



INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PROGRAMAS DEL SISTEMA DE SALUD DE YUCATÁN

**Claudia Salinas Boldo
Maria Eugenia Tun Ayala**

**Programa Editorial
Reflexión: Género y Sociedad**



**INSTITUTO PARA LA EQUIDAD DE GÉNERO
EN YUCATÁN**

Programa Editorial
Reflexión: Género y Sociedad

Directora General
Georgina del Carmen Rosado Rosado

Claudia Salinas Boldo
María Eugenia Tun Ayala

Incorporación de la perspectiva de género en programas del Sistema de Salud de Yucatán

Programa Editorial
Reflexión: Género y Sociedad



Primera edición, 2009

Consejo Editorial del Instituto para la Equidad de Género en Yucatán
Dr. Melchor José Campos García
Dra. Judith Ortega Canto
Lic. Yalti Guadalupe González Carrillo

Diseño de portada: D.G. Roger Paredes Irigoyen

Comentarios y sugerencias: reflexióngeneroysociedad@yahoo.com.mx

D.R. (c) 2008, INSTITUTO PARA LA EQUIDAD DE GÉNERO EN YUCATÁN
Calle 86 No. 499-C altos por 59 Ex-Penitenciaría Juárez, Centro, Mérida, Yucatán, México

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo, por escrito, del editor.

Impreso en México

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Introducción	9
<i>Antecedentes</i>	9
<i>Justificación</i>	
<i>Objetivo general</i>	12
<i>Objetivos específicos</i>	12
<i>Impacto social</i>	12
1. Metodología	15
1.1. <i>El enfoque cualitativo</i>	15
1.2. <i>Análisis crítico del discurso</i>	18
1.3. <i>Conceptos</i>	18
1.4. <i>Universo</i>	20
1.5. <i>Ubicación del personal entrevistado</i>	22
1.6. <i>Recolección y análisis de la información</i>	24
1.7. <i>Instrumento</i>	24
2. Marco conceptual	27
2.1.- <i>El género</i>	27
2.2.- <i>Cuerpo, género y salud</i>	31
2.3.- <i>El mito del machismo, la negación de lo femenino</i>	36
2.4.- <i>Los profesionales de la salud y sus representaciones</i>	39
3. Resultado	43
3.1. <i>Personal médico</i>	43
3.2. <i>Personal de enfermería</i>	52
4. Conclusiones	65
5. Recomendaciones	67
Anexo	69
Bibliografía	73

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Fondo para la Transversalidad de la Perspectiva de Género del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y al Instituto para la Equidad de Género en Yucatán (IEGY)

Agradecemos a las autoridades de la Jurisdicción 1 del Sistema de Salud de Yucatán (SSY) que brindaron las facilidades para realizar este estudio.

Igualmente agradecemos al personal médico y de enfermería que, con su participación, hicieron posible este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La salud va más allá de una simple ausencia de enfermedad, es un completo estado de bienestar en todos los niveles pues no se limita a lo orgánico, es necesario que el individuo mantenga un equilibrio en lo psicológico y lo social para poder considerarlo como saludable. La salud sexual en este mismo sentido y de acuerdo con lo que afirma Álvarez-Gayou (1986), también resulta de un balance adecuado entre el bienestar emocional, social y biológico del individuo.

En nuestra sociedad existen muchas situaciones y condiciones que limitan la salud sexual de los individuos como son las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, las disfunciones sexuales, la intolerancia y discriminación, la violencia sexual, entre otros. Todas estas situaciones llevan a los individuos a vivir su sexualidad con culpa, frustración, insatisfacción y apatía, lo cual les impide alcanzar un nivel adecuado de salud sexual.

La educación sexual es entonces una potencial solución a todas aquellas situaciones que impiden que los individuos alcancen el equilibrio de todos los factores que componen la salud sexual. Una de esas situaciones que impiden el balance sexual de las personas es, sin duda, la inequidad de género, pues ésta es causa de problemáticas tales como la violencia, la insatisfacción, las infecciones, la discriminación, los embarazos no deseados y en general, un pobre desarrollo emocional en ambos sexos.

El personal de los sistemas de salud pública a nivel estatal, al atender problemáticas tales como la violencia, los embarazos adolescentes, la salud reproductiva y la prevención de infecciones de transmisión sexual, necesariamente debe impartir educación sexual a los usuarios y usuarias de sus servicios, ya que en sus intervenciones brinda información oportuna y necesaria, cuestiona creencias populares, modela actitudes y promueve el análisis y la modificación de aquellas conductas que pudieran estar impidiendo o limitando la construcción de un nivel de salud sexual deseable. No importa la posición, la profesión o el nivel de quien brinda el servicio, lo importante es que, el solo hecho de estar atendiendo

a los usuarios y usuarias que presentan problemáticas relacionadas con la sexualidad, ya los coloca en una posición de educadores y educadoras sexuales.

Es así como médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, y en ocasiones, hasta el mismo personal administrativo, establecen comunicación con el usuario y la usuaria, y lo que dicen influye en la percepción que estas personas tienen acerca de aquello que les afecta. Es por esto que resulta tan importante el que estos prestadores y prestadoras de servicios sean concientes de la responsabilidad que implica el educar en sexualidad a la población que acude a ellos y ellas, ya que no solo se trata de resolver la inquietud o el problema a nivel remedial, sino de tocar temas que les ayuden a evitar la formación de nuevas situaciones problemáticas.

Uno de esos temas es sin duda el de la equidad de género, ya que en situaciones relacionadas con la salud sexual definitivamente el género es un elemento que no puede faltar en los procesos educativos, ya que este tema permea en todas aquellas cuestiones que tocan el espacio de lo sexual. Al analizar y discutir situaciones tales como la violencia, la salud reproductiva y la atención a infecciones y enfermedades relacionadas con la vida sexual, es indispensable tocar el tema del género, pues sería imposible comprender a fondo y de forma completa estos temas si no se discuten desde un enfoque de género.

La Secretaría de Salud del Estado de Yucatán tiene la misión de garantizar el derecho de la protección de la salud de toda la población yucateca satisfaciendo las necesidades y expectativas de los ciudadanos por una atención de alta calidad con protección financiera mediante el uso adecuado de los recursos. Esta dependencia cuenta con un órgano rector a nivel federal, que tiene la función de contribuir a mejorar la salud de la población a través de la incorporación de la perspectiva de género en programas y acciones del sector salud, así como de la salud sexual y reproductiva, con pleno respeto a los derechos humanos.

Este órgano es el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el cual pretende ser una organización de referencia en materia de equidad de género y de salud sexual y reproductiva, con reconocimiento nacional e internacional, caracterizada por una alta competencia técnica y profesional, fundamentada en las evidencias científicas, las mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, con capacidad propositiva e innovadora, incluyente y abierta a la participación de la sociedad civil.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene a su cargo seis programas de la Secretaría de Salud. Estos programas son: equidad de género, salud reproductiva, cáncer cervicouterino, cáncer mamario, salud materna y perinatal, y prevención y atención a la violencia. Cada uno de estos programas se encuentra implementado en todos los centros de salud del estado de Yucatán, y tienen como misión el atender distintas problemáticas relacionadas a la sexualidad desde una perspectiva de género.

En la presente investigación se pretende conocer la percepción que tienen los trabajadores y las trabajadoras de los programas de equidad de género, salud reproductiva, salud materna y perinatal y de prevención y atención a la violencia, acerca de su propia labor como promotores de la equidad de género en sus centros de salud y desde los programas que les fueron asignados.

Justificación

El Instituto de Equidad de Género de Yucatán tiene la misión de asegurar la adecuada aplicación del enfoque de género en todas aquellas dependencias en las cuales pudieran presentarse situaciones de inequidad. La Secretaría de Salud del Estado de Yucatán es una de esas dependencias ya que muchas de las situaciones que atiende están directamente relacionadas con cuestiones de inequidad de género.

A pesar de que esta dependencia cuenta con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, este órgano no cuenta con ningún espacio en el estado desde el cual se evalúe y se intervenga en la labor de las personas a cargo de aquellos programas en los cuales es indispensable promover la equidad. Es por esto que corresponde al Instituto de Equidad de Género de Yucatán el llenar este espacio vacío y acercarse a estos espacios laborales para conocer la forma en la que el enfoque de género está siendo aplicado, los elementos que pudieran estar impidiendo su adecuada implementación y las necesidades de capacitación que pudieran presentar las personas que brindan sus servicios a la población.

Conociendo todo esto el Instituto de Equidad de Género de Yucatán podría estar en condiciones de planear estrategias oportunas y adecuadas que permitieran a los programas de la Secretaría de Salud cumplir con su meta de promover la equidad entre la población más afectada por el sexismo.

Objetivo General

Analizar la percepción que tienen los y las trabajadoras de cuatro programas del sistema de salud de Yucatán del impacto que sus procesos de intervención tienen en la construcción y deconstrucción de representaciones en torno a la equidad de género de los usuarios y usuarias de sus servicios.

Objetivos específicos

Analizar la descripción y evaluación que hacen los y las trabajadoras de los servicios de salud estatales de su propia labor como promotores y promotoras de valores, actitudes y prácticas que contribuyan a construir y deconstruir representaciones en torno a la equidad de género.

