



Guía para  
**La Incorporación de la Perspectiva  
de Género en Programas de Salud**

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

## Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud

Segunda Edición 2011.

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Secretaría de Salud  
Homero 213, 7° Piso  
Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo  
C.P. 11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Se imprimieron 1,000 ejemplares  
Se terminó la impresión en octubre de 2011  
ISBN: 978-607-460-231-9

Esta publicación fue elaborada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

### Autoras:

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez, Lic. Cecilia Robledo Vera, Dra. Teresa Pedroso Zulueta

### Con el apoyo de:

Mtra. Ma. Imilse Arrue Hernández, Dra. Nestor Leticia Olvera Romero

### Revisión de estilo:

Dra. María Adriana Ulloa Hernández

### Citación sugerida:

Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.  
Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. México, D.F: SS-CNEGSR; 2011.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá ser reproducida sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores a [generoysaludreproductiva@salud.gob.mx](mailto:generoysaludreproductiva@salud.gob.mx) Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación de personal de salud.

## Directorio

**MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG**  
*Secretario de Salud*

**DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMÍNGUEZ**  
*Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud*

**DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA**  
*Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud*

**LIC. LAURA MARTÍNEZ AMPUDIA**  
*Subsecretaria de Administración y Finanzas*

**MTRO. DAVID GARCÍA-JUNCO MACHADO**  
*Comisionado Nacional de Protección Social en Salud*

**LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA**  
*Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*

**DR. GERMÁN FAJARDO DOLCI**  
*Comisionado Nacional de Arbitraje Médico*

**DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ**  
*Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*

**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES FROMOW RANGEL**  
*Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social*

**LIC. FERNANDO ÁLVAREZ DEL RÍO**  
*Titular de Análisis Económico*

**LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ**  
*Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos*

**LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI**  
*Director General de Comunicación Social*

**DRA. OLGA GEORGINA MARTÍNEZ MONTAÑEZ**  
*Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*

## Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**DRA. OLGA GEORGINA MARTÍNEZ MONTAÑEZ**

*Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*

**DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI**

*Directora General Adjunta de Equidad de Género*

**DR. SANTOS REGINO USCANGA SÁNCHEZ**

*Director General Adjunto de Salud Reproductiva*

**DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN**

*Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal*

**DRA. YURIRIA A. RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

*Directora de Género y Salud*

**LIC. CECILIA ROBLEDO VERA**

*Subdirectora de Documentación de Inequidades*

**DRA. NORBERTA BARRERA ROMERO**

*Subdirectora de Sensibilización*

## Contenido

Índice de siglas .....	6
Introducción .....	7
<b>1.</b> ¿Qué conceptos hay que conocer para incorporar la Perspectiva de Género en Salud ? .....	13
<b>2.</b> ¿En qué Marco Jurídico nos basamos para Incorporar la Perspectiva de Género en Salud? .....	32
<b>3.</b> ¿Cuáles son los criterios básicos para incorporar la Perspectiva de Género en los Programas de Salud? .....	37
<b>4.</b> ¿Cómo aplicar la Perspectiva de Género en la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades? .....	46
<b>5.</b> ¿Cómo aplicar la Perspectiva de Género en la Atención Médica? .....	62
<b>6.</b> ¿Cómo podemos modificar el lenguaje para hacerlo incluyente, a favor de la Igualdad entre Mujeres y Hombres? .....	74
Referencias Bibliográficas .....	77
Referencias Bibliográficas Generales .....	79
Referencias Electrónicas .....	80

## Índice de siglas

1. Determinantes Sociales de la Salud (DSS)
2. Equidad de Género (EqG)
3. Equidad de Género en Salud (EqGenS)
4. Igualdad de Género (IdeG)
5. Igualdad de Género en Salud (IdeGenS)
6. Perspectiva de Género (PdeG)
7. Perspectiva de Género en Salud (PdeGenS)

## Introducción

La necesidad de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género, apuntalan la importancia de incorporar la Perspectiva de Género (PdeG) en la atención de la salud y la pertinencia de contar con una herramienta que facilite el proceso. Esta consideración llevó a la tarea de elaborar esta “Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud”.

Desde la creación del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 Igualdad de Género en Salud se reconoció la importancia de producir una herramienta de trabajo como esta guía, que tiene el objetivo de brindar elementos conceptuales y técnicos para realizar acciones con perspectiva de género en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención en los servicios de salud. Cabe señalar que ese programa de acción es transversal, y sus objetivos, estrategias y metas

buscan impactar a los programas de salud pública, especialmente los referidos a enfermedades consideradas prioritarias por su importancia en el panorama epidemiológico de México, así como a personal de salud que brinda los servicios a la población. Si bien, la capacitación al personal de salud en la temática de género en salud es fundamental para conformar vías y opciones para incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud, esta guía resulta un buen apoyo para avanzar en ese objetivo.

Aun cuando se han publicado diferentes guías y manuales sobre la incorporación del enfoque de género en la salud, era necesario aportar algunos lineamientos prácticos sobre cómo hacerlo en las acciones de promoción de la salud, la prevención y la atención en los servicios de salud. Si bien, esta guía contiene varios lineamientos prácticos que responden a esa necesidad, su uso y beneficio será enriquecido por quienes la pongan en práctica y, a partir de ello, encuentren y propongan otras maneras de avanzar hacia la igualdad de género en la salud.

## ¿Cómo se estructuran los contenidos de la guía?

Los contenidos de esta guía sobre la incorporación de la Perspectiva de Género en Salud (PdeGenS) se configuraron tomando en cuenta los objetivos del PAE 2007-2012 Igualdad de Género en Salud, sintetizados en tres propuestas pilares:

- 1 Incorporar la perspectiva de género en programas de salud;
- 2 Fomentar las actividades de capacitación y sensibilización en temáticas de género para el personal encargado de los programas de salud, y
- 3 Promover la incorporación del PdeG en la información producida o divulgada por el sector salud.

Estos tres pilares fundamentan la elaboración de propuestas estratégicas sobre cómo incorporar la PdeG en los programas de salud; a la vez responden a recomendaciones de la normatividad internacional y nacional al proporcionar conceptos y proponer acciones e iniciativas aplicables a la realidad por parte del personal que dirige y opera los programas de salud pública.

El primer apartado contiene términos y definiciones sobre la perspectiva de género y salud que constituyen el marco teórico-conceptual fundamental para la

comprensión del carácter relacional de la categoría “género” en el ámbito de la salud. Incluye un acercamiento a conceptos necesarios para avanzar en la incorporación de la PdeG en la operación de los programas de salud, así como para inducir, complementar y facilitar el proceso de sensibilización en torno a su aplicación en el análisis de la situación de salud de mujeres y hombres.

Se presentan conceptos relacionados con el género que en su acercamiento a las cuestiones de salud, buscan facilitar la comprensión para transformar las desigualdades entre las mujeres y los hombres. Se enfatiza en los pronunciamientos tanto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del género como determinante social de la salud, como en los expuestos en el Plan de Acción por Cinco Años (PoA) para la Aplicación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El segundo apartado expone el marco jurídico que en materia de derechos humanos sustenta la aplicación de la PdeGenS en el escenario mexicano. De manera sucinta se exponen los instrumentos globales regionales que configuran la normatividad internacional, sus instrumentos vinculantes y no vinculantes, y los enunciados más generales de

referencia para la aplicación de los principios sobre igualdad de derechos a la salud que tienen las mujeres y los hombres en México.

Asimismo se comenta acerca de antecedentes del marco legal nacional que promueve la igualdad de género en salud (IdeGenS) en México, con base en las leyes, con sus normas y reglamentos que las complementan y, los planes y programas que modelan la legislación mexicana en materia de género y salud. Se hace hincapié en recomendaciones generales y de amplio alcance para incorporar al género en el campo de la salud, éstas, junto con las estrategias y líneas de acción del PAE 2007-2012 Igualdad de Género en Salud, con aproximación a la situación de salud que caracteriza a la población mexicana; ambas constituyen una importante fuente para derivar acciones de mejora de situaciones y procesos asociados con la salud de las mujeres y los hombres en México.

En el apartado 3 se presentan criterios generales para incorporar la PdeGenS aplicables en los ámbitos nacional, estatal y jurisdiccional, y para operacionalizar dicha perspectiva en programas de salud, por parte del personal normativo y operativo de los programas. Estos criterios emanan de un amplio acervo de conocimientos, experiencias y vivencias sobre género y salud que, junto con la práctica en el tratamiento de género en escenarios de salud y diagnósticos de problemáticas específicas de género, propician la

propuesta de criterios rectores que generalizan e integran las recomendaciones de mayor alcance sobre género y salud para lograr avances en la igualdad y Equidad de Género en Salud (EqGenS) en México.

Los apartados 4 y 5 de la guía se destinan a la presentación de lineamientos explícitos que orientan sobre buenas prácticas, procedimientos, medidas e iniciativas para transformar aquellas conductas y comportamientos que, como resultado de tradiciones, costumbres y expresiones culturales introducen sesgos y desigualdades de género, casi siempre discriminatorias y en detrimento de la mujer, en entornos destinados a la promoción y prestación de servicios de salud.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades con PdeG, en el apartado 4, hace hincapié en las modificaciones que se deben incorporar en los diferentes medios de comunicación para eliminar la transmisión de mensajes con sesgos de género, e igualmente se tratan aquellos modos, comportamientos y formas de expresión que utiliza el personal de salud para dirigirse a las mujeres que las ponen en desventaja con los hombres ante problemáticas de salud similares. Por su parte, el apartado 5, servicios de salud con PdeG, se orienta directamente a situaciones que se presentan en el intercambio presencial entre el personal prestador para la atención a problemáticas de salud y las personas, mujeres y hombres, con padecimientos y enfermedades en actividades de atención a su salud.

El apartado 6, de manera sugerente, aborda la cuestión de cómo utilizar lenguaje incluyente en todas las actividades de salud; se invita al personal de salud a interiorizar la propuesta de promover la igualdad de género y la no discriminación, a través del esfuerzo de desterrar el sexismo en el lenguaje y las imágenes que se usan en la comunicación, ya que éste es el agente o medio de transmisión de género más importante en la vida de las personas.

La experiencia indica que esta estrategia es de alta prioridad en la incorporación de la PdeGenS. Teniendo en cuenta que el lenguaje es el medio más inmediato de llegar a las personas, es preciso corregir y modular expresiones que pueden fomentar estereotipos de género, desigualdades y discriminación hacia las mujeres, en especial aquellas que resultan afectadas en su situación de salud.

## ¿A quién va dirigida la guía?

La formulación de temas propositivos, el lenguaje utilizado y el modo de presentar la información de la guía para la incorporación de la PdeGenS, **se dirige al personal que se encarga de la normatividad y la operación de programas de salud** en México, ya sea que pertenezca al ámbito federal, estatal, jurisdiccional o a unidades locales de prestación de servicios de salud. Los ejemplos, experiencias y notas sobre género y salud que se incluyen provienen del análisis de las necesidades de salud de mujeres y hombres, así como de la práctica de iniciativas, acciones y medidas para atenderlas en la práctica cotidiana de prestación de servicios de salud; con énfasis en las actividades de promoción, prevención y atención médica.

Con esta guía se pretende proporcionar herramientas para que el personal normativo y operativo de los programas de salud incorpore en las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica, los conceptos y las prácticas sugeridas para favorecer la equidad de género. El interés es apoyarles para que faciliten a mujeres y hombres el acceso a recursos de salud; para que fomenten su empoderamiento en el autocuidado de su salud, en especial en personas que pertenecen a segmentos poblacionales en situación de vulnerabilidad, pobreza, violencia y discriminación.

Se busca también que el personal de salud transmita conocimientos e información sobre género a la población para el ejercicio de su derecho a la salud, que comprende el derecho a la atención, a la salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia.

Finalmente, es necesario resaltar que en la labor de consultas y recogida de información para elaborar el contenido de esta guía participaron especialistas en género y salud, así como responsables y representantes de los programas de salud de los ámbitos federal y estatal de la Secretaría de Salud, que aportaron sus valiosos conocimientos y experiencias, sugerencias y comentarios. Debemos enfatizar que tuvimos reuniones con personal responsable del programa de Igualdad de Género en Salud de los Servicios Estatales de Salud en los estados de Morelos y Yucatán, lo que enriqueció aún más la información para elaborar este documento ya que nos compartieron sus experiencias y materiales. Finalmente, agradecemos al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo el apoyo otorgado para la realización de este documento.

Para todas las personas que participaron y brindaron información para la elaboración del documento, extendemos nuestro más sincero agradecimiento y reconocimiento.

## Participantes en el Grupo de Expertas/os en Género y Salud

Dora Cardaci Rodríguez, Guillermina Arenas Montañó, Oliva López Sánchez, Héctor Ávila Rosas, Deyanira de la Paz González de León, Margarita Márquez Serrano, Luis A. Botello Longgi, María

Beatriz Duarte Gómez, Prudencia Susana Cerón Mireles, Elvira Merecías Sánchez, Itzá Castañeda Camey, Luz M. Moreno Tetlacuilo, César Infante Xibille, Silvia Loggia Gago.

## Representantes de Programas y Áreas de Salud. Ámbito Federal

Elizabeth Arteaga Avendaño (Planificación Familiar y Anticoncepción), Jaime Espinosa Cotto (Prevención y Atención de Adicciones), Ma. de Lourdes Tokunaga Bravo (Salud Sexual y Reproductiva), Dora Evelia Martín Jiménez (Arranque Parejo en la Vida), Norma Curiel Hernández (Prevención y Tratamiento de Adicciones), Rocío Cuevas Vargas (Planificación Familiar y Anticoncepción), Rogelio González Ramos (Arranque Parejo en la Vida), Kenia M. Valdez (Dengue), Ulises Pérez Barba (Seguridad Vial), Delia Ruelas Valdés (Seguridad Vial), Armando Vázquez Mena (Salud en la Adolescencia), Norma Herrera Sánchez (Planifi-

cación Familiar y Anticoncepción), Andrea M. Nieto Aguilar (Subdirección de la Infancia), Néstor Leticia Olvera Romero (Igualdad de Género en Salud), Delia Ramírez Cruz (Cáncer Cérvico Uterino), Raquel Espinosa Romero (Cáncer Cérvico Uterino), Hilda González Almaraz (Cáncer de Mama), Norma A. San José Rodríguez (Salud Sexual y Reproductiva), Ana María Medina González (Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente), Erik García Estrada (Salud en la Adolescencia), Carlos David Vilora Rivera (Salud en la Adolescencia), Sofía Adela García Reyes (Escuela y Salud).

## Responsables de Programas de Género en Salud. Ámbito Estatal

Jorge Francisco Gómez Pech (Responsable del Programa Igualdad de Género en Salud, Servicios de Salud de Yucatán). Verónica Arredondo Morales (Responsable del Programa de Igualdad de Género en Salud, Servicios de Salud de Morelos).

## 1. ¿Qué conceptos hay que conocer para incorporar la Perspectiva de Género en Salud?

A continuación abordaremos las definiciones que se necesita conocer para incorporar al género como eje transversal en promoción de la salud, prevención y atención a la salud, y comprender el sentido de las desigualdades e inequidades de género en salud.

### La construcción del género

El género es una categoría analítica de alcance universal, surge en los años 70 del siglo XX a partir de investigaciones científicas en las áreas de las ciencias sociales y humanas, entre otros campos del conocimiento, que por esos años realizaron importantes aportaciones al abordaje y análisis de las problemáticas de desigualdad entre mujeres y hombres en la sociedad. El género es diferente al sexo. Esta diferenciación permite identificar desigualdades entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de la vida incluyendo el de la salud. En términos conceptuales se definen como:

**Género:** Conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer (formas de comportamiento, valores, actividades a realizar, su lugar en el mundo) que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de los cuales las personas construyen sus identidades. Establece relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general.

El género es relacional, jerárquico, cambiante a través del tiempo, contextualmente específico e institucionalmente estructurado.

**Sexo:** Diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son congénitas, se nace con ellas y son universales.

El sexo alude a las diferencias físicas y biológicas, mientras que, género (masculino o femenino) es una categoría construida social y culturalmente, se aprende y, por lo tanto, puede cambiar. Marta Lamas<sup>1</sup> afirma que:

El género es la construcción cultural de la diferencia sexual; contrario a la opinión popular, género no significa “mujer” y tampoco alude al “feminismo”, sino que se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas, incluyendo la salud.

El género como construcción cultural de la diferencia sexual, establece un sistema donde lo femenino

se conforma a partir de la función biológica de la reproducción, la función social de la maternidad y el cuidado de los otros. Esto delimita un conjunto de valores y normas que determinan un papel socialmente aceptado y demandado a las mujeres. Lo masculino en cambio, se conforma a partir de tres aspectos que también configuran un papel socialmente aceptado y exigido para los hombres:

- 1 Delimitar claramente las fronteras entre lo que se considera femenino y masculino.
- 2 Suprimir todo lo femenino donde las características denominadas femeninas son atributos que deben excluir para saberse hombres.
- 3 La necesidad de demostrar que se es hombre a partir de pruebas públicas. No basta con tener sexo de “hombre”, se debe demostrar a otros que lo es; echar mano de múltiples conductas como demostrar ser fuerte, no mostrar debilidades, siempre estar seguro con las cosas que se hacen, siempre estar dispuesto sexualmente, ser un conquistador, etcétera.

El sistema tradicional de género impone normas, roles y estereotipos de género que a su vez lo reproducen.

**Normas y roles de género:** nunca son neutrales o estáticas, se pueden cambiar; aunque a menudo el proceso que llevaría a transformaciones en la asignación de normas y los roles predeterminados no es sencillo. Las normas y los roles de género

conforman el “deber ser” de las personas según pertenezcan al sexo femenino o masculino. En el plano individual, social e institucional están reforzadas por la tradición, las costumbres, las leyes, la clase socioeconómica y la ética.

