

LINEAMIENTOS PARA CAPACITACION EN GENERO EN SALUD REPRODUCTIVA**INDICE**

Presentación	2
I. Marco conceptual: Género y salud reproductiva	5
A. Conceptos básicos para el análisis de las relaciones de género	5
1. Sexo y género	5
2. Estereotipo de género	6
3. Análisis de las relaciones de género	6
a. Roles de género	7
b. División del trabajo por género	7
c. Acceso	9
d. Relaciones de poder	10
e. Necesidades de género prácticas y estratégicas	10
f. Empoderamiento	11
B. Salud reproductiva y género	13
1. El enfoque de género en salud	13
2. El enfoque de género en la salud reproductiva	14
a. Sexualidad, género y planificación familiar	15
b. Adolescencia, género y planificación familiar	16
c. Abuso, género, salud reproductiva y planificación familiar	16
C. Modelos de familia y vida reproductiva	17
LII. La situación local	21
A. Características en los servicios de salud	22
B. Características en el contexto sociocultural local	23
Bibliografía sugerida	25

LINEAMIENTOS PARA CAPACITACION EN GENERO EN SALUD REPRODUCTIVA

Idalma Mejía de Rodas y Linda Asturias de Barrios

PRESENTACION

El enfoque de género se está empleando en diferentes sectores, contextos e instituciones para mejorar relaciones inequitativas entre hombres y mujeres que han sido producto de largos procesos sociales y que han derivado en exclusión, marginación o subordinación. Estas relaciones inequitativas son incongruentes con los derechos humanos y con los principios de igualdad de los seres humanos. Para comprender el enfoque de género, hay que partir de una distinción entre sexo y género. El primer término se refiere a ciertas características anatómicas y fisiológicas de los seres humanos. Género, en cambio, alude a las creencias, actitudes, valores, sentimientos y conductas que una sociedad o grupo asigna a una persona por su sexo, por el hecho de ser hombre o mujer. Incluye también las concepciones sobre lo femenino y lo masculino. El género es resultado de un proceso de construcción social, mientras que el sexo lo es de una programación genética.

La formación en género del personal de salud se visualiza como una herramienta clave para lograr intervenciones de salud más efectivas particularmente en el campo de la salud reproductiva y la planificación familiar. También busca transformar actitudes y estereotipos de género en tomadores de decisiones dentro de una organización o servicio, ya que eleva su grado de conciencia para identificar inequidades de género, analizar sus consecuencias en la entrega de servicios y tomar decisiones para eliminar esas desigualdades y mejorar la calidad de los servicios. La capacitación en género también es valiosa para que las organizaciones adopten sistemas organizativos, políticas y procedimientos que reconozcan y busquen la igualdad en las relaciones de género, especialmente en acceso a recursos, poder de decisión y autoestima. Además, el enfoque y la capacitación en género deben ser parte de toda agenda de trabajo que busque el ejercicio del derecho a la salud.

En 1996 el Consejo de Población con el patrocinio de INOPAL y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- inició una investigación operativa en las áreas de salud de Quetzaltenango y San Marcos con el objeto de implementar estrategias que mejoraran la entrega de servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Para dar continuidad a los logros alcanzados a partir de las estrategias de atención implementadas, se pensó que la capacitación del personal de salud en género era

1 Las autoras agradecen a Clara Luz Barrios Ch., ex Enfermera de Area de Salud de Quetzaltenango y a Marianne Burkhart, Representante del Consejo de Población en Guatemala, sus comentarios a la primera y segunda versiones de este documento. Agradecen asimismo sus comentarios y sugerencias a la segunda versión a María Onestina de González, Enfermera de Area de Salud de Quetzaltenango; Otto Cifuentes y Ana María Barrios, médico y enfermera profesional respectivamente del Centro de Salud /maternidad de San Carlos Sija Quetzaltenango; Alicia Ruano, enfermera materno -infantil Coordinadora de Capacitación del Proyecto Mother Care; Claudia Flores, comunicadora social, Consultora para Capacitación en Género del ProKarna Mujer Salud y Desarrollo de la OPS/OMS; Lidia Marina Reyna, enfermera docente y ex Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras de Occidente, y Jorge Solórzano, médico, Consultor del Consejo de Población. Todos ellas y ellos aceptaron en forma individual leer el documento y juzgar su relevancia como herramienta para la capacitación en servicio sobre género en salud reproductiva. Sus contribuciones fueron incorporadas en la presente versión.

fundamental para agregar calidad y eficiencia a esos servicios. El Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (*International Center for Research on Women -ICRW*) convino con el Consejo de Población, INOPAL, en elaborar unos lineamientos para la capacitación en género del personal de salud de las áreas mencionadas. Estos lineamientos, sin embargo, podrán ser utilizados y adecuados por personal de salud de otras áreas o servicios.

Los objetivos específicos de los lineamientos son:

Constituir una fuente de consulta para la introducción de la perspectiva de género en servicios de salud en los niveles operativos y comunitarios a través de la capacitación en servicio del personal de salud.

Apoyar a equipos técnicos, facilitadores locales de procesos transformadores en salud, en su autoformación en género y planificación de género, para el diseño, ejecución, orientación, monitoreo/seguimiento y evaluación de programas de educación en servicio en enfoque de género que mejoren la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

Proveer lineamientos conceptuales y metodológicos para el diseño y ejecución creativos de un proceso de educación permanente en género y salud que involucre a todo el personal de los distritos de una área de salud.

Sugerir temas, espacios, estrategias y tecnologías educativas para incorporar el análisis de género en las capacitaciones del personal de salud y en las atenciones a usuarios y usuarias que proveen los distintos programas diseñados y ejecutados por los servicios de salud.

Proponer un plan para el diseño, ejecución y evaluación del proceso educativo que incremente el grado de conocimiento y la toma de conciencia del aporte positivo de incorporar el enfoque de género en los programas y acciones de salud, y que se traduzca en acciones concretas.

Proveer criterios para seleccionar, diseñar y utilizar materiales y metodologías educativos que incorporan el enfoque de género.

El personal de salud local será quien diseñe, implemente y evalúe el plan educativo apoyándose en los lineamientos propuestos que desc,ansan en la creatividad y búsqueda de conocimiento y de soluciones locales. La implementación contextualizada localmente del plan debe permitir que la interacción del personal con colegas de la salud y con los usuarios y usuarias se fundamente en la igualdad de género. En el caso de la mujer, la igualdad se entiende en el sentido de "proporcionar....las condiciones necesarias para desarrollar sus propias aptitudes y preferencias" (Domínguez 1995), el respeto mutuo tanto profesional como individual y la valoración del otro. El cambio en las percepciones de género y en la construcción de identidades de género diferentes pero igualitarias en acceso y control de recursos (transformación de las relaciones de género en el ámbito de trabajo) repercutirá en un mejor desempeño del personal (conocimiento, satisfacción y autoestima) y en consecuencia en un trato digno para las personas usuarias y en la extensión de servicios de calidad a la comunidad. Asimismo la implementación del plan propiciará que los usuarios y las usuarias reflexionen sobre su condición de género, la transformen y tomen decisiones informadas que les permitan mejorar su salud y planificar su familia.