Analizar la descripción y evaluación que hacen los y las trabajadoras de los servicios de salud estatales de los procesos de educación sexual que se promueven en los programas a los cuales fueron asignados. Conocer las fortalezas y limitaciones prácticas que, desde su opinión, presentan estos programas al momento de ser aplicados en el centro de salud.

Analizar las necesidades de capacitación de los y las trabajadoras de los servicios de salud estatales en torno al tema de la equidad de género, a la forma en la que este enfoque contribuye a comprender de manera amplia las problemáticas que pretenden atender los programas a los cuales fueron asignados y las estrategias más adecuadas para alcanzar los objetivos de tales programas.

Impacto social

La salud reproductiva, la violencia, la equidad y la salud materna y perinatal son temas que requieren de respuesta y atención inmediata en nuestro estado. Las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, los trastornos médicos, emocionales y sociales causados por la violencia y la mala salud reportada en madres y bebés son situaciones que aún aquejan a nuestra población. El hecho de que estas problemáticas se estén atendiendo en la Secretaría de Salud a través de un órgano encargado de aplicar el enfoque de género habla de un significativo intento por enfrentar estas situaciones no solo a un nivel remedial sino preventivo.

La importancia de este estudio radica en que permitirá conocer las condiciones en las cuales se aplican los cuatro programas seleccionados para este estudio. Vamos a conocer el contexto en el cual trabajan las personas que han sido seleccionadas para brindar esta atención, el nivel de conocimientos que tienen en torno al tema, las actitudes con las cuales se acercan a los usuarios y la descripción que hacen de su propia labor como educadores y educadoras, asesoras y asesores en estos temas. Asimismo conoceremos el nivel de conocimiento que tienen en torno al tema del género y las habilidades con las que cuentan para aplicar este enfoque a sus labores cotidianas.

Esto es importante ya que aunque los programas se plantean como objetivo el promover en la población la equidad de género no se habla de los individuos que van a llevar a cabo esta labor. Es indudable que la planeación, aunque es importante, es solo el inicio de todo proceso. Al ser el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva un órgano que no cuenta con la suficiente presencia en el estado como para monitorear y apoyar la labor de quienes directamente tienen contacto con el usuario es de esperar que no todos estén aplicando adecuadamente el enfoque que se supone debe de permear su labor.

No sabemos quienes son y como piensan esas personas que tienen en sus manos la parte más importante del proceso: la aplicación.

Este estudio nos va a permitir tener un panorama más amplio y detallado de estas personas, con lo cual sabremos cuales son aquellos espacios que deben llenarse para que estos programas alcancen los objetivos para los cuales fueron creados.

1. METODOLOGÍA

1.1. El enfoque cualitativo

Las investigaciones hechas desde lo cualitativo en ocasiones no se toman totalmente en serio, pues están plagada de datos llamados subjetivos, y estos datos al no poder ser medidos o cuantificados de la misma forma que los datos llamados objetivos, a veces se considera que tienen la desventaja de carecer de solidez y rigor científicos. (Hammersley, 1994). Pero es importante recordar que aquellas investigaciones realizadas desde el enfoque cuantitativo muchas veces dejan de lado las fantasías, identidades y significados subjetivos, así como las normas, valores y discursos. Y todos estos son elementos muy importantes cuando se pretende abordar el tema del género. (Szasz, 1998)

Los datos objetivos pueden hablarnos de causalidad entre variables, pero es complicado pensar en construir una ciencia social basándonos en relaciones de causalidad. Las ideas, comportamientos y emociones humanas tienen más de una causa y requieren de un análisis mucho más detallado, profundo, y sobre todo, reflexivo. No es posible pretender elaborar leyes para explicar los fenómenos sociales. Desde un punto de vista interaccionista, los individuos hacemos interpretaciones de todo aquello que percibimos y esas interpretaciones son las que van formando, de manera constante y dinámica, las intenciones, motivos, actitudes, creencias y acciones del individuo social. (Hammersley, 1994). El enfoque cualitativo comprende un proceso interpretativo que tiene como meta el comprender la realidad, sin necesidad de explicarla. (Ruiz, 1996).

En el enfoque cualitativo se buscan los significados y conceptos que se extraen de la narrativa de los individuos para realizar una interpretación de aquellas representaciones que, desde una perspectiva constructivista, son productos sociales formados a través de las actividades de quienes interactúan entre sí. (Ruiz, 1996)

Desde lo cualitativo se estudian los discursos, acciones institucionales, normas, valores e incongruencias que van moldeando lo que los individuos dicen, lo que callan, lo que desean, lo que dicen que desean, lo que hacen, lo que piensan que hacen, lo que opinan acerca de eso que hacen y la manera en la que construyen su mundo y su propia identidad en torno a esas ideas. (Szasz, 1998)

La finalidad de los estudios elaborados desde lo cualitativo es la descripción y análisis de los fenómenos que se estudian. En este caso, se describirá y analizará la

percepción que tienen los profesionales de la salud del impacto que sus procesos de intervención tienen en la construcción y deconstrucción de representaciones en torno a la equidad de género en la población a la que brindan sus servicios. (Hammersley, 1994). Dado que se centra en lo interior y lo subjetivo para extraer los significados, el enfoque cualitativo resulta idóneo para este estudio, ya que en él se pretende abordar, desde una perspectiva fenomenológica el discurso de los individuos, para poder describir y comprender de forma suave, cálida e imaginativa las representaciones que constituyen la base de sus acciones como prestadores de servicios de salud. (Ruiz, 1996)

Es muy importante comprender la forma en la que los individuos construyen su mundo, tratando, en lo posible, de hacer a un lado todas aquellas preconcepciones que nos impidan contactar con los significados profundos de la experiencia ajena. Es necesario tener presente que “el sentido nunca puede darse por supuesto” y que este sentido “está ligado esencialmente a un contexto”. (Ruiz, 1996, p.31)

Aquí es importante mencionar que, aunque es importante mantener cierta distancia con lo estudiado para lograr una buena descripción del entorno y un análisis más objetivo, es importante tener presente que a pesar de ese alejamiento seguimos siendo parte del mundo, pues la investigación social se encuentra inmersa en ese conjunto de subjetividades dinámicas que conforman nuestra colectividad. (Hammersley, 1994)

El enfoque cualitativo a menudo se apoyan en la teoría del interaccionismo simbólico, iniciada por Cooley, Mead y continuada por Blumer y Denzin. (Ruiz, 1996)

La teoría del interaccionismo simbólico está basada en la idea de que la realidad social es una producción social, en ella se da por hecho que los individuos son capaces de entablar un comportamiento pensado y autorreflexivo y que la interacción enmarca nuestro proceso de adoptar una opinión individual y adecuarla a los demás. (Denman y Haro, 2000). Desde el interaccionismo simbólico entendemos que lo que hacemos, decimos y pensamos, depende de lo que hemos aprendido, y con esto no nos referimos a un aprendizaje mecánico y repetitivo, sino a introyectos que son interpretados y representados como símbolos que sirven como medio a la comunicación social. De estas interpretaciones o constructos, nacen las definiciones, y de éstas nacen los significados, mismos que constituyen el móvil de todas nuestras acciones, emociones y motivaciones. En la interacción con los demás nosotros obtenemos los aprendizajes más significativos de la vida. (Ruiz, 1996). Pero estos aprendizajes no son estáticos, ya que nuestras definiciones siempre están sujetas a “redefiniciones, reubicaciones y realineaciones.” (Denman y Haro, 2000, p.152).

Aunque es innegable el impacto que los contenidos académicos tienen en la labor de los profesionales de la salud, me parece que esa labor también se encuentra significativamente influenciada por sus propias experiencias y constructos personales, y no solo me refiero a aquellas representaciones construidas en el pasado y en su presente cotidianeidad, sino también a las proyecciones que del futuro hacen, estos profesionistas. Desde el interaccionismo simbólico se considera importante poner énfasis en los procesos y secuencias, pues el ser humano está hecho de cambios, es por esto que las secuencias o fases por las que pasan los individuos en su camino hacia la construcción y reconstrucción de significados debe formar parte del análisis, para poder considerar como completa una investigación. (Denman y Haro, 2000).

El enfoque cualitativo se elabora desde una perspectiva émica, es decir, se enfoca en los conocimientos y patrones que se construyen en un entorno concreto y particular. Pero a pesar de esto, el análisis émico es holista, pues toma en cuenta que cualquier elemento de la sociedad, aunque se analice en lo individual, no deja de ser un elemento influido e impactado por las dinámicas y discursos del universo al que pertenece. (Ruiz, 1996). Desde lo cualitativo y lo émico, es importante describir el impacto que las estructuras sociales tienen en los grupos e individuos. (Denman y Haro, 2000). Podemos decir entonces que “la metodología cualitativa representa concreción metodológica de la perspectiva émica.” (Ruiz, 1996, p.17).

Desde este enfoque es importante hacer a los informantes cuestionamientos de poca estructura, para evitar ser conducente y permitir que estos expresen de forma más elaborada y completa, sus opiniones y constructos en torno al tema que se estudia. En esta investigación, siguiendo la dinámica de lo cualitativo y en base al discurso de los individuos, se pretende reconstruir los significados en base a un lenguaje conceptual y metafórico a través del cual sea posible describir de una forma holística y concretizadora, la información que se obtendrá de una forma flexible y poco estructurada. (Ruiz, 1996). Todo esto es, un “análisis objetivo del significado subjetivo.” (Ruiz, 1996, p.32)

Dentro del enfoque cualitativo nos valdremos del método de análisis crítico del discurso para obtener la información que se requiere.