Las normas son expectativas de la sociedad con respecto a actitudes y comportamientos aceptables para los hombres y para las mujeres, ya sea en la infancia, la juventud, la edad adulta, o las personas adultas mayores; en tanto, los roles son funciones socialmente asignadas a las mujeres y los hombres en su quehacer y desarrollo social.

Los roles son también llamados “papeles de género” y podemos considerarlos como ciertas actividades, conductas, prácticas y costumbres que históricamente han sido establecidas como las que debe cumplir una mujer o un hombre; responderían a lo que en los diversos grupos sociales se dice que son “cosas de mujeres” o “cosas de hombres”, ya sea en una pequeña comunidad o en una gran ciudad.

Un ejemplo muy extendido, es el papel de “ama de casa” que implica la realización del trabajo doméstico, cuya responsabilidad se asigna socialmente a las mujeres; mientras que a los hombres se les asigna mayoritariamente el papel de “proveedor”, responsabilizándolos de la generación de ingresos fuera del hogar. Así, hombres y mujeres aprendemos a relacionarnos según lo asignado y esperado socialmente, de acuerdo con nuestro sexo. Sin

embargo, dicha asignación de roles femeninos o masculinos no necesariamente se cumple, en la realidad tampoco son exclusivos de unas y de otros, sino que se realizan de acuerdo con las condiciones en que vive cada mujer y cada hombre, según sus necesidades, sus deseos y sus contextos sociocultural y económico.

Además de proveedor de recursos para el hogar, otros ejemplos de roles masculinos son: ser productivo, realizar reparaciones mecánicas, cargar cosas pesadas. En contraposición roles femeninos son: ser reproductiva, cuidadora del hogar, de familiares, enfermos y menores de edad, limpiar la casa, lavar la ropa, etc.

Los roles se conforman en combinación con los llamados **estereotipos de género** que son imágenes y representaciones preconcebidas y prejuiciosas sobre la mujer y sobre el hombre, que se comparten y reproducen en una sociedad. Por eso se dice que hay un estereotipo de lo femenino y un estereotipo de lo masculino. Cada uno establece las características en imágenes y representaciones de lo que se espera en una sociedad que sea una mujer o un hombre.

Los estereotipos de género no necesariamente se cumplen, pero sirven de patrón o modelo que influye en el juicio y valoración social que se hace de un hombre o de una mujer, y también influyen en la propia imagen y autoestima, limitando las

potencialidades de las personas al estimular unos comportamientos y reprimir otros, en función de su sexo.

En cuanto a los estereotipos, a las mujeres se les considera poseedoras de más características expresivas, tales como la debilidad, la dependencia, la sensibilidad, la obediencia, la afectividad o la inseguridad, mientras que a los hombres se les considera más poseedores de rasgos instrumentales, como son la fortaleza, la independencia, el espíritu emprendedor o la dominación.

La forma en que se construye el género, diferenciando jerárquicamente a lo masculino y lo femenino, donde lo masculino es valorado como superior a lo femenino, además del modo en que se entrelazan sus componentes en los procesos de socialización y reconocimiento de las identidades, da lugar a relaciones desiguales de poder influyendo en los comportamientos y conductas de las personas.

**Las relaciones desiguales de poder conducen a la discriminación y reproducen la división sexual del trabajo**, como fenómenos sociales que generalmente son negativos para las mujeres en todas las sociedades.

**La discriminación por género** es resultado del carácter jerárquico que desde lo social se establece a las diferencias entre hombres y mujeres. Se presenta al atribuir mayor importancia a uno de los dos

géneros en detrimento del otro reproduciendo las relaciones de poder desiguales que condicionan la capacidad de autonomía de las personas. La discriminación por género se presenta más comúnmente hacia las mujeres en nuestra sociedad debido al sistema de género que coloca en un nivel jerárquico de inferioridad a lo femenino. Cuando se presenta la discriminación contra las mujeres sus posibilidades de desarrollo y crecimiento se limitan afectando su vida y bienestar, incluida su salud; sin embargo, cada vez más se hacen también visibles los costos y efectos en la salud física y mental de los hombres a causa de la discriminación por género que se dirige hacia ellos.

La discriminación por género, dirigida hacia las mujeres, llega a manifestarse a tal grado, que todo lo que parece femenino es rechazado y menospreciado; a ese extremo se le conoce como misoginia.

Una de las formas excesivas de discriminación hacia las mujeres y de las relaciones desiguales de género es su traducción en **violencia hacia las mujeres**,<sup>i</sup> que se define como la que se ejerce contra ellas por el hecho básico de ser mujeres; se manifiesta de maneras tales como: provocar su sufrimiento o daño físico, psicológico o sexual, ya sea en el ámbito privado o en el público; se incluyen las amenazas, la coacción, la privación de la libertad, las humillaciones, las prohibiciones, el tomar decisiones por ellas sin considerar su opinión, etc.

Otra expresión máxima del sistema tradicional de género y de la discriminación contra el género femenino es la **homofobia**. Ésta se dirige a los homosexuales, más común y directamente hacia los hombres que parezcan “afeminados”, es decir, que se muestren cercanos o reproduciendo los estereotipos y roles de género femeninos. En cambio, cuando la homofobia es contra las mujeres homosexuales se manifiesta contra aquellas que no asumen sus roles y estereotipos tradicionales de género. Es decir, que la homofobia también reproduce y refuerza el sistema tradicional de género donde la supremacía de lo aceptado socialmente como masculino persiste sobre lo femenino.

La homofobia está basada en la idea falsa de que los actos, deseos, comportamientos e identidades homosexuales van contra la moral preestablecida, y de que son contrarias al modelo tradicional de género de masculinidad-feminidad. Víctor Velasco<sup>2</sup> define la homofobia como el:

Mecanismo de control social que obliga a todas las personas a vigilarse y vigilar a los otros y otras para no permitirse el afecto entre iguales y a mantener los modelos de dominación genérica de lo masculino sobre lo femenino y/o afeminado.<sup>2</sup>

i. También conocida como violencia de género, aunque si buscamos indicar la violencia hacia las mujeres, no se considera una acepción adecuada, en tanto el género atañe también a los hombres.

Portanto, la homofobia también es parte de las expresiones de discriminación que deben atenderse y eliminarse en todos los ámbitos de la vida, incluido el de la salud.

### Escenarios de socialización de género:

**La familia** es el primer lugar donde se inculca qué es ser mujer y qué es ser hombre y esto se refleja en el trato cotidiano, en las actitudes que se premian o castigan, en la división sexual del trabajo al interior del hogar y actividades extradomésticas, en el consumo de alimentos y bebidas, en las actividades recreativas familiares, en los colores que se asignan a cada sexo, en los juegos y juguetes que se regalan o en los cuentos que se leen, entre otras actividades.

En la socialización de género la escuela es otro lugar importante al transmitir, dentro del currículo y otras actividades escolares, estereotipos y conductas genéricas en la población escolar.

De manera inconsciente y a veces consciente, la distribución del alumnado en el salón de clases, los juegos en áreas libres, los ejercicios físicos y orientación vocacional transmiten mensajes estereotipados de ellas y ellos.

En México se aprecian transformaciones de género en avance hacia la igualdad tanto en la familia como en la escuela; el ascenso en el nivel educacional y la participación femenina en el trabajo extradoméstico, entre otros factores, resultan motores del cambio de concepción del ser hombre y ser mujer.

Por su parte, **evitar el androcentrismo<sup>ii</sup> y el sexismo<sup>iii</sup>** en materiales escolares e incluir al género como eje transversal en el currículo escolar son procesos que inciden favorablemente en la educación para la eliminación de desigualdades entre hombres y mujeres.

ii. El androcentrismo define la mirada masculina en el centro del Universo, como medida de todas las cosas y representación global de la humanidad, ocultando otras realidades, entre ellas la de la mujer.

iii. Según la Real Academia Española sexismo es la discriminación de personas de un sexo por considerarlo inferior al otro.

## El Lenguaje: determinante en la socialización de género

Otras vías directas para transmitir las ideas, valores, roles y estereotipos de género son el **lenguaje** y los llamados **medios de comunicación**.

El lenguaje es el elemento socializador por excelencia, entendido como:<sup>iv</sup>

- a) El conjunto de signos para expresar lo que vemos, sentimos y pensamos.
- b) El medio por el cual nos comunicamos por vía oral y escrita, pero también a través de gestos, ademanes e imágenes.
- c) Una construcción social e histórica, con influencia sobre nuestra percepción de la realidad.
- d) Un medio de transmisión de valores, de formas de ver y de pensar al mundo, de interpretar la realidad y también de recrearla simbólicamente.
- e) Un signo de identidad de personas y de grupos sociales.
- f) Algo dinámico que a su vez influye sobre la realidad, la cual, por su estrecha relación con el pensamiento, puede cambiar gracias a la acción educativa y cultural e influir positivamente en el comportamiento humano.

Es importante subrayar que la identidad genérica se forja desde el lenguaje, en tanto define y transmite quiénes somos, cómo somos, qué pensamos, a partir del modelo binario de dos géneros, masculino y femenino.

Con base en lo anterior, en el uso común del lenguaje (hablado, escrito, gestual, en imágenes) es posible identificar desigualdades sociales, distintas formas de discriminación.

Una de esas formas de discriminación es el sexismo, que se expresa en la invisibilización de las mujeres, o bien, en la asignación, uso y reproducción de estereotipos que las devalúan por el hecho de ser mujeres.

En menor medida, el sexismo también se ejerce sobre los hombres, en cualquier caso genera claras desventajas para las personas a quienes se aplica. Basta pensar en lo que se expresa mediante frases como: “vieja el último”, “calladita te ves más bonita”, o bien, “todos los hombres son machos”, “no seas maricón”, y muchas más que cada quien conoce y llega a usar.

El **sexismo en el lenguaje** se manifiesta por diversas vías:

- 1 Uso del género masculino como generico neutro, como incluyente de las mujeres (**androcentrismo**), sin embargo, las invisibiliza en la historia, en la vida cotidiana, en las conversaciones informales y en los documentos oficiales:  
“los trabajadores de los hospitales”.

iv. Véase Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. “El lenguaje, más que palabras. Propuestas para un uso no sexista del lenguaje. Bilbao; 1988.

- 2 Usar el género masculino con connotación positiva y el femenino con negativa: “hombre público/mujer pública”.
- 3 Existencia de un orden jerárquico al nombrar primero a los hombres o darle mayor valor a sus características o acciones: transmite y refuerza las relaciones asimétricas e inequitativas que se dan entre los sexos en cada sociedad, en todos los ámbitos de la misma:  
“El Sr. Subsecretario de Asuntos de Salud. Mtro. Ronaldo Aquino y la Subsecretaria de Asuntos Internacionales”.
- 4 No indicar en femenino ocupaciones y profesiones que ejercen también mujeres:

“Mi hija es médico”.

- 5 Devaluar la imagen y las actividades de las mujeres:  
“pareces vieja verdulera”.
- 6 Reproducir estereotipos relacionados con los roles de género tradicionales:  
Presentar únicamente imágenes de mujeres realizando tareas domésticas y de hombres trabajando fuera de casa.

El tratamiento sexista del lenguaje, discriminatorio hacia las mujeres, ya sea por el término utilizado o la manera de construir la frase, adquiere un sentido despectivo, ofensivo y de maltrato hacia lo femenino.

Al hablar, las palabras se transforman en representaciones y, éstas, en un imaginario colectivo. Pero al aprender a nombrar las cosas y las personas del entorno, en el lenguaje se introducen prejuicios, matices de discriminación y atribuciones arbitrarias que encasillan aquello que se nombra.

Promover la igualdad de género y la no discriminación obliga a REAPRENDER EL LENGUAJE y desterrar el sexismo de las imágenes que se usan en la comunicación.<sup>v</sup>

De ahí la importancia de reconocer y nombrar tanto a mujeres como a hombres, sin prejuicio ni omisión de unas u otros, como un fundamento importante de pensamientos y acciones renovadas hacia la igualdad de condiciones y oportunidades.

En el sentido citado, los medios de comunicación, a través de mensajes televisivos, radiales, prensa,

libros, Internet, póster, etc., resultan un vehículo para la reproducción de las formas de lenguaje vigentes y la difusión de estereotipos sobre la forma como deben ser, comportarse, pensar y sentir las mujeres y los hombres; además, muestran las formas de premio o castigo asociadas a la obediencia o trasgresión de dichos estereotipos.

<sup>v</sup>. Tomado del documento Comunicación para la Igualdad elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México. (Borrador en proceso de edición).

## El sexo y el género en la salud de mujeres y hombres. Las construcciones derivadas

La salud muestra en varios ámbitos las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y, a la vez, sirve como ventana privilegiada para observar varios costos de la socialización masculina que tienen que pagar los hombres.<sup>3</sup> Las personas, mujeres y hombres, presentan diferencias inherentes al sexo en su estado de salud; el género influye en el estado de salud y la manera en que se brinda la atención a la salud.

En la salud de las mujeres y los hombres existen diferencias debidas a factores de riesgo asociados al sexo, es decir, a los factores biológicos, y también debidas a las relaciones de poder desiguales derivadas de los factores socioculturales de género. En los últimos años se ha documentado que los diferenciales en la salud de mujeres y hombres tienen generalmente una base en las condiciones de vida que, por el sistema tradicional de género, tienen ellas y ellos.<sup>4, 5</sup>

Los diferenciales en la salud de mujeres y de hombres debidos al género son injustos y evitables, por tanto deben ser reconocidos como desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la prestación de servicios para la salud.<sup>6</sup>

Los factores socioculturales, es decir, las normas y roles de género, y el acceso y control de recursos para

la salud, determinan problemas de salud. En la mayor parte de las problemáticas de salud es marcada la interrelación de los factores, lo que hace complejo delimitar los contornos entre los efectos del sexo y el género, por separado, en las diferencias del estado de salud de mujeres y hombres.

Los factores biológicos de sexo y socioculturales de género no influyen en la salud de manera separada o aislada; por el contrario, se relacionan e inciden en el estado de salud de las mujeres y los hombres. Analizar la manera en que esto sucede conlleva, como lo dice Gita Sen<sup>7</sup> a “adentrarse más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica hasta llegar a las bases sociales más profundas del poder y la desigualdad”; lo que a su vez, plantea retos para el campo de la salud en términos de comprender al género como un determinante de la salud.

De acuerdo con esa autora:<sup>7</sup>

La salud, a diferencia de la educación, por ejemplo, tiene una base biológica o, al menos, referentes biológicos. Nadie creería seriamente que las diferencias educacionales entre las razas, castas o los sexos tienen una base biológica. Pero, en el campo de la salud, la biología no puede sencillamente descartarse como sesgo. Por consiguiente, nos vemos obligados

a analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales cuando se intenta comprender las diferencias relacionadas con la salud entre mujeres y hombres.

Como parte de los factores socioculturales, los estereotipos y roles tradicionales de género tienden a ser negativos para la salud porque limitan las capacidades y oportunidades de mujeres y hombres para aprovechar su potencial.

Ejemplos de estereotipos de género que influyen sobre la salud y su atención	
Problemática	Sesgos de género y estereotipos
La salud mental, depresión –y otras patologías asociadas– de las mujeres.	El sesgo surge del estereotipo de debilidad, inferioridad y flaqueza en el carácter, que se adjudica al comportamiento femenino. El sesgo debido al estereotipo masculino de fortaleza, firmeza y seguridad también influye en la dificultad de diagnosticar y atender la depresión en los hombres.
La violencia contra las mujeres como problema de salud.	En los servicios de salud muchas veces se trata a las mujeres como víctimas, <sup>8</sup> y con frecuencia se le revictimiza al suponer que ellas merecen ese trato por haberlo provocado de alguna manera.
A menudo se excluye de responsabilidades a los hombres tanto en las medidas anticonceptivas, como durante el proceso de atención pre y postnatal de la mujer embarazada.	Se piensa que todo lo que atañe a las funciones reproductivas les corresponde a las mujeres. Ese estereotipo determina también que no se promuevan suficientemente estrategias para que los hombres acudan más a los servicios a favor de su propia salud sexual y reproductiva y la de sus parejas.

En el campo de la salud el género influye en el **acceso a los recursos y su control**; contribuye a revelar las diferencias en la manera en que las mujeres y los hombres cuidan de su salud, se atienden ante una enfermedad, acceden a servicios de salud y tratamientos. **El acceso a los recursos** se refiere a la oportunidad de uso de diferentes tipos de éstos: económicos, sociales, políticos, de educación e información, tiempo, y recursos internos o individuales (autoestima, autonomía, poder de decisión), entre otros. Por su parte, el control de los recursos es la capacidad para definir, influir y tomar decisiones sobre el uso de un recurso; implica a su vez la

habilidad de definir el uso o no de los recursos y de imponer esta definición a otras personas. En circunstancias relacionadas con el acceso y control de los recursos para la salud por ejemplo, las instituciones determinan quién usa los servicios, la facilidad con que pueden usarse, decide qué servicios ofrecer, cómo se usan los recursos para la prevención, la atención, prevención y promoción de la salud.

Las normas y los roles de género también definen condiciones para el control sobre los recursos que requieren mujeres y hombres para acceder a los servicios de salud y a la información, así como la

manera en que los sistemas de salud distribuyen los recursos asignados para la prestación de servicios de salud que deberían ajustarse según las necesidades diferenciales de mujeres y hombres. El análisis del acceso y control de recursos permite distinguir la brecha entre la disposición formal de la propiedad de los recursos y su capacidad para usar y disponer de ellos, de acuerdo con el interés y las necesidades de las mujeres, quienes cuentan con menor legitimación cultural para actuar en beneficio propio.