Estos lineamientos están organizados en tres secciones. La primera aborda conceptos fundamentales sobre análisis de relaciones de género y el enfoque de género en salud reproductiva; constituyen una base conceptual inicial para el estudio y reflexión de los facilitadores. La segunda aborda la situación de género en los servicios de salud locales y en su contexto sociocultural como un ejemplo de aplicación de los conceptos de género al estudio y comprensión de las relaciones de género y salud reproductiva dentro del contexto local. La tercera operacionaliza los lineamientos para el desarrollo del proceso educativo sugiriendo principios, objetivos, enfoque metodológico, contenidos y evaluación de la capacitación. Además se incluye una bibliografía mínima sugerida para la autocapacitación de los equipos facilitadores del proceso capacitante.

Estos lineamientos, como su nombre lo indica, proveen directrices para implementar un proceso de capacitación en género y salud. No constituyen un manual de organización de talleres de capacitación en género ni un inventario de técnicas. Son flexibles y por lo tanto son adaptables a las necesidades y circunstancias que confronten distintos equipos facilitadores del programa educativo.

I. MARCO CONCEPTUAL: GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA

A. CONCEPTOS BASICOS PAFA EL ANALISIS DE LAS RELACIONES DE GENERO

1. SEXO Y GENERO

En Guatemala el enfoque y el análisis de género son relativamente recientes. En algunos ámbitos el género se usa como un término de moda que simplemente reemplaza al concepto de sexo. Este reduccionismo es totalmente inadecuado porque no permite establecer las diferencias entre mujeres y hombres que se deben a construcciones sociales y culturales y no a hechos biológicos. En otros lugares se usa el término sexo para explicar diferencias conductuales sociales, lo cual también es inadecuado.

Sexo y género son dos conceptos distintos. El término sexo se refiere a ciertas características anatómicas y fisiológicas de los seres humanos. Cuando nace un niño, su sexo se identifica inmediatamente de acuerdo a la forma y funciones de sus órganos genitales. Género, en cambio, se refiere a las creencias, actitudes, valores, sentimientos y conductas que una sociedad o etnia o grupo asigna a una persona por su sexo, por el hecho de ser hombre o mujer. Incluye también las concepciones sobre lo femenino y lo masculino (MSPAS, OPS/OMS s.f.:2). El género es resultado de un proceso de construcción social, mientras que el sexo lo es de una programación genética.

Debido a las características innatas asociadas al sexo masculino y al sexo femenino respectivamente, solamente los varones pueden producir esperma y únicamente las mujeres pueden quedar embarazadas. Estas y otras características biológicas sexuales no cambian. Por el contrario, el género está relacionado con las percepciones, expectativas de conducta y de pensamiento que una sociedad tiene de las mujeres y los varones; todas éstas pueden cambiar, como lo evidencia la historia de distintas sociedades en el mundo. En una sociedad multicultural, como la guatemalteca, cada grupo étnico ha construido socialmente los roles de género que se adscriben respectivamente a mujeres y hombres. En la cultura maya, tortear, preparar alimentos y tejer en telar de cintura son parte del rol femenino, mientras que cultivar maíz, rajar leña y construir la vivienda son constituyentes del rol masculino. Estas actividades son aprendidas diferencialmente por niños y niñas durante su proceso de socialización. Son conductas enseñadas y aprendidas y por lo tanto pueden cambiarse. De hecho, los roles de género varían de una cultura a otra y, dentro de una misma cultura, cambian con el tiempo.

En Guatemala, la introducción de cultivos no tradicionales de exportación, por ejemplo, ha aumentado y propiciado el trabajo agrícola de las mujeres. En el área rural y aún en la urbana sólo al varón se le enviaba a la escuela, razón por la cual hoy en día existe un mayor número de analfabetas que analfabetos. Se decía y aún se sostiene, que la mujer no necesita ir a la escuela porque "ella es de la casa" y tiene que aprender las áreas propias de su sexo, ya que al ser grandes se casarán y de nada les servirá el estudio". Felizmente, esta situación está cambiando hacia una mayor participación y permanencia de la niña en la escuela.

2. ESTEREOTIPO DE GENERO

Las mujeres son débiles. Los hombres son fuertes.

La mujer está hecha para la casa; el hombre, para la calle.

La mujer es por "'naturaleza': monógama, virgen y fiel" (AGMM 1996: 2). Está en la "naturaleza" del hombre no ser monógamo, experimentar con el sexo antes del matrimonio y **ser** infiel.

Cuando se enferman, los hombres son llorones.

A la hora del parto, las mujeres deben ser "arrechás" (aguantadoras).

Al varón hay que darle de comer más y mejor, porque es el que trabaja.

4. ANALISIS DE RELACIONES DE GENERO

a. Roles de género

Un rol de género es un haz de conductas, formas de pensar y sentir que una sociedad o grupo étnico define para los varones o las mujeres. El rol de género se aprende como parte del proceso de socialización. Por medio de este proceso los individuos aprenden los patrones de conducta y los valores de grupos sociales a los cuales pertenece o le sirven de referencia. En este complejo proceso pueden participar como agentes socializadores la familia, la escuela, la iglesia, los amigos, los compañeros de trabajo y los medios de comunicación. Niñas y niños aprenden autoimágenes, así como conductas, valores y formas de expresión de los sentimientos de acuerdo a su identidad de género. En la cultura occidental, por ejemplo, el llanto se permite en las mujeres, pero se reprime en los varones.

Tanto el hombre como la mujer no tienen uno sino varios roles. En el caso de la mujer ella puede ejercer a lo largo de su vida los roles de hija, estudiante, novia, esposa, trabajadora, etc., muchos de ellos en forma simultánea. Igualmente sucede con el varón. El rol de madre y el rol de padre forman parte de los roles de género. En muchas sociedades el rol materno conlleva cuidar a los hijos, mientras el rol paterno incluye proveer al hogar. Si una madre no cuida a sus hijos o un padre no contribuye al sostenimiento del hogar, puede ser sancionado por la sociedad como "mala madre" o "mal padre". Los individuos tienden a comportarse de acuerdo a los roles de género establecidos porque esto contribuye a su aceptación social. Cuando una persona o un grupo empieza a comportarse contraviniendo los roles de género establecidos, puede ser objeto de marginación. Sin embargo, en todas las sociedades los roles de género han cambiado con el paso del tiempo. En sociedades occidentales, la participación política de la mujer ha aumentado como producto de las reivindicaciones femeninas de las últimas décadas del siglo XX y de su acceso a la educación, en particular a la universidad y al trabajo remunerado fuera del hogar. En Guatemala, la población maya también está experimentando cambios, con el mayor acceso de la mujer a la educación, su participación en la vida política del país y en movimientos sociales reivindicativos, incluyendo los feministas.