1.2. *Análisis crítico del discurso*

El propósito del análisis crítico del discurso (ACD) es el de analizar aquellas relaciones de poder que se reproducen al interior de las instituciones por medio de la comunicación entre los individuos, comunicación que ocurre en el contexto de estructuras lingüístico discursivas. El diálogo es constituido socialmente, y a la vez, es el medio a través del cual se construye a la sociedad, con relaciones de dominación y discriminación encaminadas a sostener los intereses de la clase generadora de la ideología hegemónica.

Pero no es suficiente con poner al descubierto los mecanismos discursivos que mantienen estas estructuras de relaciones desiguales. El análisis de los abusos impuestos a aquellos pertenecientes a sectores sociales en desventaja, debe tener el efecto de empoderar a los individuos, de tal forma que se promueva un cambio en la dinámica social. (Blommaert, 2005).

La educación, el género, las ideologías y las distinciones de clase, son factores alrededor de los cuales giran discursos que nos hablan de relaciones desiguales entre los individuos. Y estos desequilibrios provocan el “efecto del sujeto autónomo” (Fairclough, 1995), el cual se refiere a la creencia generalizada de que las acciones y decisiones de los sujetos son completamente autónomas e independientes de la sociedad, algo que desde el ACD se cuestiona. Es por esto que la teoría metodológica del análisis crítico del discurso es adecuada y conveniente para la presente propuesta de investigación.

Desde el ACD se habla de la *interdiscursividad*, elemento que nos recuerda el carácter dinámico y cambiante de los discursos, y por ende, de las ideologías y prácticas. (Chouliaraki y Fairclough, 1999)

Fairclough (1995, 1999), nos habla de las dimensiones alrededor de las cuales se construye el ACD. Estas dimensiones son: el discurso como texto, el cual está relacionado con la formación social; el discurso como práctica discursiva, directamente ligada a las instituciones; y el discurso como práctica social. Y es en esta última dimensión que se gesta el cambio social a través de la acción.

1.3. *Conceptos*

En 1994, la Organización de Naciones Unidas, convocó a una Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, la cual se realizó en El Cairo, Egipto). En esta conferencia, varios países, entre ellos México, se comprometieron a promover en su población el

reconocimiento y respeto a los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se encuentran significativamente vinculados con la equidad de género.

Tomando como base los derechos sexuales y reproductivos, enunciados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, enumeraremos aquellas prácticas y actitudes que han de ser promovidas en los servicios de salud pública si es que se desea promover un enfoque de género entre los usuarios y usuarias de dichos servicios.

a) Decidir en que momento y con quien tener relaciones sexuales

- Habilidades que permitan procesos adecuados de toma de decisiones
- Adecuado nivel de autoestima y capacidad de introspección.
- Adopción de prácticas sexuales congruentes con los deseos e intereses personales.

b) Recibir educación e información en cuestiones de sexualidad

- Búsqueda de información u orientación que de respuesta a las propias inquietudes en materia de sexualidad.
- Actitud de constante búsqueda y apertura hacia la sexualidad que permita expresar las inquietudes y opiniones de una manera espontánea y sin culpas.

c) Vivir una sexualidad libre de violencia

- Evitación de prácticas sexuales que lesionen de manera permanente la propia salud o la de otras personas.
- Conocimiento y ejercicio de los derechos y obligaciones sexuales.

d) No recibir trato discriminatorio debido a la orientación sexual

- Actitudes de tolerancia y respeto hacia las personas que viven y expresan su sexualidad de forma diferente a la propia.

e) Decidir si se quiere o no tener hijos

- Habilidades que permitan procesos adecuados de toma de decisiones en torno al tema de la paternidad y maternidad

f) Decidir libre y responsablemente el número de nacimientos y el espaciamiento entre los mismos

- Participación activa en los cuidados de la salud reproductiva, buscando información, tomando decisiones y procurando acciones que les permitan decidir el número y espaciamiento de los hijos.

g) Obtener la información y los medios para regular la fertilidad.

- Uso del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual y permitir el ejercicio de una sexualidad libre de consecuencias no deseadas.

-Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos adecuados y seguros que permitan el disfrute de una vida sexual libre de una reproducción no deseada.

h) Acceder a servicios de salud reproductiva de alta calidad

-Asistencia periódica a servicios de salud para evitar o controlar la adquisición de infecciones o enfermedades que pudieran afectar el desarrollo de su función sexual o reproductiva.

-Asistencia a servicios de orientación y asesoría con profesionales capacitados, para atender cualquier inquietud o problemática de índole emocional que limite o impida el pleno disfrute de la sexualidad.

1.4. Universo

La Secretaría de Salud a nivel nacional cuenta con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva cuya misión es ser un órgano rector que contribuya a mejorar la salud de la población a través de la incorporación de la perspectiva de género en programas y acciones del sector salud así como de la salud sexual y reproductiva, con pleno respeto a los derechos humanos. Dicho Centro maneja los siguientes programas específicos:

- Equidad de género,
- Salud reproductiva,
- Cáncer cervico uterino,
- Cáncer mamario,
- Salud materna y perinatal, y
- Prevención y atención a la violencia.

Cada uno de estos programas cuenta con una visión, misión, y objetivos específicos, así como indicadores de avances. Al mismo tiempo tienen la flexibilidad de acoplarse en las entidades federativas donde se llevarán al cabo, según las necesidades y alcances de los recursos humanos y materiales que se brinden en cada estado. En el Estado de Yucatán la distribución de los programas fue planeada y es aplicada de forma distinta a lo sugerido a nivel federal. Los programas se encuentran ordenados de esta manera:

Existe el Departamento de Salud Reproductiva que dirige el Dr. Santiago Ayala.

Este departamento se encarga de llevar a cabo tres programas:

- Salud materna y perinatal, a cargo del Dr. Francisco Uicab.
- Planificación familiar, a cargo del Dr. Roberto de Anda, y
- Cáncer en la mujer (cervico uterino y mamario), a cargo del Dr. David Góngora.

Los médicos a cargo de dichos programas son denominados como Responsables Estatales.

El (organigrama) modo de distribución de su personal para operar dichos programas es el siguiente: un jefe de departamento y tres responsables estatales de cada programa, también se encuentran los jefes de las jurisdicciones. Los servicios de Salud de Yucatán dividieron al Estado en tres jurisdicciones para cubrir de manera coordinada todos sus programas. Cada jurisdicción tiene un responsable encargado de coordinar las acciones de dicho programa en las unidades de salud de los municipios que le correspondan. Estos responsables jurisdiccionales pueden tener uno o más programas a su cargo. En el caso del Departamento de Salud Reproductiva existe un responsable por cada jurisdicción encargado de llevar a cabo los tres programas del departamento. La responsable de la primera jurisdicción es la Dra. Rosa Eugenia Méndez Valez , quien cumple funciones principalmente de carácter administrativo y de coordinación. Quienes operan los programas de Salud reproductiva son el personal médico, de base, de contrato o pasantes, de los núcleos básicos. Por núcleo básico se entiende aquel espacio de atención de primer contacto constituido por un personal médico, uno de enfermería, y uno de promoción de la salud.

Dicho personal es el que está encargado de cumplir con las indicaciones de los diferentes programas que manejan los Servicios de Salud del Estado.

En el caso del Programa de Violencia familiar, el modelo operativo es distinto. El organigrama está constituido de la siguiente manera: El Programa constituye en sí mismo un Departamento dirigido por la psic. Ambar América Rivera Courrech. Cuenta también con una responsable de la primera jurisdicción: la enfermera. Claudia Lugo Palomo, y el personal operativo, que pueden ser de base o de contrato. Y este es personal que únicamente cumplirá las funciones que el programa indique debido a la argumentación en cuanto a lo especializado que deberá ser este tipo de servicios. Se trabaja de manera interdisciplinaria y se denominan módulos de atención especializada constituidos por al menos un personal médico, uno de psicología, uno de enfermería, y uno de trabajo social.

Sin embargo, algunos módulos no cuentan con el personal completo indicado por el programa federal. Es así como la primera jurisdicción cuenta con los siguientes módulos especializados:

- a) Centro de Salud de Mérida. (turno matutino)
- b) Hospital O´Horán, (turno matutino y vespertino)
- c) Centro de Salud de Progreso (turno matutino).

Para el Programa de Equidad de género cabe mencionar que, desde la administración pasada, se designó a una persona que se encargaría de llevarlo al cabo, sin embargo, en la presente administración la persona encargada es cambiada de puesto por lo que desde abril del 2008, es designada otra persona para encargarse del programa. Él es el psicólogo Jorge Gómez quien apenas está iniciando sus actividades y cuenta con sus responsables jurisdiccionales. La responsable de la primera jurisdicción es la trabajadora social Leticia Lorena Valencia León.