Para avanzar hacia la igualdad de condiciones en el acceso y control de los recursos para la salud, es fundamental el empoderamiento de las mujeres.

Según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el empoderamiento:

Es el proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.

En cuanto a la salud, el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

**El empoderamiento para la salud** puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Específicamente, el empoderamiento de la mujer ha sido reconocido como una necesidad fundamental para el desarrollo social desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; como una acción fundamental para mejorar las condiciones de vida de la población, y avanzar hacia la IdeG, incluyendo el ámbito de la salud.

## La aplicación de la perspectiva de género en el área de la salud

Al tomar en cuenta el marco teórico-conceptual construido anteriormente, podemos empezar a trabajar desde la PdeG. **El enfoque o la PdeG, se refiere a tener en cuenta el lugar y el significado que las sociedades dan al hombre y a la mujer en su carácter de seres masculinos o femeninos.**

Reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual.

Se trata de una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos. Analizar alguna situación desde la PdeG, permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida en que no está “naturalmente” determinada; esta perspectiva ayuda a comprender más profundamente no sólo la vida de las mujeres, sino también la de los hombres y las íntimas relaciones que se establecen entre ambos. Este enfoque cuestiona los estereotipos con que somos educadas/os y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y de relación entre los seres humanos.

Una definición amplia de (PdeGenS) perspectiva de género en salud, busca reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud.

Esta distinción cultural entre las esferas femenina y masculina, lejos de ser neutra, se asocia con relaciones desiguales de poder entre los sexos, que se traducen en diferenciales de riesgos, necesidades, contribuciones, y acceso y control sobre los recursos en salud. El género –junto con la clase y la etnia– es un determinante clave de las oportunidades de salud, tanto en el nivel individual y familiar, como en nivel macro de asignación de recursos dentro del sistema.

En el caso de las mujeres debemos resaltar que por el género, ellas tienen asignada la responsabilidad social de ser las principales cuidadoras de salud en el hogar. Actualmente las mujeres constituyen por ello, el principal multiplicador de salud y desarrollo humano, pero también, son las más afectadas por los cambios en la provisión de servicios en el sector formal de la salud. Las desigualdades de género se articulan y son reforzadas por otras desigualdades de poder. La eliminación de las desigualdades de género demanda,

entonces, el concurso de distintos sectores sociales, así como también, la participación democrática de la sociedad civil, particularmente de los grupos organizados de mujeres.”

La PdeG es política porque considera y cuestiona la construcción social-histórica-cultural del ser mujer y ser hombre, y la relación entre tales; es la base para el análisis de información, para elaborar, planear, desarrollar, monitorear y evaluar intervenciones que transformen esa desigualdad social en equidad y justicia social para mujeres y hombres; promueve cambios para generar relaciones más democráticas entre las mujeres y entre los hombres.

Aplicar la PdeG en los programas de salud implica:

- 1 Relacionar la distribución del trabajo/espacios/ ejercicio del poder de la población con los perfiles epidemiológicos, las condiciones de acceso a los servicios, el financiamiento y la gestión del sistema de salud.
- 2 Conocer y considerar el estado de la salud de las mujeres y de los hombres y sus determinantes.
- 3 Garantizar el acceso efectivo a la atención según las necesidades diferenciales de mujeres y de hombres.
- 4 Brindar financiamiento de la atención según la capacidad de pago.

- 5 Alcanzar y mantener un balance en la distribución de la carga de responsabilidades de hombres y de mujeres en el autocuidado de la salud y el cuidado de los otros/as.

Desde la PdeG se pueden identificar:

- a) Los riesgos relacionados con el tipo de actividad y los patrones de comportamiento que los estereotipos y roles de la masculinidad o la feminidad establecen.
- b) La influencia del género en la percepción de los síntomas de enfermedad.
- c) Las diferencias en el momento de búsqueda de atención médica de mujeres y hombres.
- d) Las diferencias entre mujeres y hombres en la manera en que se asume o no el papel de enfermo/a y de cuidador/a.

El género también influye en las condiciones de posibilidad de acceso a los servicios de salud, las necesidades específicas y la calidad de la atención médica, así como en las condiciones de adherencia al tratamiento para las mujeres y para los hombres.

Desde la PdeG ha sido posible identificar las diversas maneras en que la desigualdad entre mujeres y hombres se manifiesta en la historia y la vida cotidiana de las personas, y tiene implicaciones en sus relaciones personales, laborales, sociales, y en todos los ámbitos de su vida.

En especial, la salud resulta un claro exponente de desigualdades de género en un escenario complejo de condicionantes biológicos y socioculturales del estado de salud de la población.

Se identifica como **transversalidad de la PdeG** al proceso que permite garantizar la incorporación de la PdeG con el objetivo de valorar las implicaciones que tiene para las mujeres y los hombres cualquier acción que se programe, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas. Busca que el esfuerzo por avanzar en la IdeG sea integral y afecte todo los niveles de una organización. La PdeG debe ser aplicada en todas las políticas, estrategias, programas, actividades administrativas y económicas e incluso en la cultura institucional de una organización, para contribuir verdaderamente a un cambio en la situación de desigualdad genérica en nuestra sociedad.

Para avanzar en la IdeG, se pueden realizar acciones y tomar medidas especiales de carácter temporal. Junto con la eliminación de barreras, la introducción de medidas especiales temporales trata de alentar la participación de las mujeres en condiciones de igualdad en todos los ámbitos: político, económico, social, cultural y civil, lo cual resulta una condición previa indispensable para el bienestar social. El Comité de Vigilancia de la Convención

sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha definido que se trata de aplicar estrategias necesarias para lograr la igualdad sustantiva y de facto de la mujer y el hombre en el goce de sus derechos humanos.

En el campo de la salud, algunas medidas especiales de carácter temporal pueden abarcar diversos instrumentos, políticas, programas y acciones de índole legislativa, ejecutiva, administrativa y reglamentaria, como pueden ser programas específicos de apoyo; la asignación o reasignación de recursos según necesidades de salud; el trato diferencial; la determinación de metas en materia de contratación y promoción; el planteamiento de objetivos cuantitativos relacionados con plazos determinados para el mejoramiento de la salud de la mujer; los sistemas de cuotas; etc. Los países integrados a la CEDAW en calidad de Estado Parte, como es el caso de México, tienen la obligación de garantizar que las medidas especiales de carácter temporal se orienten a apoyar el principio de igualdad y, por consiguiente cumplir con los principios constitucionales que garantizan la igualdad de todas/os los ciudadanos.<sup>vi</sup>

vi. Para profundizar en este tema se recomienda consultar el texto publicado por: INMUJERES. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer. Recomendaciones Generales del Comité. Protocolo Facultativo. Formulario Modelo para una Comunicación. México; 2009.

La transversalidad de la PdeGenS parte del principio de igualdad, como precepto para asegurar que las políticas, programas y acciones de salud, tengan efectos y resultados positivos para el balance adecuado en la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres. El proceso progresivo de articular la PdeG en los programas de salud y sus componentes de promoción de la salud, prevención y atención, impone importantes desafíos en la función de

### Igualdad y equidad de género en salud

La incorporación de la PdeG en políticas, programas y planes de acción en salud en México, toma en consideración los principios y recomendaciones sobre derechos que emanan de la normatividad internacional a la que el gobierno mexicano se ha comprometido, y los ordenamientos y lineamientos que establece la legislación nacional en materia de igualdad de derechos a la vida, la salud, la educación, entre otras dimensiones que intervienen en el bienestar y desarrollo de capacidades de las mujeres y los hombres. En el siguiente apartado de esta guía abordaremos aspectos más específicos sobre el marco jurídico nacional e internacional.

De acuerdo con el consenso internacional, la **IdeG** es un imperativo de carácter jurídico que pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre

prestación de servicios de salud; implica construir mejores prácticas para abordar las enfermedades tomando en cuenta las cargas sociales, la violencia, las creencias y costumbres, optimizar los recursos y servicios; interpretar las evidencias científicas apegadas a las características diferenciales de género entre mujeres y hombres, con la finalidad de implantar medidas para la igualdad de derechos y oportunidades.

hombres y mujeres. Implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo. Por su parte, la **equidad de género (EqG)** es un imperativo de carácter ético basado en el principio de justicia social que busca compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos entre mujeres y hombres.

Equidad no es lo mismo que igualdad; paralelamente, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de **inequidad** adoptada por OMS /OPS es la de desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas.

A través de la EqGenS, se trata de reducir y eliminar disparidades innecesarias, evitables e injustas en la salud y sus determinantes, entre hombres y

mujeres, atribuibles al sistema sexo-género. Se busca que las mujeres y los hombres tengan la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.

Algunas reflexiones de Gómez<sup>8</sup> inducen a abundar sobre las diferencias entre ambos principios; en términos operacionales, la **EqGenS** se traduciría, por tanto, en la minimización de disparidades evitables en el estado de salud<sup>vii</sup> y la atención de la salud<sup>viii</sup> –y sus determinantes sociales– entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social.

## El género: un determinante social de la salud

Con el emblema de “Un nuevo programa de acción destinado a mejorar la salud, la equidad y el desarrollo”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, misma que reconoció al género como un determinante social de la salud. La Comisión publicó en 2007 un reporte sobre las desigualdades de género en salud en el cual establece que el análisis con PdeG, en tanto comprende los factores que determinan las diferencias de vulnerabilidad y exposición a riesgos de hombres

La equidad en el estado de salud apunta al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

La equidad en la atención de la salud implicaría que:

- 1 Los recursos se asignen según la necesidad,
- 2 Los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad, y
- 3 El pago por servicios se haga según capacidad económica.

Es importante destacar que la noción de **necesidad** está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo **igualitario** o de cuotas idénticas entre personas o grupos, sino de asignación **diferencial** de acuerdo con sus requerimientos particulares.

y mujeres a las diversas enfermedades –desde el punto de vista biológico, psicológico y social– tiene implicaciones para la política de salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanos/as.

Según la definición de la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,

vii. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico y social de las personas.

viii. La atención de la salud es uno de los determinantes del estado de salud, se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento.

**incluido el sistema de salud.** Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.<sup>9</sup>

En los debates de la OMS sobre los DSS, se incluye como base de la diferenciación social dos indicadores tradicionales para clasificar a los grupos poblacionales: el ingreso y la educación. A ellos, se han agregado como verdaderamente innovadores tres indicadores: género, sexualidad y etnia, que no habían sido considerados y, en algunos casos, solamente se habían usado como variables o indicadores para informes, estudios y otros documentos de la salud pública.<sup>10</sup>

**El género como determinante de salud** asume que las mujeres y los hombres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen sus comportamientos en relación a los riesgos y a la salud, y afecta el grado hasta el cual las mujeres y los hombres tienen acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones necesarios para proteger su salud. Eso resulta en patrones desiguales de riesgo de salud, uso de servicios de salud, y estado de salud como lo expone la Comisión de Deter-

minantes Sociales de Salud en su informe global sobre la materia de 2009.<sup>11</sup> En este informe se afirma que si se quiere reducir las desigualdades sanitarias en una generación es fundamental actuar para mejorar la EqG y posibilitar la emancipación de las mujeres.

De acuerdo con la OMS es necesario combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país. Se requiere además:

- 1 Crear y aplicar leyes que promuevan la EqG e ilegalicen la discriminación por razones de sexo.
- 2 Intensificar la incorporación de una PdeG creando y financiando una unidad para la EqG en la administración central de los gobiernos y las instituciones internacionales.
- 3 Incluir la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales.
- 4 Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer.
- 5 Invertir en educación y formación reglada y profesional, garantizar la equidad salarial por ley, velar por la igualdad de oportunidades de empleo a todos los niveles y poner en marcha políticas favorables a la familia.

- 6 Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.<sup>11</sup>

En nuestro país, a pesar de los avances sobre estos temas, aún son grandes los retos.



## Orientaciones sobre perspectiva de género para la salud de las mujeres

Debido a las evidencias de las desigualdades de género donde las mujeres y las niñas son las más afectadas, la OMS elaboró el informe “Las mujeres y la salud: Los datos de hoy la agenda de mañana”, emitido en 2009.<sup>12</sup> El informe actualiza el análisis de

las tendencias internacionales e incorpora elementos sobre nuevos hallazgos en torno a las desigualdades que afectan de manera negativa más a las mujeres que a los hombres en aspectos relevantes de la salud.

El informe “Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana” 2009 expone que las problemáticas que en salud generan especial atención a la mujer y que se deben tener en cuenta en los programas de salud son:

- a) Inequidades amplias y persistentes y desigualdades entre las mujeres y los hombres: mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que las mujeres merecen se les preste especial atención.
- b) La sexualidad y la reproducción son aspectos centrales de la salud de las mujeres.
- c) El tributo que se cobran las enfermedades crónicas, los traumatismos y los trastornos mentales en las mujeres.
- d) Un comienzo justo para todas las niñas es decisivo para la salud de las mujeres.
- e) La sociedad y los sistemas de salud no están cumpliendo sus obligaciones con las mujeres.

Desde este panorama, resulta importante contribuir a dar respuesta a esas necesidades incorporando la PdeG en los programas prioritarios de salud pública en nuestro país para lo cual se elaboró esta guía. A continuación abordaremos el marco legal y normativo que sustenta su publicación, divulgación y aplicación en los servicios de salud.



## 2. ¿En qué Marco Jurídico nos basamos para incorporar la Perspectiva de Género en Salud?

El marco jurídico y normativo que sustenta el trabajo para la igualdad de género en salud se encuentra en un conjunto de instrumentos internacionales, vinculantes y no vinculantes, que se toman como referentes para la formulación del conjunto de leyes que acompañan a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la proclamación del derecho universal a la protección de la salud, a la igualdad entre mujeres y hombres y la no discriminación por sexo y por género.

### Legislación internacional en género aplicable al campo de la salud

Los instrumentos internacionales de carácter **vinculante**<sup>ix</sup> con los que México está comprometido en tanto Estado Parte, para instrumentar medidas a favor de la igualdad de hombres y mujeres son: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC) y su Comité de Vigilancia (CDESC); Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Comité de Vigilancia; Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José, Costa Rica, 1969; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador; Convención

Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará).

Los instrumentos de carácter no vinculante<sup>x</sup> con los que México está comprometido: Declaración Universal de los Derechos Humanos; Declaración Americana de los Derechos Humanos; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994 y sus revisiones Cairo +5, Cairo +10, Cairo +15; IV Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing 1995, y sus revisiones +5, +10; Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); el Consenso de Quito (2007).

- 
- ix. Los instrumentos vinculantes, *hard law*, compuestos por Tratados (que pueden presentarse en forma de Convenciones, Pactos y Acuerdos) suponen, por parte de los Estados, un reconocimiento de obligación legal, se convierte en "Ley de máxima categoría", al mismo nivel que la Constitución; los países deben respetarla, cumplirla y garantizar su cumplimiento.
- x. Los instrumentos no vinculantes o declarativos, *soft law*, proporcionan directrices de conducta que no son en sentido estricto normas vinculantes, pero tampoco políticas irrelevantes; estos instrumentos operan y se ubican por lo tanto, en una zona gris entre la ley y la política. Los principales ejemplos de instrumentos no vinculantes son las declaraciones, las recomendaciones y las resoluciones.

## Marco jurídico y normativo nacional sobre igualdad de género y salud

En México existe un amplio conjunto de leyes, federales y estatales, que con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, regulan los procesos de **atención médica, prevención y promoción** de la salud, conforme a las recomendaciones internacionales y reglamentaciones nacionales en materia de igualdad y equidad de género.

Las leyes vigentes que contienen referentes a aspectos de la salud con PdeG, cuyos preceptos son de obligatorio cumplimiento en el ámbito nacional, estatal y jurisdiccional son:

- a) Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (DOF 02-08-2006) – LGIMH.
- b) Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (DOF 1-02-2007) – LGAMVLV.
- c) Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (DOF 11-06-2003) – LFPED.
- d) Ley General de Salud de 2006 (DOF 6-6-2006) - LGS.

Es necesario destacar que esta guía se elaboró en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de acuerdo con sus atribuciones establecidas en el artículo 40 del Reglamento Interior

de la Secretaría de Salud, con fundamento en el marco legal del derecho a la protección de la salud, y del derecho a la igualdad, pilar de los derechos humanos.

La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (DOF 02-08-2006) es parte fundamental del marco legal para la incorporación de la PdeG en los programas de salud ya que tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. En el artículo 6º, se establece que esta ley busca eliminar toda forma de discriminación que se genere por pertenecer a cualquier sexo, lo que abarca el ámbito de los servicios médicos y formación de personal de salud.

Por otro lado, en su capítulo sobre la Eliminación de Estereotipos Establecidos en función del Sexo, artículos 41 y 42, establece que la eliminación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres es un objetivo de la Política Nacional, por lo cual las autoridades correspondientes deberán promover acciones que contribuyan a erradicar toda discriminación basada

en estereotipos de género, desarrollar actividades de concientización sobre la importancia de la igualdad entre mujeres y hombres, así como vigilar la integración de la PdeG en todas las políticas públicas, lo que fundamenta la importancia de incorporarla en la comunicación social en salud que difunde mensajes sobre salud de mujeres y hombres.

Por su parte, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (DOF11-06-2003) contiene disposiciones legales tendientes a prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en términos del artículo 1 de la Carta Magna, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato. Y la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, tiene como uno de sus principios rectores el de la igualdad.

## Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), se encarga de orientar a los países de la región sobre las condiciones a crear para que la población logre disfrutar de los derechos a la salud, sin distinción de género, razas, etnias, clases sociales y otras dimensiones que se consideran determinantes próximos de la salud. En el caso del género, el Plan de Acción por Cinco Años (PoA) para la Aplicación de la Política de Igualdad de Género de la OPS de noviembre 2009<sup>13</sup> es el instrumento más actualizado que se reconoce como:

un plan destinado a reducir las desigualdades entre mujeres y hombres, niñas y niños que les impiden gozar de una salud óptima, los servicios de salud y acceso y contribución a la salud y el desarrollo.<sup>14</sup>

México, como miembro de la OPS, debe atender los objetivos y líneas de acción del PoA, que

consideran las desigualdades persistentes entre hombres y mujeres, así como los diferentes perfiles y riesgos de salud que se enfrentan en la región de las Américas. El PoA plantea acciones en las siguientes áreas estratégicas:

**Área estratégica 1:** Fortalecer la capacidad de la OPS y de los Estados Miembros de producir, analizar y usar información desagregada por sexo y otras variables pertinentes.

**Área estratégica 2:** Aumentar la capacidad de la Oficina y los Estados Miembros de incorporar la perspectiva de igualdad de género en la formulación, la implementación, la vigilancia y la evaluación de las políticas y los programas.

**Área estratégica 3:** Aumentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, especialmente de

los grupos de mujeres y otros propugnadores de la IdeG, en la determinación de las prioridades, la formulación y vigilancia de las políticas y los programas en todos los niveles.

**Área estratégica 4:** En conformidad con el método de gestión orientada a la consecución de

### **Planes y programas nacionales que promueven la incorporación de la perspectiva de género en salud**

**El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012** en su eje 3: Igualdad de oportunidades, apartado 3.2 Salud, objetivo 4: Mejorar las condiciones de salud de la población, Estrategia 4.3: Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades, y objetivo 5: Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, Estrategia 5.1: Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos, proporciona el marco programático para el PAE de Igualdad de Género en Salud, base para esta guía.

Además, el apartado 3.5: Igualdad entre mujeres y hombres, plantea la transversalidad del género y con ello el carácter de mandato en la incorporación del género en todos los dominios de la vida nacional, entre ellos el sector de la salud.

resultados, institucionalizar las políticas sensibles a las cuestiones de género, al igual que los mecanismos de monitoreo para dar seguimiento a los resultados concretos en materia de integración de la perspectiva de IdeG, y evaluar la eficacia de las intervenciones de género en los resultados de salud.

En consonancia con los objetivos 5 y 6 del PND 2007-2012, la estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades y la estrategia 3: Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud del **Programa Sectorial de Salud (PROSESA)**, derivan en una línea estratégica incorporada en el Programa Nacional de Salud que, en materia de IdeG propone:

- 1 Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención.
- 2 Incorporar la PdeG en los programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.

- 3 Incorporar la PdeG en el programa de comunicación social de los programas prioritarios.

En nuestro país la estrategia de incorporar la PdeG en los programas de salud se materializa a través del **Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 Igualdad de Género en Salud**,<sup>15</sup> de carácter transversal, a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, cuyos objetivos, estrategias y líneas de acción sobre PdeG tienen como principio el derecho a la igualdad y a la protección de la salud, como pilares de los derechos humanos establecidos a nivel internacional y adoptados por la legislación nacional mexicana. A continuación expondremos un resumen de sus contenidos.

La presente guía responde a este marco legal y normativo, y es una herramienta para avanzar en los objetivos del PAE Igualdad de Género en Salud. Presenta lineamientos básicos para la incorporación de la PdeG en los programas de salud que atienden los principales problemas de salud en nuestro país, que son:

**Problemas prioritarios de salud en México para 2007-2012:** Prevención y control de la Diabetes Mellitus; Enfermedad Cardiovascular; Obesidad-sobrepeso; Seguridad vial y Accidentes; Adicciones; Cáncer de Mama; Cáncer de Cérvix; Salud Materna y Perinatal; Planificación Familiar; Discapacidad Auditiva; VIH/SIDA; Dengue; Salud Mental: Depresión; Vacunación.

### 3. ¿Cuáles son los criterios básicos para incorporar la Perspectiva de Género en los Programas de Salud?

Para incorporar la PdeG en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención en los servicios de salud se pueden realizar diversas acciones, generales o específicas, acotadas a cada padecimiento, o bien, a cada área de los servicios. Sin embargo, podemos decir que hay algunos criterios generales a considerar para la aplicación de la PdeGenS en cualquiera de las áreas o campos del Sistema de Salud. A continuación, describiremos cinco criterios generales para aplicar desde la PdeG en el sistema de salud.

#### **I. Desagregar por sexo todos los datos estadísticos y aquellos que se recolectan a través de los sistemas de información en salud sobre la morbi-mortalidad, discapacidad y gasto en salud**

Como se ha mencionado, los organismos internacionales y nacionales señalan como uno de los requisitos básicos para incorporar la PdeGenS, además de la desagregación por edades y, por algunas variables socioeconómicas, contar con información que indique la magnitud de la incidencia, prevalencia, mortalidad y discapacidad según sexo, para poder identificar las desigualdades y, sobre esa base, investigar sus causas tanto de orden biológico, como sociocultural para impulsar medidas pertinentes a la situación identificada. Asimismo, se considera importante desagregar por sexo los datos estadísticos generados por el uso de servicios en los diversos niveles de atención a la salud, el gasto en salud y los referidos a todos los recursos humanos que laboran en el sector.

El conocer los datos desagregados es esencial como primer elemento para analizar una situación de salud con PdeG. De ahí partiremos para observar separadamente a mujeres y hombres de los distintos grupos de edad y realizar una serie de preguntas tales como: ¿Por qué las diferencias observadas?, ¿son biológicas?, ¿tienen relación con algún momento del ciclo vital?, ¿intervienen en alguna forma y medida las identidades, normas y roles de género? ¿Cómo podemos atender las necesidades específicas que se deducen del análisis? ¿Es conveniente asignar mayor presupuesto a las acciones a favor de algún padecimiento de las mujeres o de los hombres?

Resulta de la mayor importancia no sólo desagregar los datos, sino emplearlos para hacer análisis epidemiológicos con PdeG y, a partir de los resultados, proponer acciones específicas en los programas de salud, dirigidas a lograr que mujeres y hombres alcancen los más altos niveles de salud, a partir de la satisfacción de sus necesidades específicas.

A continuación se muestra un ejemplo de la estructura de un cuadro estadístico con datos desagregados por sexo y edad.

Problema de Salud (x) Según Sexo y Grupo de Edad		
Edad	Mujeres ♀	Hombres ♂
Menor a 2 años	≈	≈
2-4 años	≈	≈
5-9 años	≈	≈
10-14 años	≈	≈
15-19 años	≈	≈
20-29 años	≈	≈
30-49 años	≈	≈
50 y más años	≈	≈
Total	≈	≈

### Ejemplos de la utilidad de los datos desagregados por sexo para conocer acerca del género como determinante de la salud

Por María Beatriz Duarte, Investigadora del Instituto Nacional de Salud (INSP) de México.

- 1 Mortalidad por accidentes de tránsito:** 16.8% de las muertes ocurridas en hombres en 2006 tuvieron como causa un accidente de tránsito, mientras que en las mujeres esta causa corresponde sólo a 4.5%.

Las diferencias no obedecen a características biológicas, es decir, no obedecen al sexo de las personas sino al comportamiento que la sociedad asume como normal en los hombres (diferencias de género): que sean arrojados, intrépidos, que manejen rápido, que tomen alcohol, etc. Esto indica que las estrategias para disminuir los accidentes de tránsito deberán ser diferentes para hombres y mujeres.

- 2 Vacunación en personas adultas:** el porcentaje de mujeres vacunadas con la vacuna DT en un área rural es mayor que el porcentaje de hombres.

Una de las razones es que la institución de seguridad social responsable de la vacunación en el área tiene la norma de que la vacuna debe ser aplicada en los glúteos y no en el brazo -en donde también hay masa muscular suficiente-.

Por razones culturales (de género), los hombres no quieren exponer sus glúteos frente a una mujer (auxiliar de enfermería) y no se dejan vacunar.

La institución pierde oportunidades de vacunación por no tener en cuenta las diferencias de género y adoptar normas rígidas sin sustento científico.

## II. Utilizar lenguaje incluyente, no sexista

El uso del lenguaje incluyente es muy importante para avanzar hacia la IdeG. Desde la PdeG se ha documentado en investigaciones académicas que el español es un lenguaje que durante mucho tiempo se ha utilizado de manera sexista, invisibilizando a las mujeres o lo femenino, mediante el uso de palabras en masculino o relativas a los hombres para hacer generalizaciones que suponen la presencia de lo femenino o de las mujeres. Sin embargo, el uso sexista del lenguaje español puede transformarse a favor de hacer notar a las mujeres, en beneficio de la IdeG.

Por eso, incorporar la PdeG también implica un uso del lenguaje no sexista, incluyente, de tal manera que la presencia de lo femenino o lo relativo a las mujeres no se excluya, no se invisibilice y no quede relegado en el lenguaje en un segundo plano.

En los servicios de salud, el lenguaje incluyente escrito se debe utilizar en todos los documentos que se producen en las instituciones, así como en aquellos textos que se utilicen en productos comunicativos impresos o electrónicos para televisión y radio, que sirvan para hacer difusión de cualquier asunto relacionado con la salud. Asimismo, se tiene que utilizar un lenguaje oral incluyente tanto en las relaciones laborales de las instituciones de salud como en el trato a las y los pacientes que atendemos en los servicios.

Posteriormente esta guía abordará el tema del lenguaje incluyente con recomendaciones específicas.

## III. No reproducir o fomentar la discriminación por sexo o género

En el artículo 4º de la Ley Federal para Prevenir y eliminar la Discriminación, ésta se define como:

toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias

sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.<sup>xi</sup>

xi. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 11-06-2003. Última Reforma publicada en el DOF 27-11-2007.

En una sociedad con gran diversidad cultural y desigual como la nuestra, la discriminación por cualquier motivo de los enunciados en esa definición de la ley, es un fenómeno más común de lo que admitimos. Aquí nos referimos particularmente a la discriminación por motivo de sexo o género que forma parte de las maneras en que el sistema tradicional de género se reproduce derivando injusticias y desigualdades para quien es discriminada/o.



En el ámbito de la salud se presentan varias formas de discriminación, ya sea de un solo tipo o interrelacionadas, referentes al sexo, a alguna condición de salud, a la condición económica y a diversas formas de discriminación sociocultural; sin embargo, se les aplica más comúnmente a las mujeres, por ejemplo, poniéndoles obstáculos para atenderlas en los servicios de salud y regañarlas o tratarlas mal por su ignorancia; o a las indígenas, por no poder expresarse; cuando las hacen esperar demasiado tiempo para atenderlas y no les dan ninguna explicación, cuando se les niega información sobre sexualidad o anticoncepción a las adolescentes; o cuando no se les atiende si llegan tarde a la consulta, sin considerar la lejanía de su domicilio y la falta de transporte público para llegar a la unidad de salud.

Para avanzar hacia la IdeG es fundamental no reproducir la discriminación por sexo o género que comúnmente se dirige a las mujeres en los programas y los servicios de salud.

#### **IV. Tener en cuenta que se trabaja con mujeres y hombres con una historia, y no con objetos para números y metas.**

Para quienes laboran directamente proporcionando servicios de salud es común que factores tales como la organización del trabajo y las metas que deben cumplir tiendan a deshumanizarles y provoquen que traten a las y los pacientes de los servicios como objetos, lo que, aunado al poder que ejercen sobre ellos, a partir de sus conocimientos, afecta negativamente a las personas usuarias.

Muchas veces el personal de salud olvida que trata con mujeres y hombres con una historia, y que en ellos se cristalizan mandatos de género de acuerdo con sus condiciones económicas, sociales y culturales, que les llevan a relacionarse con su cuerpo y a vivir su sexualidad de cierta manera, a percibir sus enfermedades, a buscar atención y a seguir, o no, las indicaciones que se les dan; además de la posibilidad de contar con los medios económicos para atenderse y comprar los medicamentos. En esa historia de vida las condiciones sociales, económicas, así como los roles y estereotipos de género, han determinado de alguna manera su forma de ser, de pensar, de definirse como hombre o mujer y de realizar, o no, acciones para el cuidado de su salud.

En los servicios de salud muchas veces observamos que, particularmente a las pacientes mujeres se les

trata como si fueran objetos que no sienten nada a la hora de revisarlas; seres que aparentemente “deciden” no cuidarse, no seguir la dieta ni las indicaciones del médico; en vez de tratarlas como mujeres que, dada la historia de vida y condiciones en las que viven, no han podido contar con los elementos y las herramientas suficientes para tomar decisiones para el cuidado de su salud. Es posible observar cierto tipo de “regaños” del personal de salud hacia las pacientes por no haber cumplido con su tratamiento farmacológico o con una dieta, o por haber llegado tarde a su cita. En realidad, estos “regaños” se convierten en malos tratos al no considerar a la usuaria como una mujer con todo el derecho a ser respetada, escuchada, atendida.

Es necesario cambiar estas prácticas y que el personal de salud atienda a las usuarias de manera respetuosa, amable y sobre todo, considerándolas como seres humanos, dignos de la mejor atención humana y técnica.

En el caso de los hombres, no es tan común ver que reciban algún llamado de atención del personal de salud pero también debemos considerar que su desarrollo como tales ha estado enmarcado en una serie de condiciones y circunstancias sociales,

económicas y culturales, en las que el género masculino también ha determinado de alguna manera sus estilos de vida, comportamientos, y acciones, en todos los ámbitos de su vida incluyendo su salud.

Mujeres y hombres, personas usuarias de los servicios de salud, de cualquier edad, condición económica, etnia o cultura, religión, preferencia sexual, son seres humanos que merecen nuestro mayor respeto y cuidado en beneficio de que puedan ejercer su derecho a la protección de la salud.



## ¿Es la Depresión un estado natural en las mujeres?

Por Oliva López Sánchez, Profesora-Investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

La depresión es un trastorno que afecta el estado general de las personas: perturba sus estados de ánimo de manera abrupta; suelen tener la mayor parte de tiempo pensamientos negativos y de autodestrucción; afecta la forma de comer, sea que se coma en exceso o se pierda el apetito completamente; altera el sueño drásticamente y se puede tener periodos de insomnio o de hipersomnia; se pierde interés por las cosas que antes lo tenían; afecta el deseo sexual y la autopercepción.

En México entre el 15 y 20% de las personas adultas está en riesgo de presentar un cuadro depresivo profundo a lo largo de su vida. Según la Primera Encuesta Nacional de Psiquiatría (2000) en México la prevalencia era entonces de 18 millones de personas afectadas. 11 millones de mujeres y casi 7 millones de hombres podrían estar en un cuadro depresivo. Afecta sobre todo a mujeres y a personas que viven en circunstancias de vulnerabilidad física, social y afectiva (enfermos crónicos, violencia y problemas económicos entre otras). Las grandes ciudades como el DF, Guadalajara y Monterrey presentan los mayores índices. La medicina ha identificado dos tipos de factores: endógenos y exógenos, por los que se puede presentar la depresión.

### Factores endógenos (Causas de tipo biológico, interno):

- a Cambios bioquímicos: alteración en la transmisión de los principales neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la epinefrina.
  - b Neurofisiológicos: hay una disminución de la regeneración de las células neuronales a nivel de un centro llamado Hipocampo.
  - c Hormonales: menstruación, posparto, climaterio.
  - d Genéticos: heredados.
- Los factores exógenos (Causas de tipo externo y vinculadas con la asunción de las normas y los roles de género):
- a Pérdidas materiales.
  - b Afectivas.
  - c Muerte de seres queridos.

### Algunas diferencias en torno a la depresión en mujeres y hombres:

- a Las mujeres suelen experimentar altos niveles de estrés por sus responsabilidades domésticas, los cuales aumentan cuando se combinan con el desempeño de un empleo.
- b Los hombres se deprimen más frecuentemente por cuestiones laborales, mientras que las mujeres se deprimen por problemas interpersonales dentro de sus redes familiares.
- c Los varones pueden expresar su depresión a través de comportamientos violentos que esconden su inseguridad, en conductas de riesgo como alcoholizarse y consumir drogas.
- d El diagnóstico se hace más difícil porque las pruebas están dirigidas a obtener datos (físicos y subjetivos) ajenos a la vivencia de los varones.
- e La cultura impone representaciones y prácticas corporales-emocionales distintas según el sexo de las personas, dando lugar a una "cultura de género".
- f Dar por hecho que las mujeres son más emocionales y es por eso que se deprimen más que los varones son preceptos que dificultan un diagnóstico oportuno y correcto.

Las diferencias de género no sólo se ponen de manifiesto en la prevalencia-vida de los trastornos psiquiátricos, sino también en la expresión, en la co-morbilidad y en el curso de muchas enfermedades.

## V. Fomentar que el cuidado de personas enfermas lo realicen todas/os los integrantes de la familia

La mayoría de las personas que trabajan en los servicios de salud son mujeres, ésta es una realidad documentada por la Organización Mundial de la Salud,<sup>7</sup> la cual también ha indicado que es una actividad que se debe reconocer y revalorar. Además, en el entorno doméstico, la mayoría de las personas que cuidan a las personas enfermas son mujeres.

En nuestro país es muy común que en el ámbito familiar sea una mujer la encargada de cuidar a quien se enferma. Incluso, podemos constatar que en familias donde viven papá y mamá, es ella quien generalmente se queda a cuidar a una hija o hijo enfermo, la que solicita el permiso en su trabajo para poder hacerlo. Se debe reconocer que en la familia y



la comunidad, por norma de género, las mujeres han tenido el rol tradicional de cuidadoras; han sido quienes más se han hecho cargo de las personas enfermas y de procurar la salud de sus integrantes, a veces, con perjuicio para su propia salud.