Los roles de género y las definiciones de feminidad y masculinidad pueden ser afectados por factores como la edad, la etnicidad, la clase social y la composición sociodemográfica rural o urbana. En la ciudad de Guatemala es común entre los ladinos el uso del color rosado para vestir a la niña y el color celeste, para el niño. El pelo largo es considerado una manifestación de feminidad tanto entre ladinos como mayas. Sin embargo, en el primer grupo étnico, el pelo corto en la mujer y el uso de maquillaje no están mal vistos, mientras que en el segundo sí.

b. División del trabajo por género

El género como una construcción social se manifiesta en la división social del trabajo entre mujeres y varones. Esta división no es un fenómeno natural o biológico, como se comprueba al establecer que un mismo trabajo es realizado por hombres en una sociedad y por mujeres en otra. Por ejemplo, el cultivo de hortalizas es realizado en unos grupos étnicos exclusivamente por las mujeres; en otros, exclusivamente por los varones; y en otros más, por ambos. En este último caso es frecuente que ciertas tareas se definan como masculinas, otras como femeninas y otras como propias de hombres y mujeres. En la cosecha de la papa

en áreas mayas de Guatemala, se da una estrecha cooperación entre hombres y mujeres. El varón remueve la tierra con el azadón y a continuación la mujer saca los túberculos. En el occidente de Guatemala, es frecuente observar en los períodos de siembra y cosecha de maíz, frijol y habas que la mujer se ausente de la casa para trasladarse al campo.

Hombres y mujeres pueden desempeñar múltiples roles, pero es más común que ellas lo hagan. En la literatura sobre género (Parker, Lozano y Messner 1995:15,16,****) se maneja el concepto de doble rol (trabajo productivo y reproductivo) y más recientemente el de triple rol (trabajo productivo, reproductivo y comunitario) o cuádruple rol (trabajo productivo, reproductivo, comunitario y de representación política). Dado que la mujer es la que generalmente lleva la mayor carga del trabajo reproductivo, es común hablar del doble o triple rol de la mujer, sin que con ello se haya agotado la identificación del número de roles que ella desempeña simultáneamente. Para comprender estos conceptos relacionados con la división del trabajo, es necesario conocer las definiciones de trabajo productivo, reproductivo, comunitario y de representación política.

De acuerdo al Marco Planificación de Género (Moser y Levy citadas en Paricer, Lozano y Messner 1995:16), el rol productivo incluye la producción de bienes y servicios para el consumo o venta. Es rol productivo la agricultura comercial o de subsistencia, la pesca, el empleo asalariado, el autoempleo, la producción artesanal, etc. El rol reproductivo comprende "el cuidado y mantenimiento del hogar y de sus miembros, así como la gestación, el cuidado de los niños, la preparación de alimentos, la recolección de agua y leña, las compras de provisiones, los quehaceres domésticos y la salud familiar". Este trabajo es fundamental para la supervivencia de los seres humanos. No obstante, generalmente no es considerado "trabajo" porque no tiene valor de cambio, ya sea monetario o en especie. El trabajo social o comunitario incluye "la organización colectiva de eventos sociales y de servicio: ceremonias, celebraciones, acciones tendientes al bienestar comunal, grupos comunales, participación en política local, en movimientos en pro de la salud, etc." (OPS/OMS 1993:7-8). Finalmente el rol de representación política está relacionado "con actividades de representatividad política en los niveles comunitarios, local, nacional y/o internacional" (Parker, Lozano y Messner 1995:16). Debe señalarse que cuando se utiliza la categorización tripartita del trabajo, la representación política se incluye dentro del trabajo comunitario.

En la realización de cada una de estos tipos de actividad, se da una división del trabajo por género. En el área rural, por ejemplo, la mayor parte de las tareas asociadas con el cultivo del maíz - un trabajo productivo - son realizadas por varones, pero en la cosecha pueden intervenir las mujeres. Cortar árboles o ramas para hacer leña es una tarea reproductiva frecuentemente realizada por los varones. En cambio, preparar alimentos, cuidar a los niños, barrer y planchar, que también son trabajos reproductivos, son esencialmente faenas femeninas. Prestar servicio en una cofradía es un trabajo comunitario, pero las responsabilidades de los cargos varían de acuerdo a la jerarquía y al género.

La forma en que una sociedad organiza los roles de género repercute no sólo en la división del trabajo entre mujeres y hombres, sino también en la valoración del trabajo. Generalmente el trabajo de la mujer es menos valorado que el del varón. En Guatemala, la enfermería, que es un trabajo productivo, es realizado predominantemente por mujeres y es subvalorado. En cambio, la medicina, desempeñada mayoritariamente por varones, es un trabajo productivo muy prestigiado. Esta valoración, heredada de la cultura occidental, se

remonta a tiempos antiguos. La medicina ya era un dominio masculino en la antigüedad griega. La enfermería profesional, surgida en Inglaterra en el siglo XIX, ha sido un dominio femenino. En la actualidad, hombres y mujeres se desempeñan como profesionales de la medicina y la enfermería, pero la primera es numéricamente dominada por hombres y la segunda, por mujeres.

En el campo del trabajo reproductivo, los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos ni siquiera se consideran "trabajo". Es común que una mujer que no tenga un trabajo remunerado y se dedique casi exclusivamente al cuidado del hogar y de sus miembros, y aunque genere algunos ingresos como producto de la crianza y venta de animales domésticos, artesanías y tareas eventuales diga: "Yo no trabajo". En forma semejante su esposo dice: "Mi mujer no trabaja".

Esta situación guarda relación con el hecho de que socialmente la mujer no participa de la población económicamente activa PEA. Los censos o encuestas incluyen dentro de la PEA a la mujer que devenga un salario y deja por fuera a la que labora como mano de obra en empresas familiares. Su aportación es "invisible" en las estadísticas.

c. Acceso

Independientemente de quién desempeñe el trabajo, las actividades requieren recursos. El acceso a éstos, su costo y la toma de decisiones sobre su uso influyen en la realización satisfactoria de las actividades. Como consecuencia de los roles de género, hombres y mujeres tienen acceso diferencial a los recursos y los beneficios. Por ejemplo, en la producción de cultivos no tradicionales de exportación, introducidos en Guatemala alrededor de 1980, las agroexportadoras contratan a productores varones. Las mujeres no tienen acceso a esta forma de trabajo. En estos cultivos las opciones para ellas son trabajo asalariado como jornaleras o más comúnmente trabajo familiar con el esposo o el padre. Las jornaleras, en todo caso, perciben un salario inferior al del varón que realiza iguales tareas. Otros ejemplos de acceso diferencial debido a los roles de género es el ingreso a la escuela, ya que se privilegia al varón, la práctica de ciertos oficios o profesiones o el ocupar a ciertos cargos.

El tiempo es un recurso del cual mujeres y hombres disponen en forma distinta como consecuencia de sus roles de género. Las mujeres de las áreas rurales y periurbanas frecuentemente realizan actividades por un número mayor de horas que los varones. En un ejemplo real publicado en la revista *Encuentro* (1994:13), se proporcionan los horarios de una pareja que reside en un área periurbana de la ciudad de Guatemala. El se despierta a las 5:30, se baña, desayuna y sale a trabajar como albañil. Ella se levanta a las 4:00 a acarrear agua del chorro público, hacer el desayuno y preparar el almuerzo para que lleve el esposo. El se acuesta a las 21:30, después de cenar y ver televisión. Ella se acuesta una hora más tarde, la cual emplea en lavar los trastos, apagar el fuego, arreglar la ropa del marido y hacer cuentas de su puesto en un mercado. Mientras él duerme ocho horas, invierte algún tiempo en recreación y es servido por la mujer; ella duerme cinco y media horas y no destina tiempo exclusivo para ver televisión.