1.5. Ubicación del personal entrevistado

No	Unidad Médica	Personal médico	Personal de enfermería
1	Centro de Salud Bokobá	1	1
2	Centro de Salud Caucel	1	1
3	Centro de Salud Celestún		3
4	Centro de Salud Chabihau	1	1
5	Centro de Salud Chelem Puerto		3
6	Centro de Salud Chicxulub Puerto	1	1
7	Centro de Salud Chuburná Puerto		2
8	Centro de Salud Dzitya	1	2
9	Centro de Salud Dzoncauich	1	1
10	Centro de Salud Ekmul		1
11	Centro de Salud Flamboyanes		1
12	Centro de Salud Holca	1	1
13	Centro de Salud Kanasín		1

14	Centro de Salud Kantunil	1	1
15	Centro de Salud Kimbilá		2
16	Centro de Salud Kiní	1	1
17	Centro de Salud Komchen	1	1
18	Centro de Salud Mocochoá	1	2
19	Centro de Salud Motul		1
20	Centro de Salud Muxupip	1	1
21	Centro de Salud Paraiso	1	1
22	Centro de Salud Progreso		1
23	Centro de Salud Sahcabá	1	1
24	Centro de Salud Samahil	1	1
25	Centro de Salud San Antonio Sihó		1
26	Centro de Salud San Antonio Tedzidz		2
27	Centro de Salud San Crisanto	1	1
28	Centro de Salud San Ignacio	1	1
29	Centro de Salud Sanahcat	1	2
30	Centro de Salud Santa María Acú	1	3
31	Centro de Salud Santa Rosa	1	1
32	Centro de Salud Sisal		1
33	Centro de Salud Sitalpech	1	1
34	Centro de Salud Sotuta	1	1
35	Centro de Salud Sudzal	1	1
36	Centro de Salud Tabi	1	2
37	Centro de Salud Texan Palomeque		1
38	Centro de Salud Teya	1	1
39	Centro de Salud Tibolón		1
40	Centro de Salud Tunkas	1	1
41	Centro de Salud Ucí		2
42	Centro de Salud Ucú	1	1
43	Centro de Salud Umán	1	1
44	Centro de Salud Xcuyum		2
45	Centro de Salud Xcanchakán		1
46	Centro de Salud Yaxcucul	1	2

47	Centro de Salud Yobaín	1	1
48	Centro de Salud Mérida		7
TOTAL		30	70

1.6. Recolección y análisis de la información

Se aplicará un instrumento con reactivos de carácter semiestructurado cuya aplicación tomará un promedio de 45 minutos

El análisis de la información se realizará con un proceso de análisis crítico del contenido.

1.7. Instrumento

a) Datos generales.

Sexo, Edad, Estado civil, Religión o creencia, Grado de estudios, Centro de trabajo Turno, Cargo que desempeña, Modo de contrato. (Base, Contrato o Pasante), Ingreso mensual.

b) Conocimientos

¿Qué entiende por perspectiva o enfoque de género?, ¿Alguna vez ha recibido información o ha sido capacitado en torno al tema del género?, ¿Dónde?, ¿Que tan importante considera el tomar en cuenta la perspectiva de género durante la realización de su trabajo?, ¿Qué tan importante considera que es el incluir la promoción del enfoque de género dentro de las actividades del Sector Salud?

Existen estadísticas que demuestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud que los varones. De acuerdo con su experiencia, ¿Cuáles considera que pueden ser las causas?, ¿Cuáles son los riesgos de salud a los que se encuentran mas expuestos los hombres?, ¿y las mujeres?, ¿Cuáles considera que son los factores causantes de la violencia familiar?

c) Atención a los y las usuarias.

¿Consideras que los Servicios de Salud de Yucatán manejan sus programas desde una perspectiva de género?, ¿Consideras que en el Sector Salud existen prácticas y/o actitudes que discriminen a las personas por cuestiones de género?, ¿Consideras que las actividades

que se realizan en el sector salud promueven el reconocimiento al derecho que tienen las mujeres a ser tratadas sin violencia y a contar con igualdad de oportunidades?, ¿De qué manera?, ¿Consideras que las actividades que se realizan en el sector salud promueven la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y la participación en el hogar?, ¿De qué manera?

Para que una decisión sea libre, la persona que elige debe de estar informada; debe de contar con los recursos necesarios para llevar a cabo su decisión, y debe de decidir por si sola, sin que nadie la presione ni decida por ella.

¿Consideras que las mujeres usuarias de los servicios de salud toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva?.

d) Entorno laboral

¿Consideras que en el Sector Salud existen prácticas y/o actitudes de discriminación hacia el personal por cuestiones de género?

2. MARCO CONPETUAL

2.1. *El género*

De acuerdo con Lamas (1996), siempre ha sido interés de la antropología el estudiar la manera en la que cada cultura expresa las diferencias entre los sexos. Lo que es ser hombre y mujer tiene distintos significados dependiendo de la cultura desde la cual lo estemos definiendo.

Algo que constituye, desde la antropología, una de las aportaciones más importantes al estudio de la sexualidad es el conocimiento de la existencia de una enorme variedad de patrones sexuales que han existido y existen en otras culturas, con lo cual tenemos la oportunidad de ser conscientes de que la manera en la que nosotros hacemos y entendemos las cosas no es la única. Y esto debe de remitirnos a cuestionar el porqué las cosas son como son hoy en nuestra propia sociedad y a generar reflexiones en torno a la transitoriedad de aquellos elementos e ideas que creíamos inmutables, incuestionables o definitivas. Pero a pesar de la diversidad que encontramos en el mundo, algo que parece ser una constante es el pensamiento rígido en torno a las identidades de género, las cuales, al igual que todos los elementos que componen a la sexualidad, cambian continuamente ante la influencia de factores económicos, sociales y culturales. (Weeks, 1998)

Esto nos lleva a pensar en el género como un elemento histórico ya que son producto de lo que la cultura y tiempo en el cual estén insertos. Es por esto que el género, como elemento histórico, tiende a ser cambiante y diverso. Si acaso lo único que se mantiene constante con respecto al pensamiento del género es la creencia de que las diferencias entre los sexos existen. Sin embargo lo que es característico de ambos sexos es algo que depende del contexto al cual nos estemos refiriendo. (Lagarde, 2003).

Debido a que, en la mayoría de los casos, los estudios de género están enfocados a analizar situaciones en torno a la mujer, el concepto de género se asocia automáticamente con cuestiones que involucran únicamente al género femenino, quedando los hombres excluidos de esta área de estudio. (Lamas, 1996). Es así como el género queda limitado a ser “un concepto asociado con el estudio de las cosas relativas a las mujeres”. (Scott, 1986, citado por Lamas, 1996, p. 329). Esto se debe a que los estudios de género se iniciaron con el feminismo, como un intento por modificar la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad. Sin embargo, las investigadoras feministas han comprobado que la solución

a los problemas de desigualdad de género no puede limitarse a cambiar la situación de las mujeres, también es necesario involucrar a los hombres, aprender más acerca de la posición en la que ellos se encuentran, de la forma en la que se construye el género masculino y como todo esto contribuye a mantener la desigualdad entre los sexos. (Jiménez, 2003)

El género queda definido por Lagarde (2003) como un “complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídicas, políticas y psicológicas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre” (p.177). Lamas (2002), lo considera como una “simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos” (p.52). Habla de que esta simbolización cultural de las diferencias anatómicas se expresa en un conjunto de actuaciones, pensamientos, discursos y representaciones sociales que dotan de atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de los individuos en función de su sexo, y es así como se construye la idea de los estereotipos de género. El género entonces queda dividido en tres instancias: la asignación de género, que se refiere a la rotulación que se le da a un individuo al momento de nacer, basándose en la apariencia de sus genitales externos; la identidad de género, que es el sentimiento personal de pertenecer a uno u otro género y el papel de género que es el conjunto de actitudes, comportamientos y actividades que la sociedad espera de los individuos de acuerdo al género al cual pertenecen. (Lamas, 1996).

El género se construye desde una perspectiva esencialista, pues se piensa que lo masculino y lo femenino, las cualidades consideradas como propias de los géneros, vienen dadas por la biología y que a la sociedad solo le queda regular lo que por naturaleza ya viene dado. Desde el enfoque esencialista entonces, se considera que las diferencias entre hombres y mujeres depende de una cuestión más biológica que social. (Weeks, 1998). Se supone que cualidades tales como los comportamientos, actitudes, sensaciones, percepciones, capacidad intelectual, afectos, fuerza física, preferencias y prácticas eróticas vienen marcadas por la biología, ya que se piensa que el hecho de nacer hombre o mujer determina todos estos elementos desde el principio, y por eso también se considera que tales cualidades son inmutables y esenciales. (Lagarde, 2003)

Weeks (1998, p.29), nos dice que “la sexualidad está configurada por fuerzas sociales”, es decir, que es un constructo que poco tiene que ver con mandatos biológicos, y va más allá pues afirma que la sexualidad “solo existe a través de sus formas sociales y de

su organización social”, con lo cual explica que la realidad anatómica es tan solo un punto de partida después del cual, todo lo demás es construcción social.