Para combatir esta problemática, es necesario fomentar que el cuidado de enfermos/as lo compartan todas las personas que integran la familia; hombres y mujeres por igual, cualquier persona con capacidades, independientemente de su sexo, en una dinámica de corresponsabilidad para el bien de la persona enferma y satisfacción de quienes le atienden.

Una manera de fomentar que los hombres y demás integrantes de la familia se hagan cargo también del cuidado de una persona enferma puede ser la presentación de personajes haciendo estas labores en los productos comunicativos utilizados

para la promoción de la salud, la educación en salud o la capacitación en salud.

Esto se ejemplifica claramente en la película El caso de María, producida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en la que se aborda la temática de la Preeclampsia-Eclampsia a través de la historia de María, una mujer embarazada que desarrolla este padecimiento. En el desarrollo de la trama se puede observar el rol de cuidador ejercido por el esposo de María, el cual, preocupado por el malestar de su esposa, la lleva a una unidad de salud, pregunta y habla con un médico sobre el padecimiento de su esposa y se interesa por atenderla y hacerla sentir bien. Materiales educativos como éste, son una muestra de las múltiples maneras que hay de promover que el cuidado de una persona enferma no sólo esté a cargo de una mujer, sino de todo integrante de la familia.

## 4. ¿Cómo aplicar la Perspectiva de Género en la promoción de la Salud y en la Prevención de Enfermedades ?

En la Carta de Ottawa,<sup>16</sup> precursora de las estrategias globales de promoción de la salud, se define Promoción de la Salud, como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y mejorarla”. La promoción de la salud se desarrolla fundamentalmente a través de cinco componentes o procesos claves:

- a) la construcción de políticas públicas saludables;
- b) la creación de espacios y entornos saludables;
- c) el reforzamiento de la acción comunitaria;
- d) el desarrollo de habilidades o actitudes personales, y
- e) la reorientación de servicios de salud.

Los objetivos, estrategias y acciones que conforman estos procesos pueden plantearse y desarrollarse considerando la PdeG, entre otras cosas, al identificar las diferentes maneras en que se dirigen las políticas públicas saludables tanto a las mujeres como a los hombres y los resultados específicos que para ellas y ellos se pueden obtener; los espacios y entornos en los que unas y otros se desenvuelven y conviven; la manera en que las mujeres y los hombres participan, o no, en las acciones comunitarias corresponsabilizándose del cuidado de la salud; las habilidades y actitudes personales que debido a los roles y estereotipos de género se desarrollan o limitan de manera específica en las mujeres o en los hombres,

y la forma y los procesos a través de los cuales se brinda la atención en los servicios de salud reproduciendo inequidades de género y discriminación por sexo para ellas y para ellos, al no considerar sus necesidades particulares.

En lo que respecta a las medidas de prevención recordemos que la **prevención de la enfermedad** abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.<sup>17</sup>

De acuerdo con Robert Gordon,<sup>18</sup> las medidas de prevención pueden clasificarse en:

- 1) universales,
- 2) selectivas –también llamadas focalizadas–,
- 3) indicadas.

1) **Las universales** son aquellas medidas de prevención que resultan deseables para toda la población en general. Mujeres y hombres se verían beneficiados por éstas. Son deseables para todas las personas y en general se pueden aplicar sin la asistencia o asesoría de una persona profesional en el tema. Por ejemplo, mantener una dieta adecuada, el

uso de cinturones de seguridad, mantener la higiene bucal, dejar de fumar, así como la aplicación de vacunas. Sus beneficios son mayores que sus costos y riesgos en todas las personas.

Si bien, desde la PdeG, estas medidas preventivas son para todas las personas, tendrían que difundirse y/o aplicarse de manera específica para las mujeres y los hombres en los diferentes espacios donde confluyen o se concentran más, y producir mensajes con lenguaje incluyente que no reproduzca la discriminación ni el sexismo, que no promuevan roles tradicionales de género, y se basen en datos y estadísticas desagregadas por sexo.

**2) Las medidas preventivas selectivas o focalizadas**, se recomiendan sólo a un subgrupo de personas que tienen ciertas características de edad, sexo, ocupación o cualquier otro atributo específico que les lleva a tener un mayor riesgo de adquirir o desarrollar cierto padecimiento. Por ejemplo, la vacunación anual contra la influenza estacional para personas adultas mayores; la vacunación contra la influenza AH1N1 para mujeres embarazadas en el tercer trimestre o para personas con diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial; la realización del Papanicolaou para las mujeres que tienen vida sexual activa, etcétera.

Al igual que las universales, estas medidas de prevención deberían difundirse de manera diferencial

para las mujeres y los hombres en los diversos espacios donde confluyen o se concentran más, incorporando lenguaje incluyente en los mensajes. Desde la PdeG, tendrían que ser definidas considerando los datos epidemiológicos que comprueben la incidencia diferenciada en mujeres y en hombres, del padecimiento que se pretende prevenir; o bien, fundamentar la importancia de realizarla a partir de las necesidades específicas de mujeres y hombres según sus condiciones biológicas, exposición a riesgos, condiciones de género y la vulnerabilidad en la que viven.

**3) Las medidas preventivas indicadas**, son aquellas destinadas a determinadas personas que manifiesten un factor de riesgo, una condición, signo o síntoma específico que sea indicio de alguna enfermedad. Identificar a las personas que requieren de una medida preventiva indicada es parte de la responsabilidad de los programas de salud, y los costos, riesgos, viabilidad y efectividad de la medida preventiva deben ser muy bien valorados antes de tomar decisiones sobre su aplicación.

Evidentemente hay algunas medidas universales de prevención –como la vacunación infantil contra la poliomielitis– que en México se realizan sin distinción de sexo, tomando en cuenta que lo que se busca es prevenir esta enfermedad tanto en niños como en niñas. El dejar de fumar, también es una medida de prevención con beneficio a la persona, independientemente de ser hombre o mujer.

Sin embargo, las acciones para promover que se deje de fumar sí pueden desarrollarse con PdeG, por ejemplo tomando en cuenta los lugares más frecuentados por las mujeres o por los hombres; el lenguaje incluyente con el que se elaboren los mensajes que promueven esta medida; la emisión de mensajes especiales para hombres por un lado y para mujeres por otro; mostrar imágenes que no reproduzcan los estereotipos ni roles de género, etc.

## **I. Utilizar un lenguaje incluyente, no sexista y no discriminatorio en los mensajes promocionales de todo tipo**

En el campo de la prevención y promoción de la salud la premisa de utilizar un lenguaje incluyente, se implica garantizar que la comunicación se refiera en la misma medida, pero considerando necesidades específicas, a mujeres y hombres; significa, emplear formas o modos de comunicación –oral, escrita, gestual, directa o transmitida por medios escritos o audiovisuales de comunicación– que permitan establecer sinergias entre el personal de servicios de salud y mujeres y hombres, en la consulta médica, en actividades de educación para la salud, campañas de vacunación, mensajes para inducir habilidades para la vida, entornos saludables, consejos para buena alimentación y nutrición, entre otros.

En tal situación es preciso generar materiales comunicativos con sentido de igualdad de trato, respeto y consideración independientemente del sexo

De la misma manera, se pueden difundir medidas de prevención selectiva o indicada con PdeG.

Tomando en cuenta lo anterior, presentamos diez lineamientos básicos para incorporar la PdeG en las diferentes acciones y estrategias que componen la promoción de la salud, así como la difusión e implantación de medidas de prevención en la población.

o apariencia física de la persona que acude a servicios o actividades del sector con el objetivo de preservar su salud (véase capítulo 5 de esta guía); con esta fórmula se está trabajando en la incorporación de la PdeG en la prevención y promoción de la salud.

En unidades de prestación de servicios relacionados con la promoción de la salud es frecuente escuchar argumentos que demuestran renuencia al lenguaje incluyente tales como: “mencionar a ambos sexos por separado dificulta el habla y la lectura”, “es una tradición referirse a “el hombre” como un término que incluye a hombres y mujeres, no es necesario cambiarla”.

Con frecuencia se utilizan formas androcéntricas para referirse a mujeres y hombres; por ejemplo, “los pacientes de la consulta de cirugía”, “los adultos

mayores” y, el colmo, “los pacientes de la consulta de atención prenatal”.<sup>xii</sup>

En un escenario en el que todas las referencias se formularan respecto a la mujer, la discriminación hacia los varones de seguro resultaría incómoda y ofensiva.

En el caso de las campañas realizadas por el sector salud se reproducen estereotipos de género: se adjudica a las mujeres la responsabilidad en el cuidado de la salud de la familia y por eso la mayoría de las campañas se dirigen a ellas, sin cuestionarse acerca de la sobrecarga de trabajo que les implica, cuando deberían evitar la exclusión de los hombres en actividades de prevención y promoción de la salud.

También la imagen del personal médico en campañas aparece representada por un hombre de mediana edad, de este modo se invisibiliza a mujeres que ejercen la profesión. Caso contrario ocurre con la enfermería, profesión catalogada de menor prestigio que la medicina, representada en la vida real y en las campañas por mujeres.

En otro sentido, cuando se tratan cuestiones de la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y enfermedades de la mujer –climaterio, menopausia, cáncer cérvico uterino, y de mama, entre otras– se emiten mensajes que suelen presentar las responsabilidades de la mujer únicamente, sin

considerar que, aunque él no sea objeto directo de la intervención, la participación del hombre es importante en la promoción y prevención de la salud; en este caso, el mensaje debe presentar a ambos, mujer y hombre, cada uno con sus deberes y responsabilidades, específicas o compartidas, en la problemática de salud.

Como ejemplo de comunicación incluyente, tenemos que en los Servicios Estatales de Salud de Morelos, en actividades de promoción de la salud, específicamente en el área de Planificación Familiar y Anticoncepción, se ha realizado la revisión técnica de varios impresos de la campaña estatal denominada “Soy Respon Sexual”: folders, postales, libretas y un folleto de vasectomía; todos estos materiales son muy atractivos y usan explícitamente el lenguaje incluyente, con igualdad de representación de mujeres y hombres. Otra modalidad del trabajo que incorpora el lenguaje incluyente con PdeG en mensajes visuales y orales se muestra en la puesta en escena de obra de teatro PA-K-NO-T-PA-C. Estas aplicaciones de la PdeG se ponen a disposición de la población y responden a las necesidades de:

Empoderar a la mujer para que tome decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, fomentar la participación del hombre en la planificación familiar y la problemática de los embarazos no planeados en la población joven adolescente.

<sup>xii.</sup> Debe decir, respectivamente: “las y los pacientes de la consulta de cirugía” o “las personas adultas mayores” o bien “las pacientes de la consulta de atención prenatal”, porque ellas son mujeres embarazadas.

## II. No reproducir los estereotipos y roles de género tradicionales en los productos comunicativos que se utilizan para hacer la promoción de la salud o la difusión de medidas de prevención

Los productos comunicativos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades con frecuencia reproducen estereotipos tradicionales de género en sus diversas formas de manifestarse que distorsionan la situación, conducta y comportamiento de mujeres y hombres ante una misma problemática de salud.

En el caso de campañas y programas para promover cambios de hábitos de consumo de sustancias embriagantes, drogas y tabaco fundamentalmente, los productos comunicativos ponen énfasis en los hombres; evidentemente, está presente el estereotipo que los ubica como grupo de mayor prevalencia; sin embargo, las mujeres están incrementando el consumo de esas sustancias, por eso es necesario visualizarlas con sus características, necesidades y requerimientos tanto en la promoción de la salud como en la prevención de riesgos y exposición a factores desencadenantes.

Otros productos comunicativos y mensajes frecuentemente sesgados por estereotipos de género que sirven para ejemplificar son los que se refieren a bulimia, anorexia y otras enfermedades metabólicas. Las campañas de promoción y prevención de estos padecimientos en todo tipo de mensaje –imágenes, textos, audiovisuales– representan a mujeres que cumplen con el ideal de belleza femenina al estilo de las “modelos”, como si los riesgos de adquirir esas enfermedades sólo afectarían al grupo de mujeres dedicadas a esa actividad; sin embargo, hombres y mujeres con otras características físicas y corporales que descuidan su alimentación y nutrición, o que exageran en ejercitar sus cuerpos, también son susceptibles de estos padecimientos; sería conveniente dirigir el mensaje a otros grupos de mujeres y de hombres, ampliar la cobertura para acercar los productos comunicativos a la población en general, y no presentar las campañas con el precedente de que el único factor desencadenante es la imitación al modelo de esbeltez.

## Perspectiva de género en promoción de la salud: el caso de los Servicios de Salud de Yucatán

Con la finalidad de promover el conocimiento y educar a la población desde edades tempranas en las problemáticas de género en salud, en los Servicios de Salud del Estado de Yucatán se realizan actividades a través del juego. Con la visión de que el género es algo que se aprende desde muy corta edad mediante la aplicación y reproducción de normas y roles a través del color de la ropa, el color del cuarto, los juguetes y hasta las posibles profesiones que podría ejercer la niña o el niño, se diseñó un juego, para que la población adolescente e infantil aprenda de manera lúdica, reflexiva y sencilla conceptos de género, derechos y PdeG. Las preguntas se han adecuado para cada grupo de edad.

La actividad consiste en jugar con un tablero, en forma de “Juego de la Oca”, que consta de 28 casillas. La primera casilla es el sexo, y la meta es la IdeG ; 37 tarjetas contienen preguntas-actividades, bajo la premisa de mirar al género a través de actividades, preguntas y reflexión sobre temas relacionados con la expresión de emociones y sentimientos, conceptos básicos relacionados con la salud, historia, roles y normativas alternas de género, guiadas por la persona encargada de facilitar la sesión. El tránsito por el tablero se hace a través de fichas de colores y las tiradas de dados.

El juego la “Oca de Género” ha sido una herramienta educativa de utilidad, que genera mucha demanda porque es divertida y deja un aprendizaje con respecto al tema de género, y así llega a toda la población de una manera lúdica y creativa.

### III. Promover la salud de la mujer como un fin en sí mismo y no como un medio para beneficiar la salud de otras personas

Este lineamiento propone una promoción para la salud en la cual la población, en especial las mujeres, interioricen la importancia del autocuidado y control que se debe ejercer para su empoderamiento en beneficio de su propia salud.

En el escenario mexicano existen evidencias de que en las campañas de prevención y promoción de la salud se responsabiliza a las mujeres de la salud de las y los integrantes de la familia y después de la propia. En las dependencias del sistema de salud se deben generar campañas que valoren la salud de las mujeres tanto

como la de sus familiares, que promuevan que se ocupen de ellas mismas no menos que de otros/as y cuiden adecuadamente su propia salud, en tanto derecho humano que pueden ejercer para su protección, sin esperar la autorización de nadie más para hacerlo.

Se debe fomentar en la población masculina y en las instituciones el respeto al derecho de las mujeres a proteger su salud, y el respeto a la determinación de ellas hacia su propio bienestar, lo cual puede ser un mecanismo de apoyo para que adquieran conciencia de que su salud es importante.

### **“Mujer: cuídate, por tu propia salud, no fumes”**

Este es un mensaje que promueve que se cuide no en función de un embarazo, o de cómo afectará a otros miembros de su familia o colectivo cercano.

Se requiere modificar mensajes que asignan exclusivamente a las mujeres el papel de “cuidadoras de la salud” que, junto con los que asignan exclusivamente a los hombres el papel de “proveedores” de recursos, incorporan sesgos de género en detrimento de la salud de ambos.

Asimismo, los mensajes que se refieren a uso de anticonceptivos y al cuidado de la salud sexual reproductiva responsabilizan más a la mujer de la reproducción y del cuidado de la salud de la pareja y no destacan los riesgos de afectar su salud y bienestar, lo cual requiere ser modificado en beneficio del cuidado de la salud de las mujeres.



#### **IV. Alentar a los hombres para que participen en actividades de salud comunitaria que tradicionalmente se han delegado a las mujeres**

Los programas de prevención y promoción de la salud comunitaria tradicionalmente han ubicado a las mujeres en el papel de promotoras, responsables de replicar y sensibilizar a la comunidad en las actividades y acciones que contribuyen a mejorar la salud de mujeres y hombres, niñas y niños; con frecuencia se asume que los hombres tienen menos tiempo que las mujeres por las actividades laborales, menor poder de comunicación y menos conocimientos sobre temas de salud, entre otras justificaciones, para delegar esas actividades en las mujeres y con ello relegar y justificar a los hombres que no participan como promotores de actividades comunitarias a favor de la salud.

Incorporar la PdeG requiere alentar y convocar a los hombres a formar parte y asumir responsabilidades directas en los programas de prevención y promoción de la salud en sus comunidades; en todas estas actividades es pertinente la participación masculina, por ejemplo, ellos también pueden dar pláticas sobre salud, o promover entre otros varones medidas para prevenir adicciones, enfermedades crónicas o infecciones de transmisión sexual.