Como muchas de las actividades realizadas por las mujeres, especialmente las de

los roles de género. En la literatura sobre el tema se distinguen dos tipos de necesidades: prácticas y estratégicas. Las necesidades prácticas son necesidades percibidas como inmediatas vinculadas con los roles de género. Son fácilmente indistinguibles y están relacionadas con el cuidado de la salud, el empleo, la alimentación, etc. La satisfacción de estas necesidades permite a mujeres y varones desempeñar sus roles de género eficientemente (Parker, Lozano y Messner 1995: 9). Una necesidad práctica en el campo de la salud sería satisfecha con la capacitación de la madre para prevenir y tratar la diarrea en sus hijos pequeños. Otro ejemplo lo constituye su capacitación para preparar mejor los alimentos de la familia. En el caso del varón, una necesidad práctica vinculada con su trabajo agrícola sería satisfecha con acceso a crédito para diversificar sus cultivos.

En cambio, las necesidades estratégicas son identificadas por hombres y mujeres como producto de relaciones de género desiguales. Su satisfacción requiere modificar las relaciones de poder inequitativas entre hombres y mujeres. Las mujeres han identificado como necesidades estratégicas la igualdad de acceso al empleo, la igualdad de pago por trabajo igual y la equiparación de derechos legales. Los varones, por su parte, han identificado necesidades estratégicas derivadas de su exclusión de ciertas actividades como el cuidado de los hijos. A diferencia de las necesidades prácticas, las necesidades estratégicas son menos visibles y su satisfacción requiere procesos a largo plazo que implican cambios actitudinales, conductuales y en las estructuras de poder (Parker, Lozano y Messner 1995: 9).

En Guatemala, en el campo de la salud, la mayoría de las posiciones directivas son ocupadas por varones. En los casos en que algunas mujeres han ocupado estos puestos (por ejemplo: Vice-Ministra, Directora de Servicios Generales de Salud, Directora de Hospital), su desempeño ha sido duramente criticado tanto por varones como por mujeres. Una necesidad estratégica de género planteada por personal de salud femenino, particularmente por las enfermeras, es lograr que un mayor número de mujeres ocupen cargos directivos. Esto requerirá cambios actitudinales y conductuales con respecto a las capacidades de las mujeres para desempeñar cargos directivos, así como modificaciones en las estructuras de poder en el sector salud.

f. Empoderamiento

Un supuesto del enfoque de género en el desarrollo es que las personas deben ser agentes de su propio desarrollo. Pero, para que ello sea posible, es necesario que se dé un proceso de empoderamiento. Este se define como un proceso mediante el cual la persona desarrolla fortalezas y destrezas que le permiten actuar en pos de un bien individual o colectivo para mejorar su calidad de vida, dentro de la cual se incluye la salud, la educación, el trabajo, el respeto a los derechos humanos y otros.

Para establecer los avances en la consecución del empoderamiento, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) utiliza el continuo del empoderamiento. Este es una herramienta analítica propuesta por Ronald Labonté y adaptada por el mencionado organismo internacional. En este continuo se distinguen cuatro momentos transformativos: empoderamiento personal, desarrollo de grupos de autoayuda, organización comunitaria y

coaliciones de acción política. A continuación se describen estos momentos y se ilustran con ejemplos del campo de la salud.

El empoderamiento personal ocurre cuando la persona adquiere fortalezas que le permiten ejercer un control sobre aspectos de sí misma. Las instituciones pueden propiciar el empoderamiento personal de proveedores y beneficiarios de servicios al fomentar una relación horizontal (no jerárquica) de diálogo y trabajo conjunto entre ellos. Por ejemplo, la terapia individual dirigida a la mujer que es víctima de la violencia intrafamiliar puede conducir a un empoderamiento personal mediante el cual la mujer tome control sobre su cuerpo y mejore su autoestima (OPS/OMS 1995: 18-19). Otro ejemplo lo constituye la labor educativa, mediante la cual la mujer (o el varón) que desea limitar su fecundidad, pero cuyo cónyuge se opone, logra fortalecerse, enfrentarlo con la pareja y derivar una decisión.

El empoderamiento personal se puede fortalecer a través del funcionamiento de grupos de autoayuda. Cuando la persona se da cuenta que no es la única que sufre una situación, problema o enfermedad, empieza a percibir su experiencia propia dentro de un contexto social. Para seguir con los ejemplos anteriores, los grupos de mujeres golpeadas (OPS/OMS 1995: 20), o subordinadas reproductivas, contribuyen a promover la autoestima y el empoderamiento personal, pero no ofrecen elementos que permitan modificar las condiciones estructurales de la violencia intrafamiliar y la subordinación que compele a la maternidad no deseada.

La organización comunitaria permite avanzar un paso más que los grupos de autoayuda, ya que busca enfrentar las causas del problema. En los casos que sirven de ilustración, las organizaciones no gubernamentales que combaten la violencia doméstica ofrecen refugios y atención integral (apoyo legal, psicológico y físico) a las mujeres agredidas, así como sensibilización y concientización de la opinión pública sobre el problema (OPS/OMS 1995: 20). Asimismo numerosas organizaciones ofrecen Información y servicios de planificación familiar en forma individual y en pareja como resultado de una nueva visión social de la reproducción.

Las limitaciones de la organización comunitaria son trascendidas por la formación de coaliciones de acción política. Varios grupos unen sus esfuerzos para dirigir acciones a los niveles superiores de decisión gubernamental. Estas acciones buscan ejercer presión con el fin de lograr cambios políticos o reformas sociales. Siguiendo con el ejemplo sobre violencia doméstica, el sector salud puede contribuir a la formación de coaliciones proporcionando información o asesoría sobre la organización y funcionamiento de las estructuras gubernamentales (OPS/OMS 1995: 20). En el caso de la subordinación reproductiva femenina, la Agrupación de Mujeres Tierra Viva está difundiendo los derechos reproductivos de la mujer, como una estrategia para generar apoyo de otras organizaciones. Por otra parte, numerosas organizaciones han promovido el proyecto de ley "Promoción Integral de la Mujer".

B. SALUD REPRODUCTIVA Y GENERO

1. EL ENFOQUE DE GENERO EN SALUD

Dentro de la perspectiva de género tiene especial relevancia el análisis de las interacciones entre los factores biológicos y sociales que conducen a situaciones de ventaja o desventaja relativa de hombres o mujeres. "En el ámbito de la salud, tal ventaja o desventaja relativa se mediría, primero, en términos de las probabilidades de mantener la salud, enfermar o morir por causas prevenibles y, segundo, en la equidad con que aparecen distribuidos el poder, las responsabilidades, los recursos y las retribuciones en el proceso de producción de la salud" (OPS/OMS 1995:2). La socialización y el control institucional son dos de los procesos básicos mediante los cuales la construcción social del género incide en la salud de las personas y en el papel que éstas desempeñan en el cuidado de su salud. Las personas aprenden conductas asociadas a los roles de género, las cuales inciden en la salud.