La sexualidad entonces es un fenómeno social, porque depende del momento histórico, lo cual lo hace cambiante, tanto que solo es posible definirlo en el contexto de una determinada cultura. Podría decirse que la sexualidad es un “artefacto”, pues es una de las expresiones humanas más elaboradas y artificialmente construidas, ya que se encuentra sujeta a tantas convenciones culturales. (Minello, 1998). Desde aquí podemos decir que aquellos debates en torno al tema de la sexualidad son en realidad discusiones acerca de la situación social, pues como vaya la sexualidad va la sociedad. (Weeks, 1998). Y aquí es donde entra el género, pues a él se adhieren creencias y mandatos que van modelando los estereotipos que ya conocemos bien. Y esta estructuración del género, socialmente construida, llega a tener tanta influencia que “inclusive se piensa como natural, y lo mismo pasa con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas, que son construidas y promovidas social y culturalmente.” (Lamas, 1996, p.115)

Todas estas creencias en torno a los géneros se aprenden por medio de los procesos de socialización que se inician en edades tempranas y continúan durante toda la vida. En base a estos aprendizajes es que los miembros de una determinada sociedad orientan muchas de las decisiones importantes que toman en la vida. (Caudillo y Cerna, 2007) (De Keijzer, 2003). Pues independientemente de la voluntad personal el género impone ya que la naturaleza es tan ampliamente maleable y manipulable, que es posible condicionarla de tal forma que se uniforma el comportamiento de todos los individuos de acuerdo al sexo con el cual nacen. Este proceso de condicionamiento se da desde la infancia y es por esto que actualmente contamos con géneros estandarizados, es decir, modelos perfectamente estructurados de lo femenino y lo masculino, a lo cual se apegan todos los miembros de la comunidad sin hacer mayores cuestionamientos. (Mead, 1978).

Scott, (1986, citado por Lamas, 1996) distingue cuatro elementos principales que componen al género: los símbolos, los conceptos, las instituciones y la identidad. Los símbolos se refieren a todo el conjunto de mitos y creencias que se ciernen en torno a los sexos. Los conceptos hacen referencia a normas y reglas explícitas, muchas veces incluso apoyadas en la ciencia, que tienen como función el regular y orientar la forma en que hombres y mujeres habrán de conducirse. Las instituciones sociales son los espacios en los cuales, tanto las normas como los símbolos, son expresados e introyectados por los individuos. Y finalmente la identidad, que conjuga tanto elementos individuales como sociales.

“El género y la sexualidad son, por lo tanto, materia de interpretación y análisis simbólico, que se relaciona con otros símbolos y con las formas concretas de la vida social, económica y política.” (Lamas, 1996, p.119). Todo lo relacionado con la sexualidad y el género se maneja a nivel simbólico y el significado de esos símbolos será dado por la sociedad en la cual fueron creados y desde la cual se definen. (Ortner y Whitehead, 1996). “El acercamiento al problema del sexo y del género se considera, en consecuencia, como una cuestión de análisis e interpretación simbólicos.” (Ortner y Whitehead, 1996, p.128)

Es función de la sociedad el indicar cuales son las actitudes y comportamientos que se consideran adecuados tanto para hombres como para mujeres. Y estas indicaciones se dan a través de las distintas instituciones que existen en la sociedad. Estas instituciones son tanto políticas como económicas y religiosas. Los ideales de masculinidad y femineidad generalmente son transmitidos de una forma indirecta, a través de símbolos y lenguaje no verbal. El resultado son los estereotipos de género que se perpetúan en el inconsciente colectivo de los individuos y que son resultado de una larga historia de interrelaciones con la sociedad y sus instituciones. Estos estereotipos de género que, por su definición, colocan a los sexos en polos opuestos tienen como objetivo el servir a gran variedad de funciones políticas, económicas y sociales. (Conway, Bourque y Scott, 1996).

Al ser el género una construcción social, más que una realidad anatómica, podemos entender que, como todo constructo, es susceptible de ser modificado, reestructurado, cambiado o eliminado. (Caudillo y Cerna, 2007). Es evidente que el cuerpo por si mismo no habla y no quiere decir nada (Godelier, 1982), somos nosotros quienes proyectamos en el aquello que socialmente hemos construido.

La construcción de lo femenino y lo masculino es un proceso que dura toda la vida y que implica el acto de interpretar una realidad cultural cargada de mitos, prohibiciones y mandatos. (Butler, 1996)

“Lo masculino –y lo femenino- son construcciones simbólicas que se traducen en redes de significación, esto es, que se vuelven significados específicos de actividades, conductas, pensamientos, sentimientos y afectos.” (Caudillo y Cerna, 2007, p. 60). Lo femenino y lo masculino, sin embargo, son elementos imposibles de pensar por separado ya que no son independientes el uno del otro. Para definir lo que es la masculinidad es necesario hacer referencia a lo femenino y lo mismo ocurre en el caso contrario. (Jiménez, 2003). En las sociedades lo que hace distintos a hombres y mujeres, desde la realidad anatómica hasta los estereotipos imaginados, es el centro de todo discurso que se da en

torno al tema de la sexualidad, y estos discursos nos proyectan a su vez un cierto orden social. (Godelier, 1982)

De acuerdo con Ramírez (2004), el género es una construcción social del individuo, y es un elemento que se encuentra en constante transformación. Y lo que se pone en movimiento en tal constructo son las premisas simbólicas que sustentan las actuaciones sociales, las interacciones que establece el sujeto consigo mismo y con otros sujetos individuales y colectivos, y este proceso de estructuración social también se moldea por la intervención del individuo.

2.2. Cuerpo, género y salud

El sexo, que, junto con el género y el papel sexual, es una de las partes que integran la sexualidad, se compone de “los elementos biológicos, anatómicos y fisiológicos, hormonales y cromosómicos, los visibles como los órganos genitales y relativos a la procreación.” (Caudillo y Cerna, 2007, p. 58). Lagarde, (2003) lo define como el “conjunto de características genóticas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del cuerpo humano, con base en las cuales se clasifica a los individuos por su papel potencial en la reproducción biológica de la especie.” (p.183).

El género moldea y construye nuestra percepción de la vida y hace evidentes la valoración, uso, límites, funciones y atribuciones diferenciadas que da a los cuerpos de las mujeres y los hombres. (Lamas, 2002). El género entonces es un concepto que se traduce en términos corpóreos, es decir, todos esos mandatos culturales que giran alrededor de los hombres y las mujeres se expresan a través del cuerpo. La vestimenta, los movimientos, el uso del espacio, incluso las sensaciones, son meras expresiones corporales de elementos subjetivos, y esos elementos subjetivos son los mandatos de la cultura, el papel de género, todo aquello que se espera que suceda en el cuerpo de una persona por el simple hecho de pertenecer a un sexo u otro. (Butler, 1996). “La base material del cuerpo sirve de asiento a cualidades no corporales.” (Lagarde, 2003, p.181). Las prácticas simbólicas son una manera de representar las ideas en el cuerpo, imprimir los pensamientos en la naturaleza y desde ahí relacionarnos socialmente. Todo aquello que se construye en la mente se traduce en un cuerpo visible y en movimiento, del cual nos valemos para construir vínculos con aquellos que nos rodean y con nosotros mismos. (Godelier, 1982). Es así como, de acuerdo con Ramírez, (2004) el cuerpo “es una instancia primaria de significación que no se limita

a la estructura física y biológica sino que abarca lo que representa y lo que es posible hacer con el”. (p.34)

De acuerdo con Merleau-Ponty, el cuerpo total, tanto en su carácter de ente biológico como en su dimensión vivencial, es parte de la vida personal, emocional e intelectual de la persona. Es el ensamble que se da en el individuo entre la conciencia y la facticidad, pues los seres humanos somos mixtos, es decir, no estamos compuestos de una materia orgánica por una parte y de una materia intelectual por otra, somos seres compuestos por ambos elementos, pero estos elementos, lejos de estar separados y ser independientes el uno del otro, están unidos y son interdependientes. No es posible que algo suceda en el cuerpo sin que esto repercuta en la mente o las emociones, así como tampoco es posible que los constructos, imaginarios y sentimientos no se expresen a través del cuerpo. A esto, Merleau-Ponty le llama el “cuerpo fenoménico”, un cuerpo integrado, complejo y construido de elementos interrelacionados entre sí. El cuerpo fenoménico es el cuerpo “en cuanto encarnación de la existencia, el que cumple esta función de vínculo con los demás entes, y esto obedece a que no se puede desligar la percepción de las acciones que cada uno produce”. (Aisenson, 1981, p.80)

Lamas (2002), nos dice que la cultura es el resultado de la forma en la que como sociedad interpretamos la diferencia genital entre hombres y mujeres, de cómo la simbolizamos y de cómo, a partir de ahí, construimos la angustia, el miedo y la culpa que nos genera. Es por esto que la cultura social, más que un terreno visiblemente demarcado, es un espacio simbólico definido por la imaginación y determinante en la construcción de la autoimagen corporal de cada individuo social. Y es en este espacio habitado por imaginarios, que cobra vida la sexualidad como objeto cultural e histórico, totalmente dependiente de procesos que trascienden al individuo que la actúa. (Vendrell, 2004). Los hechos corporales son entonces, en sí mismos significativos, no son meras expresiones de creencias, actitudes y costumbres culturales que se encuentran detrás de ellos, pues el cuerpo sexual es un proceso significativo en sí mismo, es una introyección, actuación y asimilación de constructos que se construyen y reconstruyen continuamente, más allá de la piel y al interior de ella. La sexualidad interviene en un intercambio circular e interminable de proyecciones e introyecciones que van forjando la identidad personal. Lo que somos, quienes somos, nuestra esencia, es inseparable de nuestro cuerpo y del contexto en el que ese cuerpo se mueve. (Aisenson, 1981)