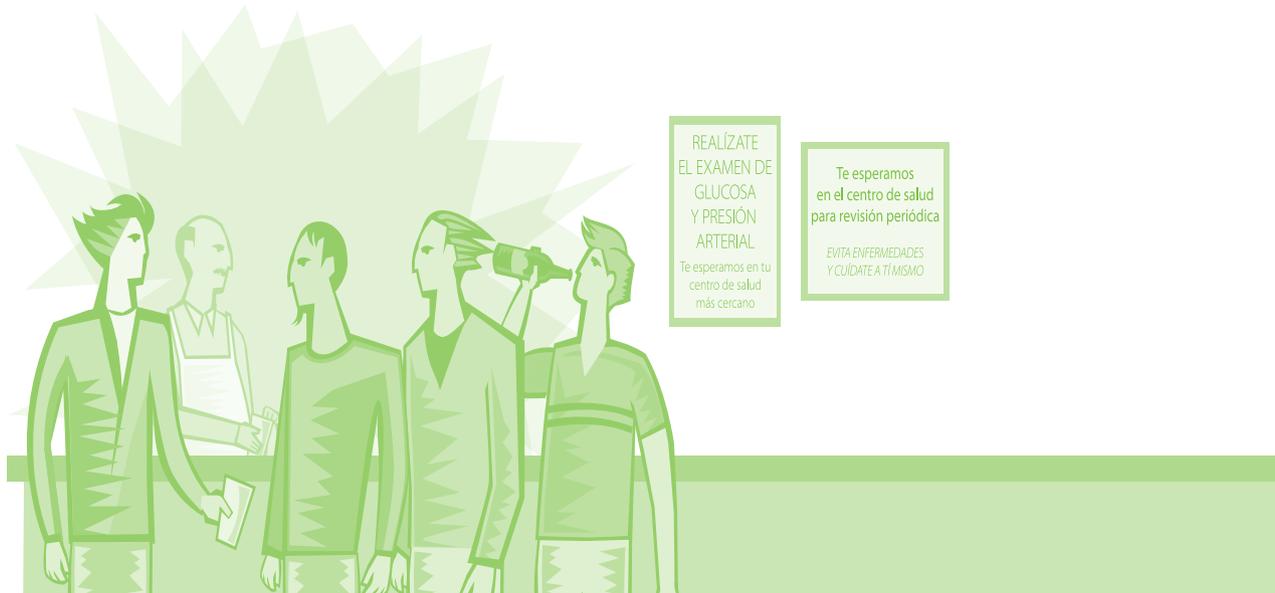
## V. Promover la salud y medidas de prevención en los diferentes espacios en donde conviven los hombres y no sólo donde conviven o se encuentran más mujeres

Las actividades de prevención y promoción de la salud con frecuencia se realizan sólo en lugares o espacios frecuentados por mujeres, como los servicios de salud, donde se atienden problemáticas que requieren de la atención médica a sus hijos/as y a ellas mismas, en especial servicios de ginecología y obstetricia, de atención prenatal y posparto, y otros entornos comunitarios –determinados espacios recreativos y laborales, etc.- donde conviven principalmente mujeres.

Realizar actividades de promoción de la salud y de difusión de las medidas de prevención sólo en algunos espacios, tiene sesgos de género con respecto a la

participación de los hombres que inciden negativamente en el cuidado y autocuidado de su salud.

Por eso resulta conveniente realizar y ampliar las actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud, a espacios de convivencia de los hombres: lugares de entretenimiento y recreación, centros laborales cuyas actividades requieren de mayor fuerza de trabajo masculina, centros deportivos, etc. y, en especial, promover que acudan a los servicios de salud.



## **VI. Adecuar la información y las medidas preventivas y de promoción de la salud, a características epidemiológicas generales; condiciones biológicas específicas de exposición a riesgos de las mujeres y de los hombres, y a su situación de vulnerabilidad por género**

Este lineamiento induce a la creación y reforzamiento de programas de promoción y prevención que, desde la PdeG, tengan en cuenta la interrelación entre los factores biológicos, roles y normas género, y el acceso y control de los recursos, sobre la situación de salud de mujeres y hombres.

Los programas de prevención y promoción de la salud deben ser claros en los contenidos informativos y la recomendación de medidas; se debe tener en cuenta que las mujeres y los hombres presentan sintomatologías diferentes ante enfermedades no transmisibles y transmisibles, según sus diferencias biológicas –genéticas, cromosómicas y hormonales básicamente–.

Por ejemplo, en lo referente al alcoholismo, se conoce que entre los factores contribuyentes a que las mujeres tengan respuestas diferentes a los hombres con dosis similares están los niveles hormonales –que fluctúan debido a los periodos menstruales, embarazo y a la menopausia– y el tejido adiposo, que en el cuerpo de la mujer tiene efectos sobre la absorción y efectos acumulativos de drogas solubles en grasa como el alcohol, las benzodiazepinas y el tetra-hidro-cannabinol, que agravan las consecuencias en la mujer que los consume.

Los síntomas diferentes en las mujeres y hombres que padecen de obesidad, diabetes, infartos del miocardio, adicciones, entre otras patologías, inducen a tomar medidas para exponer y difundir esas diferencias para que se consideren en los programas de acción, sus estrategias y acciones.

También los factores de riesgo para la salud de mujeres y hombres son diferentes, de acuerdo con el ejercicio de los roles y estereotipos de género, ejemplos claros en hombres son los accidentes y las adicciones, o bien, su renuencia a que les revisen la próstata para la detección de cáncer.

En la creación y/o adecuación de programas hay que tener en cuenta que existen diferencias en la accesibilidad a los servicios de salud, según el género; por lo regular las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria que los hombres, mientras que se reportan mayores índices de ingresos a la atención hospitalaria en los hombres.

Por otra parte, los programas de prevención y promoción de la salud deben mostrar contenidos claros y explícitos que revelen la situación de vulnerabilidad de las mujeres respecto a

la salud relacionada con las desigualdades de género de orden económico y sociocultural, visibles en todos los ámbitos de la vida pública y privada.

La discriminación y el estigma que sufren las mujeres ante determinadas problemáticas de salud, aparecen como manifestaciones extremas de vulnerabilidad en las mujeres enfermas de alcoholismo o cualquier otra adicción a sustancias, VIH/SIDA y otras

infecciones de transmisión sexual (ITS), por ejemplo; así como los obstáculos que enfrentan muchas mujeres que por experimentar violencia intrafamiliar, falta de conocimientos, escasez de dinero propio, limitaciones de otras personas e incluso autolimitaciones para acudir a servicios de salud, deben ser objeto de atención en la formulación de programas de promoción y prevención con PdeG.

## **VII. Incorporar o fortalecer criterios de transversalidad de la perspectiva de género en el caso de programas específicos de promoción de la salud como Comunidades Saludables y Vete Sano, Regresa Sano**

La prevención y promoción de la salud se dirige a la población a través de programas específicos que cuentan con plataformas de acción que operan desde el ámbito federal con alcance nacional, entre éstos, Comunidades Saludables y Vete Sano, Regresa Sano, como ejemplos para ilustrar las medidas recomendadas, deben contar con premisas que garanticen la implementación de la PdeG en sus actividades y acciones, para ello es indispensable:

- a) Evitar que toda la información se oriente sólo hacia las mujeres.
- b) Elaborar materiales de difusión que contengan información específica para hombres y para mujeres, con un lenguaje incluyente y no sexista.
- c) Promover que las acciones se realicen incorporando la participación equitativa de los hombres y de las mujeres.

## VIII. Asegurar que cualquier campaña dirija sus mensajes a mujeres y hombres según la prioridad para el padecimiento o tema en cuestión

Frecuentemente las campañas para promoción de la salud o prevención emiten mensajes en los cuales se responsabiliza únicamente a las mujeres de que los miembros de la familia, en especial la población infantil y las/os adultos mayores, sean acompañados o llevados por ellas a los servicios de salud o puntos focales donde recibirán la atención médica o aplicación de tratamientos a las dolencias que les aquejan.

Un ejemplo elocuente han sido las campañas cuya convocatoria se dirige expresamente a mujeres, que hasta hace muy poco tiempo, únicamente las mostraban a ellas llevando a sus hijos a vacunar, o a sus familiares a los servicios de terapia. Aun cuando el mensaje oral o escrito de la campaña no siempre se dirigía sólo a las mujeres, el mensaje dado a través de las imágenes era únicamente para ellas.

Por otro lado, a pesar de los avances al respecto, hay también campañas que difunden mensajes que parecen ser neutrales y no priorizan la necesidad de dirigirse específicamente a mujeres o a hombres, de acuerdo al tipo de padecimiento y con base en la información epidemiológica desagregada por sexo, y analizada con PdeG. Tal es el caso de las campañas para prevenir accidentes de vehículo motor: muchas veces

sus promocionales se dirigen a la población en general, cuando la mayor parte de los accidentes de vehículo motor suceden con un conductor hombre y, muchas veces, bajo el influjo del alcohol. Desde la PdeG es recomendable que se hagan mensajes dirigidos a los hombres; o bien, algunos promocionales con mensajes específicos dirigidos a ellos que contemplen las ideas sobre la masculinidad que refuerzan estereotipos y roles promotores de situaciones de riesgo y descuido, y otros promocionales con mensajes específicos dirigidos a las mujeres con ideas particulares que promuevan en ellas la prevención de accidentes de tránsito.

Otro ejemplo sobre mensajes dirigidos a mujeres por un lado y a hombres por otro, fue la campaña de prevención y control de la Diabetes Mellitus, en la actualidad primera causa de morbilidad y mortalidad de las mujeres y los hombres en México. Fue producto de la colaboración, en 2005 y 2006, entre el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades y se dirigió al personal de la Secretaría de Salud federal.

Como parte de ese proyecto se publicaron los folletos promocionales “Las mujeres estamos tomando medidas” y “Los hombres estamos tomando medidas”, que incorporaron elementos de género en la emisión de mensajes especiales para las mujeres y para los hombres, respectivamente, para prevenir y controlar la obesidad y el sobrepeso. Además, se produjo una cinta métrica para medir la talla de la cintura, en la que se indicaban los parámetros de medidas adecuadas para cada sexo según información científica; se produjo un video para hacer ejercicios cuya carátula estaba dirigida de manera diferencial a mujeres y a hombres. La validación de los materiales se realizó en pacientes que asistían a los servicios de salud de UNEME en Colima, quienes los recibieron y valoraron muy positivamente.

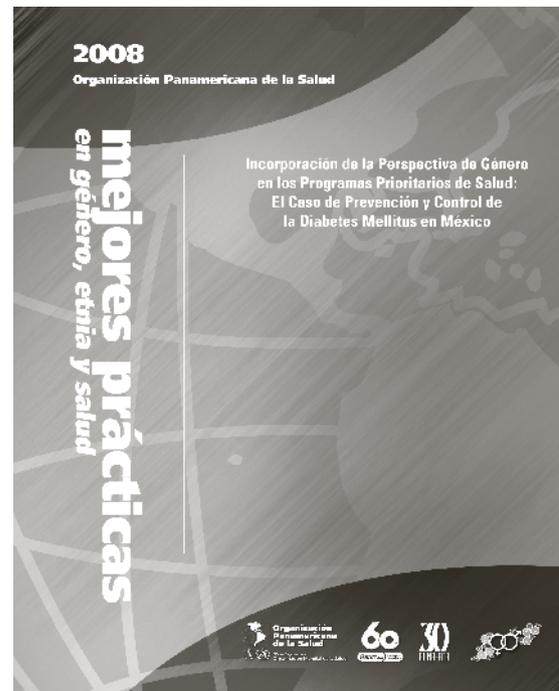
Esta experiencia resultó exitosa y está reconocida por la Organización Panamericana de la Salud, por su aportación a la incorporación de la PdeG en el programa de prevención y control de la diabetes en nuestro país.

Las experiencias de trabajo en UNEMES de otras entidades federativas, también han dado testimonio de la valoración positiva por parte de la población ahí atendida, de contar con materiales diferenciados y con mensajes claros dirigidos a mujeres en un folleto, y a hombres en el otro.

En el caso de las campañas de vacunación se debe ilustrar y recomendar expresamente que los hombres

lleven a sus hijos/as a vacunar. Lo mismo debe seguirse para que los hombres se encarguen de llevar a familiares a servicios de salud, sitios de vacunación, de terapias y rehabilitación, etc.

En los últimos dos años, hemos visto en algunos carteles y spots televisivos de las campañas de vacunación y la Semana Nacional de Salud, imágenes con mujeres y hombres llevando a sus hijos/as a vacunar lo que ejemplifica la implementación de este lineamiento, y forma parte del propósito de eliminar estereotipos de género en la promoción y prevención de la salud.



## IX. Desarrollar estrategias para prevenir riesgos que suelen asumir muchos hombres por razones de género y que repercuten en su estado de salud, tales como tener un accidente de tránsito, o una adicción

Los estereotipos de género que identifican conductas y comportamientos de los hombres en actividades específicas y dimensiones de la vida, en el caso de la salud son determinantes para la estructura de la morbilidad y mortalidad por causas; en el caso de los hombres mexicanos los accidentes de tránsito se ubican entre las diez primeras causas de muerte, y existen elevados índices de alcoholismo, drogadicción, daños físicos por violencia, entre otras situaciones que afectan su salud, incluidas el VIH/SIDA y otras ITS.

Para una prevención y promoción de la salud que tome en cuenta la situación desventajosa de los

hombres ante riesgos de morbilidad y mortalidad derivados de estereotipos de género, se requiere fomentar o formular estrategias en dos direcciones:

- 1 Estrategias para la acción-reacción inmediata sobre los factores de riesgo desencadenantes de problemáticas de salud que afectan mayoritariamente a los hombres. Serían abordadas con medidas de vigilancia y control, incluso propuestas de restricciones sobre el consumo de alcohol, la conducción de vehículos en estado de embriaguez, el exceso de velocidad en la conducción de vehículos, el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicos, las



prácticas sexuales desprotegidas, el ejercicio de violencia física y otras formas.

- 2 Paralelamente, promover la salud con estrategias educativas de formación y de desarrollo de habilidades para la vida, a través de las cuales, gradualmente se avance en la eliminación de la carga estereotipada que significa pertenecer “al

sexo fuerte”, que condiciona las actitudes de riesgo que asumen los hombres en el ejercicio de la masculinidad.

## **X. Desarrollar estrategias para prevenir riesgos o problemas de salud que tienen muchas mujeres por razones de género y que repercuten en su estado de salud, tales como postergar su atención de algún padecimiento y no seguir adecuadamente sus tratamientos por atender a sus familiares**

Las mujeres suelen estar afectadas por condiciones de género que limitan su acceso oportuno a los servicios de salud: obstáculos para acceder a diversos tipos de recursos, situaciones de opresión, violencia y maltrato por parte de otros integrantes de la familia e incluso de la comunidad, lo cual repercute en diagnósticos tardíos, interrupciones de tratamientos, deserción en casos de hospitalización, etc.

Las estrategias que se requieren para abordar con PdeG las múltiples problemáticas que tienen las mujeres para preservar su salud, deben ser formuladas comprometiéndose con su empoderamiento en salud; a través de medidas de acción inmediata, equiparables a las acciones afirmativas, y estrategias de abordaje práctico y de largo alcance de género. Ejemplos de actividades que pueden desarrollarse

para mejorar la situación de salud de las mujeres son:

1. De manera inmediata se deben implementar programas de prevención y promoción de la salud con medidas que faciliten a las mujeres disponer de los medios para el diagnóstico de enfermedades y la aplicación de determinados tratamientos en su lugar de residencia o cercano al mismo.
2. Un ejemplo son las Caravanas de la Salud, que se llevan a cabo por los Servicios Estatales de Salud y por la Secretaría de Salud federal para llevar al personal médico y los medios de diagnóstico y tratamiento a los lugares donde residen las mujeres en situación de pobreza y marginación.

**3. Las estrategias de carácter práctico** estarían dirigidas a proporcionar los medios y recursos para facilitar que las mujeres participen en las actividades relacionadas con el cuidado de su salud; por ejemplo, el apoyo monetario, disponibilidad de transporte, horarios flexibles, cuidado de sus hijas e hijos en el tiempo de atención médica; así como el desarrollo de iniciativas para que ellas de algún modo empiecen a participar en actividades de promoción de la salud.

**4. Las estrategias de largo alcance** tratarían de promover cambios en la mentalidad de las mujeres con respecto a sus derechos en cuestiones de género y salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Este tipo de estrategia requiere la creación de grupos de apoyo, capacitación y sensibilización en cuestiones de género e interculturalidad, y recursos para promover el cambio, mediante programas educativos y de formación profesional dirigidos a mujeres en específico.



## 5. ¿Cómo aplicar la Perspectiva de Género en la Atención Médica?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud tienen tres objetivos básicos:

- 1 Mejorar el estado de salud de la población;
- 2 Ofrecer un trato adecuado a las y los usuarios de los servicios, y
- 3 Garantizar protección financiera en materia de salud, que básicamente significa evitar que las familias incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades.

Estos objetivos se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones: financiamiento, generación de recursos, prestación de servicios y rectoría.

Desde la PdeG el estado de salud de la población debe atenderse considerando: las necesidades específicas de las mujeres y de los hombres y su trato adecuado en los servicios de salud; la protección financiera en materia de salud debe tomar en cuenta los recursos económicos con que las mujeres y los hombres cuentan para realizar gastos para la atención de su salud.

Como indica la OMS,<sup>7</sup> los sistemas de salud deben promover mayor equidad, identificar y atender necesidades diferenciales de salud a la hora de

planear y brindar servicios de salud; reconocer y revalorar que la fuerza de trabajo en los servicios de salud está conformada mayoritariamente por mujeres; y deben trabajar en coordinación intersectorial para lograr abatir las brechas de género en los problemas de salud.

También podemos incluir la PdeG en lo concerniente a la prestación de servicios, entendida como la combinación de insumos, bajo una estructura organizacional particular, que conduce a una serie de productos, dentro de los que destacan los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida de las y los pacientes, función que se divide en dos grandes componentes: la prestación de servicios de salud a la persona y la prestación de servicios de salud no personales o dirigidos a la comunidad.