Asimismo el control institucional refuerza estas conductas porque sanciona positivamente a los individuos que las cumplen y negativamente a los que se apartan de ellas. A manera de ilustración, la sobremortalidad masculina por causa de accidentes y violencia que se registra a partir del primer año de edad a nivel latinoamericano, está asociada con actitudes y conductas estereotipadas masculinas como la intrepidez, la osadía y la ingestión excesiva de alcohol (OPS/OMS 1995: 2,4).

La literatura sobre género y salud ha aportado las siguientes dimensiones analíticas que permiten señalar diferenciales empíricos (OPS/OMS 1995: 3):

Riesgos específicos ligados a actividades definidas como masculinas o femeninas. Ejemplo: En Guatemala los varones están más expuestos a intoxicaciones y enfermedades derivadas del contacto con pesticidas, porque la aplicación de estos agroquímicos se ha definido como masculina.

Percepciones de enfermedad. Ejemplos: (1) La mujer guatemalteca no percibe el SIDA como un riesgo para ella. (2) Datos de Guatemala indican que en ciertas regiones la cultura local percibe los cólicos menstruales como castigo a ciertas conductas moralmente reprochables de las mujeres. Ellas deben soportar estoicamente los dolores porque para ellas es "natural"; desconocen la existencia de tratamientos y no identifican "el cólico" como algo anormal. Por otra parte, aunque algunas conocen medidas para aliviar los dolores temen que al usarlas puedan interrumpir el proceso normal de la menstruación (ver Sección II).

Conductas de búsqueda de atención. Ejemplos: (1) Las mujeres han respondido a la oferta de servicios para el binomio madre-niño, pero no buscan atención integral en salud reproductiva porque la oferta no los incluye. (2) La responsabilidad de la reproducción tradicionalmente se ha asignado a las mujeres. La participación de los varones en el cuidado de la salud sexual y reproductiva ha sido escasa. Consecuentemente la mayoría de los usuarios de los servicios de planificación familiar han sido las mujeres.

Grados de acceso y de control sobre recursos básicos para la protección de la salud como la alimentación y las prestaciones sociales. Ejemplos: (1) En la región

latinoamericana la sobremortalidad femenina por cáncer en la adultez está más asociada con la limitada accesibilidad a tecnologías médicas de detección temprana y de tratamiento en fases iniciales que con una mayor letalidad de los cánceres propios de la mujer. (2) En Guatemala las mujeres del attiplano tienen una estatura media 10 cms. menor y un peso promedio 22 libras menor que las mujeres de la capital debido a una deficiencia proteico energética crónica asociada con una distribución inequitativa del escaso recurso alimenticio familiar, la cual favorece al varón.

Distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud. Ejemplo: La asignación intemacional de recursos para investigación dirigida al desarrollo de tecnología anticonceptiva masculina es más escasa que para la femenina.

Para responder a las necesidades de género, prácticas y estratégicas, el sistema de salud puede responder respectivamente con un abordaje práctico de género (APG) y un abordaje estratégico de género (AEG). Los objetivos del primero están vinculados con el mejoramiento de las condiciones de vida y la falta de recursos. Buscan que el grupo en desventaja -hombres o mujeres- obtenga acceso a recursos básicos para la supervivencia y el mantenimiento de la salud, sin propiciar cambios en el control de los mismos ni en los roles de género. El APG está orientado a mejorar la condición de salud de mujeres y varones (OPS/OMS 1995: 17).

En cambio, el abordaje estratégico de género responde a las necesidades prácticas de hombres y mujeres, "encarando, adicionalmente, los factores de subordinación o desventaja de género que condicionan la magnitud y el carácter de esas necesidades" (OPS/OMS 1995: 17). Este abordaje, como estrategia de largo plazo, busca el mejoramiento de la posición del grupo que está en desventaja. La satisfacción de necesidades estratégicas requiere que se aumente el control del grupo en desventaja sobre los recursos básicos para la supervivencia y el mantenimiento de la salud. Esto requiere redistribuir las responsabilidades y el poder entre hombres y mujeres con el fin de que se reduzcan las inequidades que perjudican la salud de ellos o ellas.

2. EL ENFOQUE DE GENERO EN SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva ha sido definida recientemente como "la habilidad de las mujeres y los hombres para reproducirse, regular su fecundidad y tener y disfrutar relaciones sexuales" (Fathalla en Villar 1994: 2) . Dentro de esta línea de pensamiento, para que la salud reproductiva se considere exitosa es necesario que se asegure la sobrevivencia infantil, el crecimiento y desarrollo saludables, embarazo y partos seguros, la regulación de la fecundidad sin daños a la salud y la práctica y el disfrute de sexo seguro y sin temor a embarazos no deseados (Villar 1994: 2-5). El Consejo de Población, por su parte, ha mostrado la complejidad que exige el abordaje de la relación entre género y salud reproductiva, al destacar la relevancia de temas como abuso y violencia basados en el género, planificación familiar y género entre los adolescentes, sexualidad y planificación familiar, responsabilidad social y económica de hombres y mujeres en el desarrollo de los niños, y restricciones económicas y sociales de las mujeres (Moore y Rogow 1994). Estos

nuevos abordajes de la salud reproductiva y la planificación familiar con enfoque de género permiten agregar calidad a los servicios de salud. A continuación se presentan cinco áreas temáticas enfocadas por el Consejo de Población en su abordaje de la salud reproductiva con enfoque de género:

a. Sexualidad, género y planificación familiar

La sexualidad, fundamentación de la vida reproductiva, ejerce un profundo efecto sobre el uso de contraceptivos. Por eso es importante conocer y comprender cómo el género afecta la sexualidad. La expresión y la libertad sexual de las mujeres se ve afectada por el género en formas como las siguientes:

En muchas sociedades las mujeres tienen poca capacidad para negociar su vida sexual como resultado de normas sociales que asignan a los varones el control de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres.

La sexualidad femenina es percibida como una amenaza para los hombres en muchas culturas.

Las mujeres que experimentan placer sexual han sido consideradas en muchas sociedades como deshonestas.

La expresión sexual masculina también se ve afectada por el género:

Es común que a los hombres se les inculque que la conquista sexual es una manera de probar su hombría.

Los hombres se sienten muy presionados por su rendimiento sexual.

El acceso, uso y selección de un método contraceptivo en mujeres y varones están afectados por el género y las normas de comportamiento sexual. El conocimiento y las actitudes de los usuarios y sus parejas hacia la sexualidad incide en la selección de métodos. En un estudio reciente realizado en un área periurbana de la ciudad de Guatemala (Asturias, Nieves, Matute, Mejía, Yinger y Weiss 1997) se encontró que hay mujeres que planifican a escondidas del marido por temor a ser consideradas infieles y a ser agredidas. Otras manifestaron que su pareja no usaba condón porque le disminuía el placer. Algunas indicaron haber abandonado el método inyectable o no querer usarlo por temor a perder la menstruación considerada como un lavado o purificación del organismo.