No hay experiencia del cuerpo que no esté mediada por una serie de prácticas eficaces y de categorías discursivas y simbólicas que no son simples agregados al cuerpo

mismo, sino una de sus partes más esenciales. El cuerpo sufre un proceso de asimilación y adaptación a la educación, la sociedad y el espacio que ocupa en ella. La experiencia corporal es parte fundamental de la identidad de los individuos, porque es modelado, cambiado, disciplinado y contenido, con la finalidad de entrar en coordinación con la identidad de los sujetos, la cual a su vez, está dictada por unas ciertas ideologías perpetuadas socialmente. Nuestros cuerpos son definidos por la forma en la que quedan inscritos en la experiencia, y esto no solo define nuestra identidad ante los demás sino ante nosotros mismos. Luego entonces, podemos decir que en nuestros cuerpos no solo se encuentran nuestras representaciones, nuestra presencia, sino la constante presencia del otro, de los otros. El cuerpo no solo indica lo que se es, sino lo que se tiene intenciones de ser. (Pérez, 1991)

“Si aceptamos el cuerpo como una situación cultural, entonces la noción de un cuerpo natural, y desde luego, de un sexo natural se hace cada vez más sospechosa.” (Butler, 1996, p.312). Vivimos la realidad a través de un cuerpo socialmente diferenciado. Nuestros límites vienen dados más por las normas sociales y menos por condiciones biológicas reales. Y aquí destaca el tema del poder, el poder de un sistema social que modela los cuerpos mediante el mandato de la prohibición. El sexo expresado a través del cuerpo, debe de renunciar entonces a si mismo para evitar ser suprimido socialmente. (Foucault, 1984). Esto se desprende de una postura esencialista, y el esencialismo es un método que pretende explicar las propiedades de la compleja totalidad sexual partiendo de una supuesta verdad o esencia interior. (Weeks, 1998). En esta postura se mencionan las tradiciones culturales, pero solo porque se les considera un elemento muy importante sin el cual los individuos no podríamos contener nuestros instintos básicos. Luego entonces las normas sociales se encargan de domesticar y reprimir aquellos impulsos primitivos que viven en nuestro inconsciente y que deben ser moldeados en beneficio de la convivencia social. (Malinowski, 1974).

“La elección de asumir determinado tipo de cuerpo, vivir o vestir el propio cuerpo de determinada manera, implica un mundo de estilos corpóreos ya establecidos.” (Butler, 1996, p.309).

El cuerpo es el lugar en el que ocurren las apropiaciones de aquellos elementos culturales tales como normas, valores, creencias y supuestos. Es así como nuestra sexualidad, lejos de constituirse por meras reacciones biológicas automáticas, es totalmente intencional, pues en ella se encuentran relaciones y actitudes de conciencia, producto de ideas y emociones que dirigen todos nuestros actos. La vida carnal y el psiquismo se

encuentran en una relación recíproca y continua. El cuerpo transforma las ideas en cosas, simboliza la existencia. El cuerpo expresa nuestras vivencias de la misma manera que las palabras expresan el pensamiento. La sexualidad es por un lado un símbolo privilegiado y una construcción histórica, producto de ideologías vigentes y valores, que en su mayoría, han sido inconscientemente introyectados. (Merleau-Ponty, 1957)

Lo erótico y lo social son dos elementos relacionados entre sí, que se afectan y se construyen mutuamente. (Ortner y Whitehead, 1996). Los cuerpos y sus potencialidades para el placer y el dolor nunca nos hablan de una esencia inscrita en nuestra biología, pues no se mueven independientes de los imaginarios sociales e individuales, ni de los tabúes y tradiciones culturales. Los cuerpos no tienen significados intrínsecos, ya que se construyen con líneas de nuestras historias, las individuales y las colectivas. (Weeks, 1998). El erotismo es entonces una experiencia totalmente histórica, humana y no determinada por lo anatómico, ya que se encuentra totalmente ligada a aquellos constructos que se expresan a través del cuerpo y se proyectan en él. (Lagarde, 2003).

La simbolización del cuerpo es una construcción social arbitraria que supuestamente expresa una esencia inscrita en lo anatómico. El cuerpo entonces es moldeado en su apariencia, usos, costumbres y funciones, especialmente hablamos de la función sexual. Y esta performatividad se supone que expresa la auténtica y esencial naturaleza de los sexos. Pero todo este proceso de simbolización no se limita a las acciones corporales consideradas como propias de hombres y mujeres. Va más allá, pues requiere de movimiento constante y perpetuo, una dinámica ininterrumpida de transformación aplicada al cuerpo y su erotismo. Lo femenino y lo masculino entonces se definen y afirman constantemente por medio del rechazo y la negación de toda aquella sensación, expresión o uso corporal que sea considerado como natural del otro sexo. Y así es como a través de los cuerpos se elabora la fantasía de los hombres viriles y las mujeres femeninas. Pero este mecanismo requiere de formas de poder simbólicas que actúan sobre el cuerpo sin valerse de ninguna coacción directa. Las inclinaciones son inseparables de las estructuras. Los individuos a través de la socialización introyectan aquellos mandatos que han de permear su experiencia corporal de por vida. Estos mandatos son propios de las estructuras de dominación que se insertan de manera invisible y continua en la conciencia de los individuos y que desde ahí reproducen sensaciones, acciones y modos de funcionamiento encaminados a mantener y recrear continuamente los constructos hegemónicos masculinos y femeninos que encuentran en el cuerpo, el medio de expresión por excelencia. A esto es lo que se podría llamar la somatización de las relaciones de dominación. (Bourdieu, 2000)

La sociedad ordena a los sexos de acuerdo a lo que considera que les corresponde. Y lo que les corresponde se define en base a criterios que privilegian la diferencia entre los sexos y la reproducción como base de todo el comportamiento sexual. Y estas creencias quedan justificadas con el argumento de que eso es lo que desde la naturaleza viene marcado y lo único que desde la sociedad se hace es reconocer y expresar estas realidades, supuestamente naturales. (Lamas, 1996) El sistema patriarcal “legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada.” (Bordieu, 2000, p.37). Hoy sabemos que una de las cualidades de las culturas es su naturaleza simbólica, que introduce un conocimiento, silencioso e inconsciente, sin el cual no sería posible la interacción social ordenada. Este conocimiento no explícito y lleno de significados es el que, al final, termina tomándose como verdad dada y por supuesto, no se cuestiona. (Lamas, 2002)

El concepto de sexualidad “designa ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también designa relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales.” (Szasz, 1998). Una definición más completa de lo que es la sexualidad sería aquella que la concibe como un “complejo cultural históricamente determinado, consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos.” (Lagarde, 2003, p.184) La sexualidad entonces va más allá del cuerpo y del individuo pues se compone de un mundo de representaciones, símbolos, ética, lenguaje y poder. La sexualidad es un atributo histórico de los individuos, de la sociedad y las culturas, de sus estructuras, sus instituciones y sus relaciones.

Bordieu (2000) nos dice que “el sistema social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al cuerpo en sí” (p.22). Hablamos entonces de una “somatización de las relaciones sociales de dominación” (p.38)

Se supone que la masculinidad nace de los cuerpos de los hombres, que es algo inscrito en sus genes, que simplemente se expresa y que a la sociedad no le queda más que contener estos instintos, que por cierto, se consideran casi indómitos en los hombres. Y esta creencia deja de lado la realidad de que el cuerpo no es más que el lienzo en el cual se imprimen los simbolismos sociales, en el cual se pinta el género. Las actividades corporales por excelencia, cuando hablamos de género y masculinidad, son todas aquellas que van ligadas a la sexualidad. Y aquí es importante mencionar que las relaciones de poder que se expresan a través de los cuerpos masculinos, son un arma que no solo afecta a

lo femenino, sino también a los mismos hombres. La búsqueda de la masculinidad ideal, expresada en un cuerpo siempre fuerte, resistente y estoico, es algo que afecta a los hombres, que como seres humanos que son, no siempre pueden cumplir con este estereotipo de hombre indiferente al dolor y siempre listo para responder al ataque o a la insinuación sexual. Tomando en cuenta los riesgos a los que el cuerpo masculino se enfrenta para poder cubrir, al menos a un nivel mínimo suficiente, los estándares marcados por el ideal, podemos decir sin duda que la masculinidad como género y construcción social, representa una amenaza a la salud, tanto corporal como emocional, de los hombres. (Connell, 2003).

2.3. El mito del machismo, la negación de lo femenino

El mito “además de ser un pensamiento, es una forma de valorar la realidad, y sobre todo, de orientar la acción hacia fines, lo que simbólicamente son valores, actitudes, en fin, toda una visión de la vida en un determinado momento.” (Caudillo y Cerna, 2007, p.181).