La prestación de servicios de salud a la persona debe considerar el impacto de la construcción social del género sobre el estado de salud de la mujer y del hombre, sus posibilidades de acceso a medidas de prevención, la realización de diagnósticos oportunos, servicios terapéuticos y de rehabilitación adecuados a sus condiciones socioeconómicas y culturales.

La prestación de servicios de salud dirigidos a la comunidad también debe considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de hombres y mujeres

al realizar sus programas y actividades de educación para la salud, de servicios sanitarios, de vigilancia y de control epidemiológicos.

Al aplicar la PdeG en los servicios de salud, es conveniente identificar primero la manera en que mujeres y hombres se exponen a riesgos debido al sexo,<sup>7</sup> así como a riesgos debido a las actividades y patrones de comportamiento diferentes, o derivados de la situación de vulnerabilidad en la que viven muchas mujeres; a las diversas maneras y tiempos en que se da la percepción de los síntomas de una enfermedad en las mujeres y en los hombres; a las diferencias que pueden presentar mujeres y hombres en cuanto al momento de buscar atención médica; al apego al tratamiento y a las formas en que asumen el papel de enfermo o enferma y de cuidador o cuidadora de alguna persona enferma.

Además, se pueden identificar las desigualdades entre mujeres y hombres en cuanto a posibilidad de acceso a servicios de salud y en cuanto a la satisfacción de sus necesidades específicas, lo que determina su evaluación de la calidad de la atención.<sup>xiii</sup>

En lo que respecta a los servicios de salud y su personal, trabajar con PdeG conlleva identificar las prioridades en gasto e inversión según el estado de salud y la información epidemiológica desagregada por sexo. Conlleva también realizar acciones para promover la transformación y eliminación de patrones,

roles y estereotipos de género adversos a la salud; estrategias para garantizar el acceso a los servicios de salud a mujeres y hombres con acciones afirmativas que consideren sus condiciones de vida, trabajo, educación según el género; acciones de diagnóstico oportuno y de promoción del apego de las y los pacientes al tratamiento, también de acuerdo a sus condiciones de género; además de la evaluación de la calidad con datos desagregados por sexo y considerando la condición de género.<sup>19</sup>

Recientemente, la OMS ha promovido la discusión acerca de la necesidad de investigar una serie de temas prioritarios para comprender y atender las inequidades en salud. En un documento de discusión,<sup>20</sup> especialistas reunidos en la OMS establecieron una agenda sobre la investigación en equidad en salud que integra en su marco conceptual al género como un determinante social de la salud que influye de manera negativa en la distribución de servicios y el bienestar al producir inequidades en salud.

Las temáticas señaladas como prioritarias son los factores y procesos globales que afectan la equidad en salud. Específicamente, los diseños y las estrategias de investigación necesitan desagregar las conclusiones sobre los resultados en salud utilizando estratificadores como la clase, el género, la etnicidad, entre otros, y entender las dinámicas de las políticas nacionales presentes en las disparidades regionales dentro de los países.

xiii. Poco a poco se están documentando las diferencias de género en la evaluación de la calidad de los servicios; un ejemplo es el estudio de Poblano O, et al (ref.19).

En segundo lugar, la temática de las estructuras y procesos que afectan diferencialmente las oportunidades de la gente para estar saludables dentro de una sociedad, incluyendo la disminución de la protección social que perjudica y tiene serias implicaciones para la EqG. Se requiere investigar más allá de las características individuales que diferencian los riesgos para la salud, las causas básicas del contexto socioeconómico y cultural que determina procesos y estructuras que, junto con el género, producen desigualdades en salud.

En tercer lugar, se requiere la investigación de los factores del sistema de salud que afectan la equidad en salud. Particularmente, el componente humano para el desarrollo de los sistemas de salud contiene un gran número de mujeres. El rol de las mujeres en el cuidado de la salud, tanto formal como informal, generalmente está negado o subregistrado por lo que se requiere investigar más acerca de esto.

En cuarto lugar, las y los especialistas identifican la necesidad de investigar más acerca de las intervenciones para reducir la inequidad en salud, es decir, cómo influir positivamente, por ejemplo a través de identificar políticas y programas de intervención con el potencial de reducir inequidades en los determinantes de la salud y en los servicios de salud, y las oportunidades de transmitir los hallazgos de investigación a usuarios/as potenciales.

Recientemente se están desarrollando alternativas para la incorporación de la PdeG en las funciones de los sistemas de salud, y en particular en la prestación de servicios de salud a la persona y a la comunidad; aquí proponemos siete lineamientos a considerar para lograrlo.



## **I. Tratar a las usuarias con amabilidad, como personas respetables. Llamarlas por su nombre**

Una de las maneras de reproducir y reforzar los estereotipos de género femenino en los servicios de salud es que el personal de salud trate a las usuarias como seres débiles, chiquitos, tontos, o como personas a quienes se les debe proteger. Al llamarlas en diminutivo y tratarlas como seres inferiores que requieren de nuestra protección: “madrecita”, “madre”, “mi’jita”, estamos reproduciendo el estereotipo femenino que asume a la mujer como alguien débil o con menos capacidad para valerse por sí misma. Cuando no le hablamos a la paciente por su nombre, sin darnos cuenta, nos estamos dirigiendo a ella como si fuera inferior, pequeña y/o desvalida.

Es una práctica común que debemos cambiar llamando a las usuarias mujeres por su nombre, al igual que se hace con los usuarios. En ocasiones el personal de salud argumenta que les habla de esa manera porque quiere hacerles sentir su estimación y respeto. Sin embargo, a los pacientes varones no se les dice “papacito”, “mijito”, “padre”. Esa manera de dirigirse hacia las mujeres reproduce el estereotipo tradicional femenino por lo que es necesario cambiar esta práctica, habituarse a hablar por su nombre a las usuarias como parte del reconocimiento que debemos hacerles como seres humanos que están requiriendo un servicio de salud.

## **II. Informar y explicar directa y claramente a la o el paciente los procedimientos a seguir, comunicarle su diagnóstico probable, el pronóstico, y el tratamiento. Si es mujer, darle a ella la información independientemente de que asista acompañada**

Las y los pacientes necesitan conocer y entender su estado de salud, su diagnóstico, sus posibilidades de recuperación y el tratamiento que deben seguir. Esto forma parte de nuestra obligación de facilitarles el ejercicio de su derecho a la información clara, veraz y oportuna sobre sus padecimientos, así como a dar su consentimiento informado. Ello contribuye a que las y los pacientes asuman con responsabilidad su autocuidado, se involucren más con su tratamiento,

formen parte activa de las decisiones terapéuticas; a que se sientan tomadas/os en cuenta como seres humanos con un problema de salud, y no como un dato individual que se suma a otros datos que demuestran el logro de una meta institucional.

Específicamente, desde la PdeG es fundamental brindar la información completa directamente a la mujer usuaria del servicio de salud, independientemente

de que esté acompañada por alguien. Muchas veces en las unidades médicas el personal de salud se dirige a quien va con la paciente, a veces el marido, a veces la madre, a veces la suegra, o cualquier otra persona, para darle la explicación sobre la paciente, cuando la principal implicada y la primera que debe tener toda la información es ella. Esto es una manera de discriminarla y reproducir el estereotipo de género femenino que coloca a la mujer como alguien que depende de otros, y que no está capacitada para tomar decisiones sobre su cuerpo porque las decisiones importantes las toma alguien por ella, o no es lo suficientemente inteligente para comprender lo que le ocurre en su estado de salud.

En reconocimiento a la usuaria de salud como una persona con derechos, que es capaz de comprender y tomar decisiones; debemos darle toda la información con claridad y sencillez para que la comprenda y entienda lo que tiene, lo que se le recomienda hacer para su autocuidado, y lo que se espera que vaya ocurriendo con su padecimiento.

Para que una paciente pueda ejercer su derecho a aceptar o rechazar el tratamiento que se le ofrece, debe estar bien informada y el personal de salud debe asegurarse de que se le otorgue toda la información necesaria. Las y los médicos deben expresarse en forma clara y comprensible, brindando a la paciente de manera oportuna la información veraz y completa sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su enfermedad.



### **III. Fomentar que el consentimiento informado sea un eje central en la prestación de servicios para mujeres y hombres, en particular para mujeres y en la atención a su salud reproductiva**

El consentimiento informado es una práctica necesaria para respetar los derechos de las y los pacientes. Brindarle toda la información a la o el paciente le posibilita elegir entre las alternativas de tratamiento, asumiendo la responsabilidad del autocuidado de su estado de salud; es muy importante que el personal se asegure de que ha sido comprendida por la o el paciente, así como que respete su autonomía para tomar decisiones completamente informadas.

Es indispensable insistir en que, en particular a las pacientes, se les debe dar toda la información y las explicaciones necesarias para que comprendan el procedimiento o estudio que se les va a realizar, así como los objetivos que tiene realizarlo. Hacer lo contrario es violentar su derecho al consentimiento informado. Por ejemplo, cuando a una mujer se le va hacer una exploración de la mama es sabido que en ocasiones el personal médico sólo le ordena qué hacer, cómo recostarse en la camilla para explorarla pero no le explica cómo la va a explorar, de qué manera, y para qué va a tocarla, ni le solicita su permiso. Más aún, muchas veces, sin pedirle su consentimiento, se hace pasar a estudiantes de medicina o residentes de especialidad para que, con fines educativos, observen cómo se hace la exploración y/o discutan el caso clínico.

Situaciones como ésta, son ejemplo de una manera de violentar el derecho al consentimiento informado de la paciente o, en el peor de los casos, de la manera en que el personal médico reproduce los estereotipos de género tradicionales y la discriminación contra la mujer, al considerarla como un ser que no requiere de explicaciones, que no necesita ser tomada en cuenta, y que no puede opinar o decidir sobre el procedimiento que se le hará, o si la exploración puede ser observada por más personas, independientemente de que sean estudiantes de medicina.

Con este lineamiento contribuimos a respetar algunos de los derechos humanos básicos relacionados con la salud.

#### **IV. Propiciar que las mujeres expresen su percepción del padecimiento y sus necesidades de atención y sean tomadas en cuenta para optimizar los resultados terapéuticos**

Desde la PdeG, es necesario lograr que las mujeres manifiesten lo que sienten y piensan sobre su padecimiento, así como sus necesidades de atención y que sean tomadas en cuenta por el personal de salud para atenderlas adecuadamente, formular las indicaciones terapéuticas y favorecer su apego al tratamiento y la optimización de sus resultados. En general, tanto para las mujeres como para los hombres, es deseable ser escuchados y atendidos según sus necesidades.

Sin embargo, en muchas ocasiones las mujeres no expresan más que la solicitud de ser atendidas por un malestar específico. La falta de confianza, seguridad, o bien, de los conocimientos para expresar sus dudas y opiniones sobre lo que les pasa, puede ocasionar que no hablen más allá de unas cuantas palabras para expresar que se sienten mal. El personal médico puede obstaculizar la expresión y manifestación abierta y amplia de la paciente cuando se aboca exclusivamente a revisarla, a hacerle preguntas técnicas cerradas, y a diagnosticarla a partir de esas actividades, sin tomar en cuenta lo que ella pueda decirle sobre sus malestares, dudas y necesidades.

Por ello, es importante que la o el médico favorezca que la mujer usuaria del servicio, le diga todo lo que siente y piensa sobre sus dolencias y malestares, en reconocimiento a su capacidad de expresarse y como

una estrategia que la coloque como una persona que ejerce sus derechos y que tiene la capacidad de expresar todo lo que sea necesario y de tomar decisiones para ser atendida de la mejor manera.

Un buen ejemplo de la aplicación de este lineamiento es la propuesta de la atención intercultural a las mujeres durante el trabajo de parto. La promoción y puesta en práctica efectiva del parto vertical dirigida a mujeres indígenas en unidades de salud las reconoce como seres humanos con capacidad para ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la posición en que quieren tener el parto, la posibilidad de que las acompañe su pareja o algún familiar durante el mismo, de manera que se les deje de tratar como “objeto” y se favorezca el ejercicio de sus derechos. Esta acción del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Interculturalidad en Salud y de Medicina Tradicional, incorpora la perspectiva de género en beneficio del respeto a los derechos humanos de las mujeres y de la igualdad.

## V. En cuanto a los horarios de atención en los servicios de salud es necesario:

a) Establecer horarios de servicios de atención adecuados a los horarios de trabajo de los hombres.

Es sabido que las unidades médicas de servicios preventivos son menos utilizadas por los hombres, este lineamiento toma en consideración que, debido a los horarios de trabajo, muchos hombres no tienen oportunidad de acudir a los centros de salud o unidades de primer nivel con servicios preventivos. Parte de las causas es la falta de servicios con horarios adecuados al tiempo disponible que tienen los hombres fuera del trabajo. Además, los estereotipos y roles de género –“los hombres son fuertes y no se enferman”– también influyen para que en su trabajo no les den permiso para acudir a los servicios de salud cuando se sienten mal, antes de que requieran de un servicio médico de urgencia.

De ahí que sea necesario establecer horarios de atención adecuados a los horarios de trabajo de los hombres, o bien, crear algunas otras opciones para proporcionarles servicios preventivos.

b) Establecer espacios y horarios de servicios de atención adecuados para las mujeres en aquellos programas de salud que están orientados fundamentalmente a la atención de los hombres, como es el caso de las adicciones y el VIH/SIDA.

El caso de problemas de salud como el VIH/SIDA y las adicciones ameritan una mención especial. De acuerdo con las estadísticas epidemiológicas, los problemas de salud como el VIH/SIDA y las adicciones han sido abordados en los programas de salud pública como problemas de salud fundamentalmente de los hombres, en respuesta a la epidemiología que presentan estos padecimientos. Sin embargo, también hay mujeres que tienen un problema de salud de VIH/SIDA o adicciones y que no tienen espacios ni horarios adecuados a sus necesidades.

El género, en tanto determinante social de la salud, como en cualquier enfermedad, interviene en la manera en que la infección del VIH/SIDA se presenta en cada sociedad, estableciendo condiciones diferenciales para la vida de las mujeres y los hombres.

Si como afirma la OPS,<sup>21</sup> la equidad de género en salud se refiere a la ausencia de disparidades injustas y

evitables entre mujeres y hombres en términos de salud y de los factores que la influyen; en el caso del VIH/SIDA es urgente desarticular los aspectos de género que influyen y provocan inequidad entre mujeres y hombres que viven con VIH/SIDA.

Ante el aumento de casos registrados, en México se ha incrementado también el número de organizaciones de mujeres con VIH trabajando para lograr atención médica y social a su problema de salud. Ello ha hecho patente la necesidad de que los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA brinden espacios y horarios de atención también dirigidos a las mujeres, que planeen y desarrollen el servicio médico tomando en cuenta sus necesidades, sus actividades y condiciones de vida y den especial importancia a que no sean estigmatizadas ni discriminadas por vivir con VIH/SIDA.<sup>xiv</sup>

En cuanto las adicciones como problemática de salud pública, también es necesario identificar al género como un determinante social muy importante, como un factor de riesgo, especialmente para las adicciones al alcohol y a las drogas ilegales en el caso de los hombres. En el caso de las adicciones en mujeres y su falta de atención especializada, cada vez es más evidente que el género es uno de los factores de riesgo.

Los estereotipos de la feminidad –en tanto establecen que la mujer debe ser reproductora sumisa, dependiente, responsable y, al servicio de los demás– propician limitaciones para que la mujer adicta busque ayuda y atención especializada, Asimismo, influyen en que el nivel de estigmatización, de enjuiciamiento y rechazo sea mayor si se hace público su problema, dado que en la mujer se valora como un error imperdonable su adicción a alguna sustancia.

Es común que las mujeres con alguna adicción no se expongan a mostrar las dificultades que les conlleva ser adictas, ni expresen su necesidad de atención médica, con la idea de evitar ser señaladas y discriminadas.

Actualmente las drogas más consumidas por mujeres son las médicas y el alcohol; especialmente las drogas médicas como ansiolíticos, somníferos y analgésicos, vinculadas al tratamiento de la depresión que es la principal causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en este sector de la población.

Hoy en día es necesario realizar estudios con PdeG sobre el abuso de sustancias psicoactivas para identificar las diferencias e implicaciones a partir de la

<sup>xiv</sup>. En relación a la atención de personas que viven con VIH, la Organización Mundial de la Salud y organizaciones civiles internacionales como la Secretaría de la Mancomunidad y Centro Marítimo de Excelencia para la Salud de la Mujer, han elaborado propuestas sobre el trabajo en programas de VIH/SIDA con perspectiva de género. Véase Commonwealth Secretariat and Maritime Centre of Excellence for Womens Health. Gender mainstreaming in HIV/AIDS: Taking a Multisectorial Approach. New Gender Mainstreaming Series on Development Issues. Commonwealth Secretariat and Maritime Centre of Excellence for Womens Health. United Kingdom, 2002; World Health Organization. Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector. Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs. World Health Organization. Switzerland. 2009.

construcción social de la masculinidad y la feminidad, y poder diseñar intervenciones específicas y más eficaces para mujeres y para hombres; más aún, es fundamental que los programas de atención a personas que tienen adicciones se diseñen, desarrollen y evalúen con PdeG. Hoy se cuenta con modelos de atención y tratamientos para adicciones pero están diseñados para los hombres; los grupos de autoayuda y los servicios para adicciones están más dirigidos a ellos; son espacios masculinizados. No hay grupos de autoayuda sólo para mujeres y faltan espacios amigables de atención especializada para ellas.

