominante; y por otro lado, de que los varones se sientan cómodos participando. Como facilitador/a es importante no hacer generalizaciones acerca de las mujeres como pobres y sufrientes y los varones como poderosos y dominantes. Recuerde que el análisis de género cuestiona una ideología que es perpetuada por varones y mujeres, y no culpa a los primeros. Deberá tratar las diferencias de lengua, raza, clase, casta o etnia entre los/las participantes asegurando que haya igual participación y que no exista dominación por parte de ningún grupo, y que ningún sector de participantes se sienta aislado o inseguro.

Usar métodos participativos no es lo mismo que fomentar la anarquía en el aula. Las siguientes figuras aportan algunas pautas.

¿Cómo hace el/la facilitador/a para que el grupo se mantenga dentro de una línea? [2]

- Busca los hechos y no tiene que tener siempre la razón
- Si la discusión no conduce a ningún lado, hace preguntas para profundizarla
- Se mantiene neutral
- Da ejemplos prácticos
- Maneja las discusiones y no se involucra emocionalmente en los temas de debate
- Si el grupo se detiene mucho tiempo en un punto, lo alienta a seguir adelante
- Hace referencia a los objetivos del grupo y sugiere metas

¿Cómo hace el/la facilitador/a para fomentar la participación? [2]

- Rescata las experiencias de la gente
- Hace críticas claras y específicas
- Ayuda a que las personas que entran en conflicto comprendan la postura de cada uno/a buscando los elementos en común
- Se asegura de que todos/as tengan la oportunidad de exponer su punto de vista, y que nadie domine las discusiones
- Crea una atmósfera de indagación colectiva
- Hace que todos/as se sientan valorados/as
- Fomenta la apertura y la confianza mutua estableciendo las reglas básicas desde un primer momento

Referencias

[1] Hope A. y Timmel S. *Training for transformation*. Gweru, Mambo Press, 1984, volumen 1:18 y 99.

[2] Mackenzie L. On our feet: taking steps to challenge women's oppression: a handbook on gender and popular education workshops. Número especial de *Adult education and development*, Bonn, German Adult Education Association, 1993

ANEXO
4

Modelos de agenda

Modelo de agenda 1: Duración del curso tres semanas

Semana 1

	Mañana (8.30-13.00)*	Tarde (14.00-17.30)*	Después de clase
Día 1	Módulo de apertura	Módulo de apertura	Apertura oficial y fiesta de bienvenida
Día 2	Género	Género ^a	Lecturas para Determinantes Sociales - Sesión 2
Día 3	Determinantes Sociales	Determinantes Sociales	
Día 4	Determinantes Sociales y Derechos	Derechos ^b	Lecturas para: Derechos - Sesión 4
Día 5	Derechos	Derechos ^c	Lecturas para: Evidencia - Sesión 3

* Incluye una pausa de media hora

^a Entregar las lecturas para la Sesión 2 del Módulo de Determinantes Sociales

^b Conferencista invitada: activista de ONG que trabaje en la temática de violencia contra la mujer. Comienza a las 16.30

^c Foto grupal; entregar las lecturas para la Sesión 3 del Módulo de Evidencia

Semana 2

	Mañana (8.30-13.00)*	Tarde (14.00-17.30)*	Después de clase
Día 1	Derechos y Evidencia	Evidencia	
Día 2	Evidencia	Evidencia	Evento social
Día 3	Evidencia	Evidencia	Completar ejercicios de aplicación de evidencia
Día 4	Evidencia y Políticas	Políticas	
Día 5	Políticas	Políticas ^a	Completar ejercicios de aplicación de Políticas y lecturas para: Sistemas de Salud Sesión 1 (durante el fin de semana)

* Incluye una pausa de media hora

^a Entregar las lecturas para la Sesión 1 del Módulo de Sistemas de Salud

Semana 3

	Mañana (8.30-13.00)*	Tarde (14.00-17.30)*	Después de clase
Día 1	Sistemas de Salud ^a y entrega de ejercicios de aplicación de Políticas	Sistemas de Salud ^a	
Día 2	Sistemas de Salud	Sistemas de Salud	Evento social
Día 3	Sistemas de Salud y sesión de consolidación de Políticas	Ejercicios de aplicación de Sistemas de Salud	Completar ejercicios de aplicación de Sistemas de Salud
Día 4	Entrega de ejercicios de aplicación de Sistemas de Salud. Exposición de conferencistas invitados acerca de debates actuales en salud reproductiva ^a	Puesta en común de las experiencias de los/las participantes ^a Módulo de cierre ^b	Representación de una obra sobre varones y violencia contra la mujer a cargo de una ONG local
Día 5	Se devuelven los ejercicios de Sistemas de Salud en una sesión de comentarios; Módulo de cierre		

* Incluye una pausa de media hora

^a Los/las facilitadores/as de los respectivos módulos usan este tiempo para corregir los ejercicios y las tareas

^b Termina a las 15.00

Modelo de agenda 2: Duración del curso dos semanas

Esta agenda fue utilizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina, que ofreció una versión más corta del curso en 1999.