El mito existe ante la necesidad que tenemos los seres humanos de explicarnos la realidad que nos rodea. Y esa necesidad de dar una explicación coherente a los fenómenos, tanto sociales como individuales, es la que da vida a mitos que se convierten en verdaderas historias acerca de ese fenómeno que se desea comprender. Pero una explicación completa no es suficiente, pues es necesario que estas historias cuenten con legitimidad. Esta legitimidad viene dada en un inicio por la costumbre y después por las ciencias.

Los mitos inician como meras creencias, ideas que intentan explicar una parte de la realidad. Pero son hipótesis que posteriormente evolucionan, con el tiempo y el uso, hasta convertirse en teorías que, se considera, explican la realidad de una forma contundente. Y entonces ya no necesitan comprobación pues se justifican y se legitiman a si mismas. Se vuelven reglas incuestionables, pues la costumbre hace que los individuos consideren innecesaria la comprobación y con esto se anula la posibilidad de emitir dudas o cuestionamientos. (Caudillo y Cerna, 2007).

Es así como el mito “en primer lugar se vuelve un sistema de creencias y en segundo lugar una fuerza que influencia y determina la acción del ser humano.” (Caudillo y Cerna, 2007, p.183). Estas normas y reglas que determinan los comportamientos y actitudes de los individuos suelen ser, sobre todo, de carácter ético y moral, lo cual hace aún menos aceptable el cuestionamiento ya que la presencia de dudas en torno al mito hace

que el individuo que cuestiona termine, el mismo, cuestionado en cuanto a su confiabilidad e integridad moral. (Caudillo y Cerna, 2007).

“El machismo es la significación sociocultural de separar el mundo masculino del femenino, que en la realidad van unidos, y que la cultura separa de forma artificial, a fin de crear distinción entre lo que son los estilos de vida de hombres y mujeres.” (Caudillo y Cerna, 2007, p.78). La consecuencia de esto es la polarización entre los estilos de vida considerados como femeninos y masculinos respectivamente. En el caso de los hombres, cuanto mayor es el machismo mayor es la distancia que separa al mundo masculino del femenino. De hecho, el machismo es un intento, una lucha constante, por mantenerse alejado de todo aquello considerado como estereotípicamente femenino. Se estimulan aquellas actuaciones y expresiones consideradas como propias de lo masculino a la vez que se impiden o dificultan aquellos comportamientos atribuidos al otro sexo, ya que en el proceso de construcción y mantenimiento continuo del género masculino es necesario el evitar todo aquello considerado como inadecuado para el polo masculino, es decir, todo lo que socialmente se ubica en su opuesto, el polo femenino. (Bordieu, 2000)

Según Monsiváis (2004), el machismo proclama la autoridad de las conductas sustentadas en la tradición, lleva al límite los prejuicios del patriarcado, exhibe la debilidad de sus víctimas y el peso de las instituciones que lo apoyan, encabeza el linchamiento social de aquello que se salen de la norma y es la traducción violenta del ideario de supremacía masculina. En base a estas estrategias, el machismo limita el logro de un adecuado nivel de armonía social, convence a los sectores femeninos de su irremediable subordinación y eleva las tradiciones de interiorización femenina al rango de esencias y valores.

Al hombre le es permitido todo lo que a la mujer se le prohíbe ya que en la sociedad se vive bajo una doble moral en la cual los discursos con los cuales se educa a hombres y mujeres son muy distintos. Este doble discurso no se limita a la cuestión sexual ya que en el ámbito de los afectos podemos encontrar la misma situación. Aunque el amor es un sentimiento permitido a ambos sexos, en el caso del hombre este debe expresarse a través de la violencia, la posesividad y los celos, ya que la ternura se considera una expresión exclusivamente femenina. Todas estas cualidades enunciadas componen el ideal masculino que todos los hombres están condenados a perseguir y nunca alcanzar, este ideal permanece como inaccesible y representa una carga pues las personalidades tanto de hombres como de mujeres han sido arbitrariamente moldeadas de tal forma que se

repriman sentimientos e intereses con la intención de mantener una constante lucha por encajar en un estereotipo culturalmente definido. (Bourdieu, 2000)

Y esta es una visión que no es exclusiva de los hombres, ya que para mantenerse vigente necesita de su perpetuación por parte de ambos sexos, de las instituciones sociales y, por supuesto, de los mitos que le brindan legitimidad a este sistema cuyo objetivo es el de mantener la estructura social, y sus respectivas relaciones de poder, tal cual han existido desde siempre.

Este modelo androcéntrico no requiere de explicaciones ni tiene competencia, es una visión que se impone como la única. El orden social entonces funciona como una “inmensa máquina simbólica” que tiende a perpetuar la dominación masculina que es la que da vida a todo el pensamiento sexista. Aquí se establece entonces una relación de causalidad circular que no nos permite tomar conciencia de las relaciones de dominación que se encuentran en los cimientos de nuestros actos, pensamientos y actitudes cotidianas. Las normas no se cuestionan pues lo que sucede en este mundo jerarquizado se considera consecuencia natural de la anatomía y lo que termina de confirmar esto es la perfecta introyección y actuación de todos los estereotipos supuestamente fundados en el elemento biológico. Así es como la visión androcéntrica “está continuamente legitimada por las mismas prácticas que determina”. (Bourdieu, 2000, p.48)

El machismo es una estructura ideológica que pondera el dominio de los hombres sobre los demás hombres y también sobre las mujeres y los menores. El dominio de aquel a quien se ha considerado siempre como el fuerte sobre aquellos a quienes se calificó como la contraparte débil. En el machismo el temor también está presente, un temor a la masculinidad de aquellos que pudieran ser vistos como más hombres y un temor a cualquier elemento femenino que pudiera presentarse y con esto poner en duda la propia virilidad. Por esto es que es muy típico en el machismo la búsqueda de ocasiones para exhibir conductas tales como la infidelidad, la promiscuidad, la valentía, el desafío y las confrontaciones para poder asegurarse el respeto de las mujeres y, sobre todo, de los demás hombres, y evitar así que pudieran presentarse dudas en torno a su sexualidad. (Caudillo y Cerna, 2007).

El feminismo ha cambiado la forma en la que las mujeres viven y expresan su sexualidad, sus comportamientos y emociones, la forma en la que piensan y entienden el mundo, y esto las ha llevado a buscar relacionarse con los hombres desde una posición de equidad para la cual ellos aún no se encuentran totalmente listos, lo cual nos lleva a hablar

de una supuesta o real presencia de crisis en el mundo masculino. (Weeks, 1998) (Guttman, 2003)

Montesinos (2002) ubica las causas de esta crisis en los procesos de cambio y cuestionamiento al interior de las ideologías que giran en torno a los géneros. Los estereotipos sociales están cambiando pues se cuestionan su validez y su utilidad. La masculinidad y los elementos que la componen están quedando en desuso, pero no solo eso, sino que no se cuenta con nuevos elementos que permitan construir modelos de referencia para los hombres que requieren construirse de manera distinta a la tradicional. Y los hombres actualmente requieren de construirse una nueva identidad, nuevas formas de expresarse, como resultado de las exigencias del feminismo. Las mujeres están cambiando, pues la femineidad ha sido largamente cuestionada, de tal forma que las mujeres cuentan ahora con modelos que les permiten reconstruir su identidad y vivir de una forma más equitativa. Pero con los hombres aún no sucede esto, porque todavía no han desarrollado las habilidades que permiten los procesos de reflexividad y análisis que se requieren para cuestionar los estereotipos masculinos tan arraigados. Los hombres no están acostumbrados, ni entrenados, para discutir públicamente los elementos que ponen en entredicho, la masculinidad basada en una ideología tradicional. Los hombres entonces, se enfrentan a una carencia de proyectos de cambio y esto los coloca en una crisis, la llamada crisis de la masculinidad.

2.4. Los profesionales de la salud y sus representaciones

El y la profesional de la salud necesitan tener una actitud de apertura y aceptación hacia el tema del género para poder transmitir esto a los individuos que son receptores de sus servicios. La atención no solo se compone de información, también se basa en formación de hábitos y actitudes y éstos no pueden aprenderse si el profesional no aplica a su propia vida aquellos valores que promueve en el discurso.

Los individuos no somos resultado directo de una realidad biológica sino de una combinación de factores entre los cuales destacan los históricos y culturales, pero también es importante tomar en cuenta la influencia de la realidad psíquica individual, ya que los deseos y motivaciones inconscientes de cada individuo constituyen elementos que, de base, contribuyen a construir aquellos imaginarios que dan vida a su realidad sexual, corporal y social. (Lamas, 2002). Al hablar de la importancia de la subjetividad individual se apela a la necesidad de tomarla en cuenta no solo durante los procesos de servicio, sino también

antes de ellos, ya que las personas encargadas de ese proceso requieren de haber estado en revisión de sus propias subjetividades para poder después, entrar en contacto con la individualidad de aquellos que reciben sus orientaciones.

El prestador de servicios debe promover el cuestionamiento de normas, valores, actitudes, comportamientos y de conocimientos previamente adquiridos. Todo esto por medio de la reflexión, el análisis y el respeto a la determinación final que el individuo decida asumir. (López, 1982)

Las buenas intenciones en los profesionales de la salud son necesarias, pero no suficientes, pues se requiere de un proceso de capacitación que elimine aquellas actitudes moralizantes o prejuiciosas que solo contribuyan a mantener aquellos supuestos sociales que refuerzan el cumplimiento de normas sociales dominantes y restrictivas. (Chandiramani, 2001).