Un ejemplo de la aplicación de este lineamiento es un programa de atención a adicciones con PdeG que se desarrolla en los Servicios Estatales de Salud del Estado de Morelos. La situación de aumento del consumo de alcohol por parte de las mujeres y, sobre todo de las adolescentes, tal vez en la búsqueda errónea de una igualdad, de aceptación de sus pares e integración a grupos de amistad; puso en marcha este programa para facilitar que mujeres puedan recibir atención a las problemáticas de salud generadas por el consumo de alcohol.

El programa partió de considerar la escasa participación de las mujeres con adicciones al alcohol y drogas en los grupos de ayuda mutua. Encontró que ello se debía a que se sienten incómodas en un entorno mayoritariamente masculino –en tanto han sido espacios tradicionalmente desarrollados para hombres–; a que las experiencias vividas son cualitativamente diferentes a las masculinas; a los celos de su pareja, situaciones que se sumaban a la escasez de grupos de apoyo mutuo, conocidos como AA para mujeres, y a las limitaciones de horarios en los que se desarrollan estos grupos.

Con ese precedente se propuso brindar tratamiento a mujeres con problemas de alcoholismo. Por una parte se consideró que la poca aceptación social del alcoholismo en una mujer podría disminuirse al trabajar con este grupo dentro de una institución como el Centro Nueva Vida, y, a la vez, que ellas se sintieran menos señaladas. Se creó un grupo institucional femenino de AA de hora y media, matutino para facilitarles la asistencia, al inicio sesionaba una vez por semana con planes de sesionar de dos a tres veces por semana. Esta actividad se está desarrollando y se evaluarán los resultados al final del año 2010.

## VI. Promover espacios de entretenimiento para los hijos y las hijas mientras la madre esté en su consulta



Este lineamiento se plantea considerando que en muchas ocasiones las mujeres no acuden a los servicios médicos porque no tienen con quién dejar a sus hijos e hijas, o bien, porque han enfrentado la problemática de que alguna persona que trabaja en la unidad de salud les llame la atención porque sus hijos/as están jugando en los pasillos o salas de espera, lo que puede hacerla sentir incomprendida, menospreciada o regañada.

Este tipo de acciones se plantearon como parte del Programa de Acción Específica Arranque Parejo en

la Vida. El ejemplo más contundente son las denominadas Casas de Apoyo a la Mujer Embarazada o Casa AME. Se trataba de un espacio dentro o cerca de la unidad de salud en donde la mujer embarazada podía dejar a sus hijos/as mientras asistía a su consulta médica.

Muchas mujeres con hijas/os necesitan de este tipo de apoyo para poder asistir a la consulta médica o a que les realicen estudios de gabinete o laboratorio, con la seguridad de que estarán bien cuidados en un espacio adecuado.

## VII. Incorporar el enfoque de género en las guías, lineamientos, y normas de atención a la salud

Para que la atención a la salud incorpore la PdeG es necesario que desde la normatividad se establezcan medidas y acciones que contemplen las condiciones sociales y de vida de las mujeres y los hombres de tal manera que se favorezcan los diagnósticos oportunos, la terapéutica adecuada, así como las estrategias de apoyo para el apego al tratamiento.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha emitido opiniones técnicas para la incorporación de la PdeG en los proyectos de actualización de algunas normas como la NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes; NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica; entre otras. Se trata de que las normas tengan lenguaje incluyente además de que incorporen elementos relativos a la condición de género que influyen en la detección y el diagnóstico oportuno de estos padecimientos así como en el tratamiento.

Por exponer un ejemplo, cabe destacar la elaboración y publicación de la NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009. En esta norma se condensa, desde la PdeG, un grupo de medidas, recomendaciones e indicaciones necesarias para atender en los servicios de salud esta problemática que afecta a las mujeres en nuestro país.

La PdeG se incorporó de manera contundente desde el lenguaje incluyente hasta los diversos elementos considerados en relación a la condición de género de las mujeres que interfieren en la detección en los servicios de salud, de probables casos y diagnóstico de mujeres que viven violencia, así como para el tratamiento específico de la violación sexual y el respeto de los derechos humanos de las mujeres que viven violencia.

## 6. ¿Cómo podemos modificar el lenguaje para hacerlo incluyente, a favor de la Igualdad entre Mujeres y Hombres?

En todo este contexto, en la labor de transversalizar la PdeG, el uso del lenguaje incluyente, no sexista, deviene una herramienta importante en la búsqueda de la igualdad con base en principios de equidad.<sup>xv</sup>

En el Sector Salud, en particular en las diversas formas de contacto entre las personas responsables de procurar servicios y los diferentes grupos de población, es indispensable estimular el uso del lenguaje incluyente y de mensajes que procuren no reproducir estereotipos tradicionales de género que obstaculizan el proceso hacia la igualdad.

Al conjunto de recomendaciones para incorporar la PdeG en los programas de salud, se suman propuestas sobre lenguaje inclusivo que deben ser tomadas en

cuenta en todas las funciones de prestación de servicios de salud.

Como se comentó, el lenguaje discriminatorio por motivo de género adopta diferentes modos y matices, pero es posible apreciar la desvalorización, invisibilización, ofensa, e incluso violencia, en contra de las usuarias, lo que puede afectar negativamente su relación con el personal de salud, incidiendo en la calidad, calidez y seguridad. Asimismo, entre personal de salud puede producirse la emisión de mensaje y tratamiento sexista.

A continuación mostramos algunos ejemplos de formas de lenguaje y mensajes sexistas en el ámbito de la salud y propuestas para convertirlos en lenguaje incluyente y mensajes no reproductores de estereotipos.

Expresión sexista	Lenguaje incluyente
Los Derechos del Hombre	Los Derechos de la Humanidad.
Esquema de vacunación en el niño con VIH/SIDA.	Esquema de vacunación para las niñas y los niños con VIH/SIDA. Esquema de vacunación en niños/as con VIH/SIDA. Esquema de vacunación para la niñez con VIH/SIDA.
Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer.	Asociación Mexicana de Ayuda a niñas y niños con Cáncer. Asociación Mexicana de Ayuda a la Niñez con Cáncer.
El autismo reunió a niños, padres, familiares, y autoridades de salud en una gran caminata en Hermosillo, Sonora.	El autismo reunió a niñas, niños, sus familiares y autoridades de salud, en una gran caminata en Hermosillo, Sonora.
Vasectomía sin bisturí: Guía ilustrada para cirujanos.	Vasectomía sin bisturí: Guía ilustrada para el personal de cirugía.
Médicos en contacto con pacientes en unidades de hospitalización general.	Personal médico en contacto con pacientes en unidades de hospitalización general.
Vacunación para el viajero.	Vacunación para las personas viajeras.
Mejorar la calidad de vida del adulto mayor.	Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

xv. Entre otras publicaciones, se recomienda consultar las siguientes, para aplicar lenguaje incluyente, no sexista: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. 10 Recomendaciones para el uso no sexista del lenguaje. 2 ed. México: Textos del Caracol; 2009 (1); Emakunde. El lenguaje, más que palabras. Propuestas para un uso no sexista del lenguaje. Bilbao: Instituto Vasco de la Mujer; 1988; Garí Pérez A. Hablamos de salud en femenino y masculino. Madrid: Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. (Serie lenguaje 5); López Astudillo S, Pésantes Calle N, Vergne Quiroga S. Manual de comunicación inclusiva. Buscando la equidad. Quito: Pro-ODM, Solidaridad Internacional; 2007; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje. París: Servicio de Lenguas y Documentos; 1999.

Expresión sexista	Lenguaje incluyente
Manual para los prestadores de servicios de planificación familiar.	Manual para la prestación de servicios de planificación familiar.
Guía para capacitadores en Salud Reproductiva.	Guía de capacitación para el personal de Salud Reproductiva.
La salud de los no fumadores en el Distrito Federal.	La salud de la población no fumadora en el Distrito Federal.
Exitoso intercambio de promotores de salud México-EUA.	Exitoso intercambio de promotores/as de salud México-EUA.
Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA.	Guía para los y las enfermeras en la atención de las y los pacientes con VIH/SIDA. Guía para el personal de enfermería que atiende a pacientes con VIH/SIDA.
Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación.	Proteger los derechos de las y los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación.
Nacimientos atendidos y nacidos vivos.	Nacimientos atendidos y nacidas/os vivos.
Usuarios activos de planificación familiar.	Usuarías(os) activos de planificación familiar.
La médico Esmeralda Alcántara.	La médica Esmeralda Alcántara.
La jefe de jurisdicción.	La jefa de jurisdicción.
Las enfermeras de urgencias.	El personal de enfermería de urgencias.
Los terapistas.	El personal de terapia.
Los trabajadores sociales acudieron al llamado.	El personal de trabajo social acudió al llamado. Las y los trabajadores sociales acudieron al llamado.
Los pacientes deben recibir información.	Las y los pacientes deben recibir información.
El Dr. Montes y la Dra. Mary.	El Dr. Montes y la Dra. Sánchez.
El Sr. Suárez pasa al consultorio 3 y la Sra. Juana, al consultorio 4.	El Sr. Suárez pasa al consultorio número 3 y la Sra. Benítez, al consultorio 4.
“Madrecita” pase, quítese su ropita, póngase la batita y acuéstese.	Sra. Rodríguez pase al consultorio, por favor desvístase, póngase la bata y colóquese en la mesa de exploración.
Leticia Martínez, esposa del exdirector del hospital, la que trabaja en el centro de salud.	La Dra. Leticia Martínez, Directora del centro de salud.
Los psicólogos Carlos, Fernando y Ana estaban atrasados en su consulta.	La psicóloga Ana y los psicólogos Carlos y Fernando se retrasaron en su consulta.

## Uso de la arroba “@”

La arroba -@- no es un signo lingüístico para designar de manera indistinta a hombres y/o mujeres; en términos de un lenguaje incluyente nuestro idioma es rico en vocablos para recrear la igualdad y equidad entre personas.

Uso incorrecto	Alternativa incluyente
Funcionari@s de Salud.	Funcionarias y Funcionarios de Salud. Funcionarias/os de Salud.
Director@s de las Unidades de Salud.	Directoras y Directores de las unidades de Salud. Directoras/es de las unidades de Salud.

## Algunos ejemplos de usos discriminatorios de la comunicación

La comunicación está acompañada de gestos, signos corporales y expresiones no verbales, que adquieren sentido en el contexto específico de la comunicación, algunas de esas expresiones están cargadas de sexismo.

Actitud sexista	Actitud no sexista
Uso y abuso de la imitación de tonos afeminados con el fin de ridiculizar y estigmatizar a las mujeres y a las personas homosexuales.	Tomar conciencia y reflexionar sobre el uso de repertorio gestual, al momento de transmitir ideas y opiniones en la interacción social cotidiana.
La práctica masculina de evitar el contacto visual, o no tomar en cuenta las opiniones de las mujeres que integran un grupo mixto, restando importancia a su participación.	Evitar la reproducción del sexismo y la discriminación para mejorar la convivencia social y humana.
La exaltación de la genitalidad fálica como símbolo de poder o reafirmación de dominio.	Combatir las prácticas sexistas para transitar hacia una nueva visión de género.

## Referencias Bibliográficas

1. Lamas M. La antropología feminista y la categoría de género. En: Lamas M. comp. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG-UNAM/Miguel Ángel Porrúa; 1996.
2. Velasco, V. Hacia una visión más comprehensiva de la homofobia. México: CECASH A. C; s/f.
3. De Keijzer B. El género y el proceso de salud-enfermedad-atención. En: Género y Salud en Cifras. Septiembre-diciembre 2003; 1(3): 3-7.
4. Buvinic M, Médiçi A, Fernández E y Torres AC. Gender Differentials in Health. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DV et al, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2a ed. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006: 195-210.
5. Sen G, Östlin P. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it Exists and how We Can Change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Sweden: Karolinska Institute; 2007.
6. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
7. Sen G, Asha G, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS/OMS y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional No. 14; 2005.
8. Gómez E. Equidad, género y desarrollo humano. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. Santiago de Chile: OPS/OMS/FONASA; Octubre 18-19, 2001.
9. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud (Internet). Organización Mundial de la Salud (Recuperado Junio 3, 2010; citado; junio 10, 2010). Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/es/index.html).
10. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft. Geneva: WHO; 5 May 2005.
11. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS; 2009.
12. Organización Mundial de la Salud. Las Mujeres y la Salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Resumen Analítico. Ginebra: OMS; 2009.
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la implementación de la política de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud 2009- 2014. Washington D. C: OPS; 2009.
14. Roses Periago M. Discurso en la presentación del Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la OPS: 2009-2014.
15. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Acción Específico 2007-2012 Igualdad de Género en Salud. México: SS; 2008.
16. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá: OMS; 1986.
17. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos empleados en la serie Salud para Todos. Ginebra: OMS; 1984: 1-8.
18. Gordon Jr. An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Reports. March-April 1983; 98(2): 107-109.

19. Poblano O, et al. Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana. En: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Compilación: Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. México: SS/CNEGSR; 2007.
20. Östlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L, Hertzman C, et al. Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward. Geneva: WHO Discussion paper 9; September 2009.
21. Pan American Health Organization. Gender, Health and Development in the Americas, Washington, DC: PAHO/Population Reference Bureau; 2003.

## Referencias Bibliográficas Generales

1. Del Río A, Rodríguez Y, Robledo C, Blas I. Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del programa de prevención y control de diabetes mellitus en México. En: Género y Salud en Cifras. Enero-abril 2009; 7(1): 3-16.
2. García Prince E. Hacia la Institucionalización del enfoque de género en políticas públicas. Caracas: Fundación Friedrich Ebert; 2003.
3. Hartigan, P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional N° 7; 2001.
4. Hartigan P, Gómez E, da Silva J, Schutter M de. Guía para facilitadores. Taller sobre género, salud y desarrollo. Washington, DC: OPS/OMS; 1997.
5. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. Guía práctica para la incorporación del mainstreaming de género ¿cómo aplicar el enfoque de género en las políticas públicas? Castilla-La Mancha: Unidad para la Igualdad de Género; 2009.
6. Instituto Nacional de las Mujeres, PNUD. ABC del Género en la Administración Pública. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2007.
7. Instituto Nacional de las Mujeres, Glosario de Género. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2008.
8. Instituto Nacional de las Mujeres. Un vistazo a los antecedentes del género como enfoque de política pública. Curso de Sensibilización en Género. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2009.
9. Organización Panamericana de la Salud. Elementos para elaborar un perfil de género y salud: OPS; s/f.
10. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. México: OPS; s/f.
11. Pérez Fragoso L, Reyes Zúñiga E. Transversalización de la perspectiva de equidad de género. Propuesta metodológica y experiencias. México: Equidad de género, ciudadanía, trabajo y familia A. C; 2009.
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guía de transversalización de género en proyectos de desarrollo. México: PNUD; 2006.
13. Rodríguez Y. Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos. Género y salud en Cifras; mayo-agosto 2009; 7(2): 3-14.
14. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. México: SS-CNEGSR; 2007.
15. Secretaría de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. SS: México; 2007.
16. Secretaría de Salud. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). México: SS; 2006.
17. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género. Guía de salud sexual y reproductiva para mujeres con el VIH. México: SS-CNEGSR; 2008.

## Recomendaciones Electrónicas

1. Agencia Española de Cooperación Internacional, Solidaridad Internacional, Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador y otros. Manual de Comunicación Inclusiva. Disponible en:  
[http://www.odmterritorial.gov.ec/index.php?option=com\\_remository&Itemid=189&func=fileinfo&id=175](http://www.odmterritorial.gov.ec/index.php?option=com_remository&Itemid=189&func=fileinfo&id=175)
2. Acción colectiva de trabajo en red: Bertomeu-Martínez MA, Castro-García C, González-Vázquez A, Lamarca Ch, Le Maignan A, Maffía D, Nicolás de Santiago M, Sánchez de Madariaga I. Desde el Foro generourban.org, singenerodedudas.com, e-leuis.net y la lista de correo Araca. Reivindicamos el concepto de Género. Disponible en:  
<http://singenerodedudas.com/Documenta/ReivindicamosGenero.pdf>
3. Chaher S, Santorio S. Compiladores. Las palabras tienen sexo. Introducción a un periodismo con perspectiva de género. Artemisa Comunicación Ediciones; 2007. Disponible en: <http://www.artemisanoticias.com.ar/images/Las-palabras-tienen-sexo.pdf>
4. Federación de Mujeres Progresistas. Lenguaje Sexista FMP. Disponible en:  
[http://www.nodo50.org/prometeo/textos/Lenguaje\\_sexista.pdf](http://www.nodo50.org/prometeo/textos/Lenguaje_sexista.pdf)
5. Instituto Nacional de las Mujeres. Ni tan fuertes ni tan débiles. INMUJERES; 1998. Disponible en:  
<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Publicaciones.php?criterio=ni+tan+fuertes+ni+tan+fragiles&filanio=o&search=Buscar>
6. Maqueda Abreu ML. La Violencia de Género. Entre el concepto jurídico y la realidad social. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología (RECPC). 2006: 08-02. Disponible en:  
<http://www.nodo50.org/feminismos/IMG/pdf/violencia-Maqueda.pdf>
7. Maqueda Abreu ML. La Violencia de Género: Concepto y Ámbito. Ponencia presentada en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en:  
<http://centraantigona.uab.cat/docs/articulos/La%20violencia%20de%20genero%20concepto%20y%20%C3%A1mbito.pdf>
8. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
9. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/es/index.html)
10. Organización de las Naciones Unidas. Las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, 1975 a 1995. Disponible en:  
[http://www.undp.org/cu/pdhl/Modulo4/use/temaz/\(5\).htm](http://www.undp.org/cu/pdhl/Modulo4/use/temaz/(5).htm)
11. Suárez JC. Estereotipos de la mujer en la comunicación. Mujeres en Red. Periódico feminista. 2007. Disponible en:  
<http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article1211>