La estructura de los servicios de planificación familiar y los programas que éstos ofrecen han sido influenciados por concepciones culturales sobre la expresión apropiada de la sexualidad masculina y femenina. Por esto los servicios no están totalmente preparados para abordar la sexualidad. En diferentes investigaciones (citadas por Moore y Rogow 1994: 5-6) se ha documentado dificultad del personal de salud para abordar temas sexuales con los usuarios así como falta de privacidad en las clínicas que dificulta que usuarios y usuarias soliciten consejo. Algunos programas de planificación familiar no han priorizado métodos masculinos como el retiro, el condón y la vasectomía. Esto ha sido resultado de una combinación de factores entre los cuales se incluyen las actitudes de los proveedores de

salud hacia la sexualidad masculina como una esfera separada y distinta del proceso de reproducción.

b. Adolescencia, género y planificación familiar

A nivel mundial las tasas de actividad sexual entre los adolescentes son muy altas. Un informe de las Naciones Unidas señala que entre el 25% y el 33% de las jóvenes ya ha tenido relaciones sexuales a la edad de 15 años. Un estudio realizado en un área periurbana de la ciudad de Guatemala encontró que un tercio de las 68 mujeres entrevistadas tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, más de la mitad de las mujeres llegó a su primera relación sexual sin información previa, la sexta parte de ella inició su vida sexual con una violación (Asturias de Barrios y colaboradores 1997). En muchas culturas hay fuertes presiones para que las mujeres se casen a una edad muy temprana y conciban inmediatamente para probar su fecundidad. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que el abuso sexual y físico es una variable predictiva fuerte de embarazo temprano (Moore y Rogow 1994: 12). Estos datos ponen de manifiesto dos problemas entre los adolescentes relacionados con salud reproductiva y género: actividad sexual prematura y actividad sexual no deseada.

Otros problemas de los adolescentes relacionados con género son el riesgo de embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes tienden a ser usuarios intermitentes de métodos contraceptivos o a no usarlos. En Honduras sólo el 16% de las adolescentes que son sexualmente activas utilizan métodos (Moore y Rogow 1994: 13). Por otro lado, según datos del PNUD, la inmadurez del canal vaginal puede incrementar el riesgo de infección a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las adolescentes. En promedio las mujeres se infectan con el VIH a edades más tempranas que los varones debido a su mayor susceptibilidad inmunológica y virológica a las ETS y al VIH (Moore y Rogow 1994:14).

c. Abuso, género, salud reproductiva y planificación familiar

El abuso de la mujer basado en el género incluye abuso físico, sexual y psicológico por parte del cónyuge, abuso sexual de niñas, violaciones maritales, hostigamiento sexual, prostitución forzada, alimentación selectiva de las niñas y otros. En el estudio realizado en un área perturbana de la ciudad de Guatemala (Asturias y colaboradores 1997), el 17% de las 68 mujeres entrevistadas reportó haber sido violada en su primera relación sexual. Los episodios reportados de violación incluyeron varios casos en que el agresor fue el propio padre o el padrastro de la mujer. En esta situación de violencia sexual intrafamiliar, en la que la madre de la joven agredida desconocía el abuso o lo toleraba por temor a perder el soporte económico del cónyuge, algunas jóvenes decidieron dejarse embarazar a temprana edad por un novio para tener un motivo que les permitiera ser expulsadas de sus hogares

MODELOS DE FAMILIA Y VIDA REPRODUCTIVA

Un estudio reciente sobre la vida reproductiva de los habitantes de una comunidad periurbana de la ciudad de Guatemala (Asturias de Barrios y colaboradores 1997) encontró que la conducta reproductiva y de planificación familiar de hombres y mujeres, como individuos y como parejas, se orienta por dos modelos conceptuales y normativos que se pueden visualizar como extremos en un continuo. Dado que las autoras de estos lineamientos son coautoras del citado estudio, han tomado una sección del mismo y con algunas modificaciones la presentan a continuación, ya que estos modelos ilustran la forma en que la cultura y el género se articulan para normar algunos aspectos de la familia y de la vida reproductiva.

Los modelos identificados han sido denominados modelo del silencio y modelo de la palabra debido a sus normas comunicativas con relación a la vida reproductiva. El primero, que privilegia las familias numerosas y los hijos como fuente de riqueza y bienestar y apoyo en la vejez, tiene sus raíces en las culturas populares rurales y urbanas tanto ladinas como indígenas. Ha sido transmitido siguiendo líneas de género y generación: de abuelas y madres a hijas y de abuelos y padres a hijos. Ha sido reforzado por las familias extendidas de las parejas y por círculos más amplios de amigos y vecinos e instituciones particularmente religiosas. El segundo, el de la palabra, que promueve familias más pequeñas y planificadas, ha sido difundido en el país, desde los años 1960, por varias instituciones tales como la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), organizaciones femeninas que manejan un enfoque de género, los servicios de salud, las escuelas, organizaciones no gubernamentales e incluso las iglesias dentro de sus convicciones religiosas. Estas instituciones han difundido mensaje a través de medios masivos de comunicación, como la radio y la televisión, programas comunitarios de distribución de métodos anticonceptivos, la comunicación interpersonal y el uso de cursos didácticos escritos y gráficos.

Los dos modelos ofrecen posiciones opuestas en relación a una serie de criterios tales como: concepción de la familia y de los roles del hombre, la mujer y los hijos; tamaño de la familia; número ideal de hijos; composición por género del número ideal de hijos; información sobre la vida reproductiva; vida en pareja; y planificación familiar. El modelo del silencio concibe la familia como una expresión del designio divino de la humanidad, el cual trasciende las diferencias entre las religiones; como una manifestación de virilidad y femineidad en la reproducción numerosa; y como una fuente de riqueza material y social. Esta concepción se traduce en expresiones cotidianas de sus premisas: la pareja debe tener el número de hijos que Dios le mande; el varón y la mujer son tales para tener hijos; y los hijos son ayuda en el trabajo y compañía y sostenimiento en la vejez de los padres. En consecuencia no se evitan los embarazos. Un número alto de hijos asegura la sobrevivencia de algunos dentro de un contexto de mortalidad infantil alta, especialmente en el área rural. El número ideal de hijos no forma parte de la comunicación de la pareja ("ni siquiera se nos ocurrió hablar de eso"). Sin embargo, hay preferencia por que el primer hijo sea varón y por que haya predominio masculino en la descendencia. Para la madre, esto es una garantía de su sostenimiento en la vejez porque las hijas se van del hogar y, como son mantenidas por los respectivos cónyuges, no pueden ayudar económicamente a sus padres.