Semana 1

	Mañana (8.30-13.00)*	Tarde (14.00-17.30)*	Después de clase
Día 1	Módulo de apertura	Género	Lectura
Día 2	Género	Género	Lectura
Día 3	Determinantes Sociales	Determinantes Sociales	Lectura
Día 4	Derechos	Derechos	Lectura
Día 5	Derechos	Sistemas de Salud	Lectura
Día 6	Sistemas de Salud ^a		

* Incluye una pausa de media hora

^a La clase finaliza a las 14.00

Semana 2

	Mañana (8.30-13.00)*	Tarde (14.00-17.30)*	Después de clase
Día 1	Sistemas de Salud	Políticas	Lectura
Día 2	Políticas	Políticas	Lectura
Día 3	Evidencia	Evidencia	Lectura
Día 4	Evidencia	Evidencia	Preparación para el ejercicio de consolidación
Día 5	Módulo de cierre	Módulo de cierre	
Día 6	Evaluación del curso ^a		

* Incluye una pausa de media hora

^a La clase finaliza a las 12.30

ANEXO 5

Instrumento para que los/las participantes evalúen el curso

A continuación se reproduce una herramienta de evaluación del curso que fue utilizada por los/las participantes de los cursos dirigidos por el Women's Health Project, Johannesburgo, Sudáfrica.

Evaluación final

¿Cuáles eran sus expectativas acerca del curso?

¿Fueron satisfechas esas expectativas?

Sí No En parte

Agradecemos sus comentarios:

¿Está satisfecho/a con el balance general de temas y materiales de este curso?

Sí No En parte

Agradecemos sus comentarios:

¿Los materiales de lectura fueron apropiados?

Sí, en su mayor parte No, en parte En absoluto

Agradecemos sus comentarios:

¿Leyó los materiales?

Sí, en su mayor parte No, en parte En absoluto

Agradecemos sus comentarios:

¿Podrá usarlos en el futuro?

Sí, en su mayor parte No, en parte En absoluto

Agradecemos sus comentarios:

¿Fue suficientemente largo el curso?

Sí, muy largo Sí, lo justo No, en parte En absoluto

Agradecemos sus comentarios:

¿Cómo cree que fue el programa diario de actividades?

Apropiado Muy corto Muy largo

Agradecemos sus comentarios:

Por favor califique cada uno de los seis módulos del curso de acuerdo con los siguientes criterios:

Género	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

Determinantes sociales	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

Derechos	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

Evidencia	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

Políticas	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

Sistemas de salud	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
Utilidad de los contenidos				
Efectividad del método				
Suficiente detalle				
Estímulo para pensar				
Impacto en mis habilidades profesionales				
Impacto en mis habilidades personales				

Agradecemos sus comentarios:

¿Hay temas que no fueron cubiertos en el curso y que usted desearía que se hubieran incluido?

No Sí

En caso afirmativo, por favor indique los temas.

¿Cuáles fueron las sesiones más valiosas para usted?

¿Por qué?

¿Cuáles fueron las sesiones menos valiosas para usted?

¿Por qué?

Si tuviéramos que eliminar alguna parte de este curso, ¿qué nos sugeriría omitir?

¿Por qué?

¿Sintió que el nivel del curso era el apropiado para usted?

Apropiado Muy difícil Muy fácil

Agradecemos sus comentarios:

Algunos cursos producen un impacto personal y otros no. Reflexionando acerca de este curso, ¿piensa que lo/la ha cambiado de alguna manera?

Si éste fuera un curso de cuatro semanas, ¿podría haber asistido?

No Sí

Agradecemos sus comentarios:

Formulario de evaluación para el/la facilitador/a

¿En qué medida le resultó este manual?

Por favor responda las siguientes preguntas, agregando cualquier comentario que desee hacer y envíe el formulario a: Gender, Rights and Reproductive Health, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. O por correo electrónico a rpublications@who.int

Por favor describa el curso en el que utilizó este material:

(a) Nombre del curso:

(b) Contexto (universidad, ministerio, ONG, otra institución):

(c) Audiencia a la que estuvo dirigido el curso:

¿Se ofreció el curso en su totalidad?

Sí No

Si no, ¿qué módulos/sesiones utilizó? (por favor indíquelos)

¿Tenía usted experiencia previa con los métodos de enseñanza participativos?

Sí No

Por favor indique las sesiones que le resultaron más útiles y explique por qué (por ejemplo: porque el abordaje era novedoso, el tema era nuevo, el contenido era claro, las instrucciones eran claras, la metodología funcionó bien en el grupo)



Por favor indique las sesiones que no le hayan resultado útiles y explique por qué (por ejemplo: las instrucciones no eran claras, demasiado largo, demasiado complicado, la metodología no funcionó bien en el grupo)

¿Volvería a utilizar este manual?:

(a) ¿completo?

(b) ¿en parte? (especificar)

(c) ¿adaptado? (describir)

Nombre:

Organización:

Dirección:

Correo electrónico:

Fecha:

Department of Reproductive Health & Research
World Health Organization
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Teléfono: +41-22-791-4213
Fax: +41-22-791-4171
E-mail: rhrpublications@who.int
Website: <http://www.who.int/reproductive-health/>