Cuadro 1.1 Modelos de familia y vida reproductiva

ASPECTOS	MODELO DEL SILENCIO	MODELO DE LA PALABRA
Concepción de la familia	Expresión de designio divino. Manifestación de virilidad y feminidad en reproducción numerosa. Fuente de riqueza material y social.	Expresión de la voluntad de la pareja o de la mujer. Familia planificada. Fuente de satisfacción y seguridad emocional y futura.
Tamaño de familia	Grande: Los que Dios mande.	Pequeña para asegurar calidad de vida.
Número ideal de hijos	No es parte de la comunicación de pareja.	2 a 4 y es discutido por la pareja.
Sexo ideal de hijos	Preferencia por varón como primer hijo y descendencia masculina,	Una pareja (un niño y una niña) o sin preferencia de sexo.
Comunicación intergeneracional sobre sexualidad y reproducción	Silencio como estrategia para prevenir a jóvenes del impulso sexual, relaciones premaritales y embarazo inesperado,	Educación sexual en hogar, escuela, servicios de salud y otras instituciones sobre sexualidad, reproducción, embarazo y enfermedades de transmisión sexual.
Inicio de vida en pareja	A edad temprana y con consentimiento paterno. Obligado cuando hay embarazo. En la mujer marca inicio de relaciones sexuales; en el hombre asegura compañía y trabajo reproductivo.	Postergamiento de edad. Acuerdo mutuo.
Concepción de unión	Duradera y con tolerancia de conducta de marido (incluye formas violentas: Físicas, psicológicas, e infidelidad).	Duradera pero con cuestionamiento recíproco de comportamientos.
Control de la mujer sobre su propio cuerpo	Ninguno: la sexualidad de la mujer está subordinada a las demandas del varón. Se espera que la mujer no disfrute las relaciones sexuales.	Negociación intergenérica.
Intención reproductiva	No evitar embarazos. Aborto intencional reprobado.	Espaciamiento y limitación.
Regulación de la fecundidad	Arnamentamiento prolongado, abstinencia postparto y en días "fértil". Cansancio, enfermedad e indisposición como motivos aceptables para rehusar contacto sexual dentro de la relación de pareja Uso de métodos populares	Variedad de métodos según necesidades de pareja, del varón o de la mujer. Acuerdo de pareja sobre método a emplear.
Servicios de planificación	No se considera su uso.	Promoción, búsqueda de información y orientación en servicios de planificación familiar.

Fuente: Tomado de Asturias y colaboradores 1997.

En el modelo del silencio impera el silencio; de ahí se deriva su nombre. No se habla, o se hace en forma velada, sobre los acontecimientos de la vida reproductiva como una estrategia para proteger a la niña del impulso sexual, las relaciones sexuales premaritales y un embarazo inesperado. A la niña y adolescente no se le habla sobre la menarquia, las relaciones sexuales ni el embarazo. La información sobre la menstruación se provee hasta que la niña desarrolla, cuando también se le previene sobre la interacción con los varones. La información que se le da sobre las relaciones sexuales y sobre su consecuencia, el embarazo, es incierta, ambigua y atemorizante. Ella deriva información sobre estos acontecimientos, especialmente sobre los dos últimos a través de la práctica y no por preparación previa.

La vida en pareja en el modelo del silencio se espera que se inicie a una edad temprana y que marque el comienzo de las relaciones sexuales. La llegada de los hijos se espera en forma inmediata a la unión de la pareja. Cuando estos ideales no se cumplen, hay ciertas normas sustitutivas. Por ejemplo, si como consecuencia de una relación sexual premarital la mujer resulta embarazada, este acontecimiento debería conducir a la unión.

La unión se considera de por vida y se propicia, especialmente en la mujer, la tolerancia de la conducta del marido, aunque éste sea mujeriego, bebedor, irresponsable o violento. Aunque se da en la práctica, es mal visto que una mujer tenga hijos de diferente padre o que haya tenido varias uniones en forma secuencial.

En el modelo del silencio la planificación familiar tiene un espacio muy limitado, salvo el que deja el amamantamiento prolongado, la "dieta" postparto y la abstinencia sexual en días considerados "fértil" o por motivos justificables tales como cansancio, enfermedad e indisposición. Sin embargo la falta de control que la mujer tiene sobre su propio cuerpo hace que a menudo esos motivos no funcionen.

El modelo de la palabra, en cambio, concibe la familia como una consecuencia de decisiones responsables de la pareja a través del diálogo basado en el conocimiento de las opciones de planificación familiar y la selección de la que más convenga. El tamaño de la familia propuesta es relativamente pequeño para asegurar una mejor calidad de vida para sus miembros. Esta calidad incluye satisfacción de necesidades básicas tales como nutrición, vestuario, salud, educación y recreo. El espaciamiento de los hijos se apoya en lograr espacios intergenésicos que aseguren la salud de la mujer y el cuidado del niño. El número deseado de hijos y el espaciamiento se logra mediante el uso de métodos de regulación de la fecundidad. Se desean hijos de ambos sexos.

En este nuevo modelo, la educación sobre la sexualidad, proporcionada por los padres en el hogar y complementada por la escuela, organizaciones no gubernamentales e instituciones de salud, tiene como propósito informar a los niños y niñas sobre los cambios fisiológicos y psicosexuales que ocurren en la pubertad, las relaciones sexuales, el embarazo y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los padres de familia que adoptan este modelo para educar a sus hijos enfatizan su preparación durante los años juveniles y el postergamiento de la edad de la primera unión y del primer embarazo. Se subraya que los hijos sean deseados y tenidos en el momento oportuno. Para lograr esta planificación familiar, se aconseja la utilización de métodos de regulación de la fecundidad. La iglesia católica y otras denominaciones religiosas prescriben métodos naturales basados en la

En Areas de Salud como Quetzaltenango y San Marcos, a través del proyecto de investigación operativa auspiciado por el Consejo de Población, INOPAL y el MSPAS se ha logrado iniciar un cambio hacia un enfoque integral en la atención de la salud de la mujer, ya que anteriormente la atención se centraba principalmente en la mujer embarazada, su rol como proveedora de cuidados de los hijos y escasamente en su papel como progenitora responsable. Este cambio ha incorporado horarios abiertos que toman en cuenta la disponibilidad de tiempo de la mujer para propiciar el acceso a los servicios.

En la atención de la salud del varón, esta se ha dirigido a la etapa infantil y muy escasamente a su rol como progenitor responsable. Todavía no se ha iniciado un enfoque integral en la atención de la salud del varón.

La atención a la salud reproductiva del hombre, la mujer y la pareja tampoco ha sido abordada en forma integral.

En el diseño de programas y acciones de salud han estado ausentes como información de base investigaciones etnográficas, realizadas e interpretadas por el propio personal de salud, o efectuadas por investigadores ajenos a los equipos locales, cuyo conocimiento y discusión aportaría datos valiosos. En consecuencia se ha desvalorizado información proveniente de la cultura de los usuarios porque se ha considerado "supersticiosa", "tradicional" o no científica. En general esto ha conducido a la marginación de los proveedores de salud tradicionales como comadronas, curanderos, hierberos y componehuesos, y al saber curativo popular.

El trato que los usuarios y usuarias reciben del personal de salud no siempre es respetuoso. Es frecuente que el personal se dirija a los usuarios y usuarias utilizando el tratamiento de vos, el cual puede reflejar una subordinación étnica o de clase. Tampoco se les escucha, y en especial a las mujeres se les suele tratar patema o matemalmente como niñas e ignorantes.

B. CARACTERISTICAS EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL LOCAL

Como expresión de la subordinación de género, socialmente construida, intemalizada y reproducida por hombre y mujeres, la mujer somete sus necesidades y decisiones acerca de su salud a los requerimientos y decisiones del varón. Por ejemplo, en muchos casos el varón debe aprobar que la mujer vaya a consulta de salud. A veces es él quien la acompaña y proporciona la información sobre su ciclo menstrual y otros datos, aun cuando ella hable el idioma en que se realiza el interrogatorio. En otros casos es la suegra, en representación de la autoridad masculina, quien autoriza o acompaña a la mujer.

El paradigma predominante de socialización en sexualidad, reproducción y planificación familiar es el del silencio (vea capítulo 1). Asociado a este paradigma, la mujer adolescente y la que rebasa los 40 años no tienen conciencia de los riesgos de embarazos tempranos, tardíos o la muttiparidad. El nacimiento de los hijos varones es recibido con fiesta (se prepara caldo de gallina) y se felicita a la madre. La comadrona

que atiende el parto recibe un pago más alto cuando el recién nacido es varón.

Tolerancia e incluso legitimación de la violencia contra la mujer. La violencia intrafamiliar, que afecta especialmente a la mujer en diferentes etapas de la vida, incluye aspectos sexuales y de género. Está vinculada con la baja autoestima en hombres y mujeres. Por ejemplo, la madre le enseña al hijo que si la esposa no cumple con las tareas del hogar, él debe pegarle. A la hija le enseña que debe portarse bien con el marido, para que éste no tenga motivo para pegarle. Otro ejemplo es el de la mujer que, no deseando tener relaciones con su marido, no se rehusa porque puede ser golpeada, insultada o acusada de ser infiel.

Las nociones sobre el cuerpo y su funcionamiento que manejan los usuarios y usuarias generalmente corresponden a sistemas de conocimientos culturales (conocimientos etnoculturales). Estas nociones etnoanatómicas y etnofisiológicas (conocimiento anatómico y fisiológico proveniente de la cultura local) no sólo son diferentes de las biomédicas sino a veces pueden ser opuestas a ellas. Un ejemplo etnofisiológico de la región es el relativo a que la menstruación "lava" el organismo de la mujer. En consecuencia se cree que la suspensión de la menstruación derivada del uso de un anticonceptivo inyectable es peligrosa porque se piensa que la sangre se acumula dentro del cuerpo, no cumple su función purificadora y, al aparecer nuevamente la menstruación, la hemorragia es tan abundante que la mujer puede "vaciar".

Asimismo se cree que los tratamientos destinados a aliviar los dolores menstruales pueden suprimir la menstruación con los resultados dañinos ya mencionados. La menopausia se concibe como fin de la fertilidad y, a diferencia de la visión occidental, no se considera como un problema ni como fuente de molestias.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

A continuación se presenta una bibliografía mínima asequible en los centros de documentación del Programa Mujer Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, OPS/OMS; Agrupación de Mujeres Tierra Viva, APROFAM; AGES; Consejo de Población y medios de comunicación escrita (periódicos y revistas).

Agrupación de Mujeres Tierra Viva

s.f. Vídeos varios sobre salud reproductiva.

v.f. Boletines periódicos.

1993 *Derechos reproductivos*. Afiche.

1997 "La salud de las mujeres es un derecho humano básico". Revista *Desfile*, Prensa Libre: 26 de mayo de 1997.

Alvarez, Francisca

1996 "Las mujeres mayas etnocidas". Columna Palabras de mujer. El Periódico: 24 nov. 1996. pp 36.

Apropiate Health Resources & Technologies Action Group -AHRTAG. Grupo CID editores en español

1995 "Habilidades de comunicación". *Diálogo sobre la diarrea. El Boletín Intemacional sobre el Control de Enfermedades Diarreicas*. 52 (junio-septiembre). CED.OPS/OMS asesores.

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas -AGMM

s.f. *Enfoque biopsicosocial del maltrato a la mujer en Guatemala*. III Convención Nacional de Mujeres Médicas, resumen de conferencias. Guatemala.

Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala (AVANCSO)

1995 *Trabajo y organización de mujeres. Su influencia en la construcción de los significados de la identidad de género*. Textos para debate No. 10. Guatemala: AVANCSO.

Asturias de Barrios, Linda, Isabel Nieves, Jorge Matute, Idalma Mejía de Rodas, Nancy Yinger y Ellen Weiss.

1997 *Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar en una Comunidad Periurbana de la Ciudad de Guatemala*. Guatemala: Estudio 1360 y El Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (*International Center for Research on Women -ICRW*).

Gobierno de Guatemala

1985 *Constitución política de la República de Guatemala*. Guatemala:

Figuerola Perea, Juan Guillermo

1996 "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". Primera versión de un texto preparado por invitación para la Revista *Cuadernos en Salud Pública*. Brasil. México.

IPPF/RHO

1996 *El enfoque de género en programas de salud sexual y reproductiva*. La Paz, Bolivia: IRPA LURANA, SRL.

Moore, Kirsten y Debbie Rogow, editoras

1994 *Planificación familiar y salud reproductiva: Hojas informativas para un análisis de género*. The Population Council.

Mujer y Desarrollo

s.f. "Cambios de una magnitud inédita: La situación de la mujer en América Latina". Fotocopia.

1994 "Tiene la obligación de obedecer al marido". Fotocopia

Mujer, Salud y Desarrollo, OPM/OMS

1993 *Instrumentos conceptuales para introducir el análisis de género en salud a nivel local*. San José, Costa Rica: Editorial ABSOLUTO S.A.

1994 *Guía metodológica para la elaboración de material educativo en salud con enfoque de género*. Proyecto de Salud Integral de la Mujer en Centroamérica. Guatemala: OPS/OMS

sf *Manual de capacitación en sexo, género y salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, OPS/OMS.

1995 *Conceptualización de género para la planificación en salud*. Versión preliminar. Distribución limitada. Washington, DC.

Oficina Nacional de la Mujer -ONAM

s.f. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Ley de violencia intrafamiliar, decreto No. 97-96*. Guatemala: Editorial HIGSA GALA.

1997 *Las obligaciones legislativas a favor de las mujeres derivadas de los acuerdos de paz. Proyecto mujer y reformas jurídicas*. Guatemala: Cooperación Holandesa, Cooperación Sueca, UNIFEM, PNUD.

Population Reference Bureau

1994 *Inquietudes femeninas: Escritos sobre salud reproductiva*. Washington, DC.

Parker, Rani, Itziar Lozano y Lyn A. Messner

1995 *Gender relations analysis: A guide for trainers*. Westport, USA: Save the Children.

Rodríguez, Gabriela

1993 *Experiencias de género en los programas de planificación familiar*. México, D.F.: Fare Diseño Industrial y Gráfico, S.A.

Sagastume Gemmell, Marco Antonio

1991 *Los derechos reproductivos de la mujer*. Guatemala: APROFAM.

Salud Integral para la Mujer -SIPAM

1996 *Foro, calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género. Declaración*. México, D.F.: SIPAM.

Villar, José et al

1994 *Expanding research capacities to improve reproductive health in the Americas*. World Health Organization.