Los conocimientos que acumulamos a través del tiempo, en materia de sexualidad y género, son conocimientos que han pasado por un prolongado y complejo proceso de construcción, y no se trata exclusivamente de una construcción que se realiza a un nivel puramente intelectual. Es un proceso dialéctico entre el elemento cognitivo y el conductual. A esto es a lo que Bordieu (1992) llama *habitus*. Y el *habitus* no es más que “un sistema socialmente constituido de disposiciones estructuradas y estructurantes que es adquirido e introyectado a través de la práctica” (p.95). El capital de información y formación que adquirimos durante la infancia, principalmente, y la adolescencia, con respecto a la sexualidad y el género, vendría a conformar un *habitus primario*. El *habitus* es pues, una subjetividad socializada, un conocimiento social que es introyectado por el individuo. Y en el caso de la información y los mitos que se transmiten en las primeras etapas de vida del ser humano, esto es muy claro, pues todas esas creencias, valores y costumbres que el individuo introyecta, no son más que proyecciones de esa subjetividad que el colectivo comparte, actúa y transmite. Los individuos no estamos guiados exclusivamente por la razón, y tampoco estamos guiados solo por lo social, somos una combinación de ambos factores, pues somos producto de la historia colectiva y nuestra trayectoria personal. (Bordieu, 1992).

De acuerdo con Bordieu (1997), los *habitus* son principios generadores de prácticas distintas y distintivas. Los *habitus* se convierten en todo un lenguaje, en un discurso que no solo se expresa con palabras, sino también con las actuaciones del individuo al momento de entrar en contacto con su entorno. El espacio social es entonces, la realidad en la que se

siguen ordenando las representaciones que los individuos tienen acerca de aquellos elementos que le rodean.

Las representaciones sociales, al constituirse como sistemas de interpretación, rigen nuestra relación con el mundo, con nosotros mismos, y con el resto de los individuos, organizando y conduciendo las comunicaciones sociales. Luego entonces, las representaciones sociales son guías para la acción, y a la vez, marcan las conductas y pensamientos de los sujetos, hacia si mismos y hacia los demás. La importancia que tienen las representaciones sociales, radica en que ellas nos sirven de base para nombrar y definir los distintos aspectos de nuestra realidad, y es así como decidimos cuales son aquellos elementos que son iguales y aquellos que deben permanecer separados por alguna distinción. Estas definiciones compartidas por una comunidad, constituyen una visión consensuada de la realidad, y ésta a su vez actúa como guía de las conductas de los individuos. Las representaciones sociales, en tanto que sistemas de interpretación, orientan nuestra relación con el mundo y el resto de las personas, la forma como nos comunicamos y nos conducimos. (Jodelet, 1989). Cuando hablamos de representaciones no hablamos de una simple reproducción de conocimientos, valores y comportamientos, hablamos de una producción de los mismos, es decir, que aunque todos introyectemos los mismos elementos, la forma en la que estos son asimilados y expresados, será distinta, dependiendo de cada individuo, pues cabe recordar que, en la producción de estas representaciones también influyen elementos personales. (Moscovici, 1961). Las representaciones se originan de múltiples elementos, se forman a partir de la educación formal, pero también de otras fuentes, de las cuales no siempre estamos conscientes.

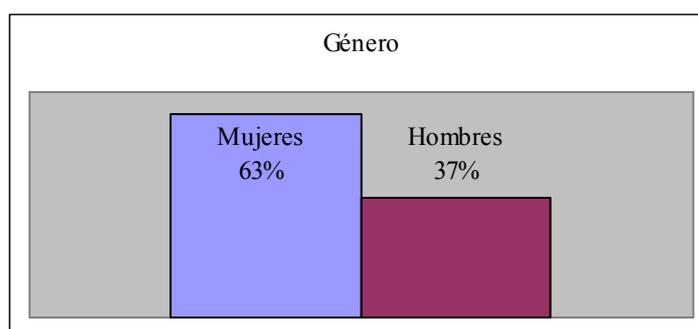
Moscovici (1996), habla de las representaciones sociales como elementos que se transmiten en una cultura a través de las instituciones, ya que estas tienen como finalidad el dotar a los individuos de conocimientos en torno a las normas, ideologías y valores reconocidos y aceptados por la sociedad. Y liga el tema de las representaciones con el tema del poder, pues menciona el poder que tienen aquellas personas que son consideradas por la comunidad como expertas en un tema, o personas bien informadas, a las cuales es necesario seguir o escuchar, pues cuentan con las habilidades y el conocimiento de las cuales el resto de la gente carece. Los profesionales de la salud entonces, tienden a ser considerados por el resto de la gente, como individuos expertos y esto ocasiona que, pocas veces sean cuestionados. Esto implica una enorme responsabilidad, pues esas representaciones sociales que a ellos los colocan en un papel de autoridad, colocan a los usuarios y usuarias en una posición vulnerable, de la cual el profesional no debe

aprovecharse. Como ya se mencionó anteriormente, los profesionales de la salud, no están ahí para imponer su punto de vista, están ahí para promover la autonomía entre la gente a la cual hacen llegar sus servicios, y para ayudarlos a desarrollar habilidades de análisis y cambio que puedan aplicar a su vida, y al entendimiento que tienen del género en si mismo. Luego entonces, las representaciones del profesional deben de ir en un sentido totalmente distinto a las representaciones del resto de la gente, pues ellos deben estar enfocados en evitar los antiguos modelos que nos hablan de intelectuales portadores del conocimiento que transmiten valores, conocimientos y normas incuestionables, a una comunidad pasiva y obediente, que siempre está en espera de nuevas instrucciones.

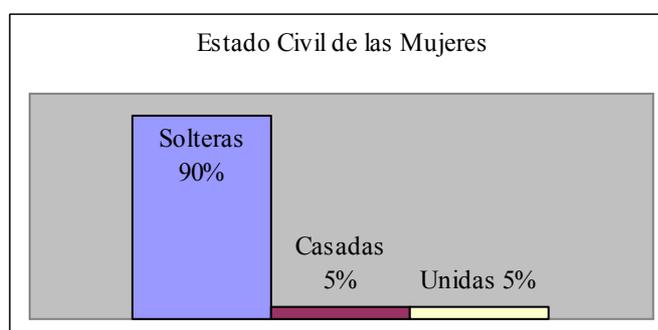
3. RESULTADOS

3.1. Personal médico

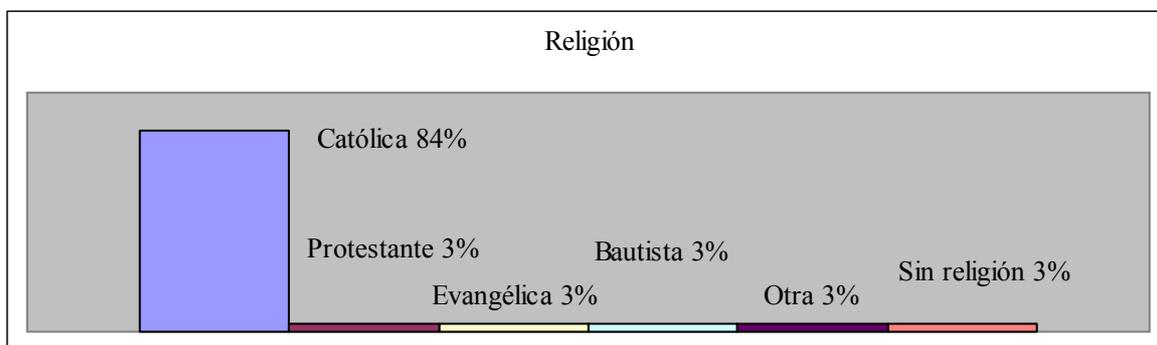
En total se entrevistaron a 30 integrantes del personal médico, del cual 63% (19) fueron mujeres y el 37% (11) hombres. El 90% (17) de las mujeres son solteras, el 5% (1) es casada y el 5% (1) vive en unión libre. Por el contrario, el 100% (11) de la población masculina es soltera. El 84% (25) de la población total profesa la religión católica, el 3% (1) es protestante, el 3% (1) es evangélico, 3% (1) bautista, otro 3% (1) se declara sin religión y un 3% (1) dice pertenecer a otra religión. El rango de edad de las mujeres es de 24 a 26, mientras que los hombres tienen edades que van de los 23 a los 27. Todos son médicos pasantes, con contrato, es decir, que no cuentan aún con una base y tienen un sueldo de 1,100 pesos al mes. Todos y todas tienen la preparatoria terminada y la licenciatura casi concluida



Gráfica 1.- Género del personal médico entrevistado

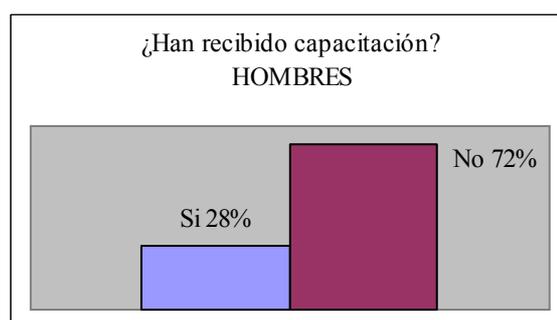
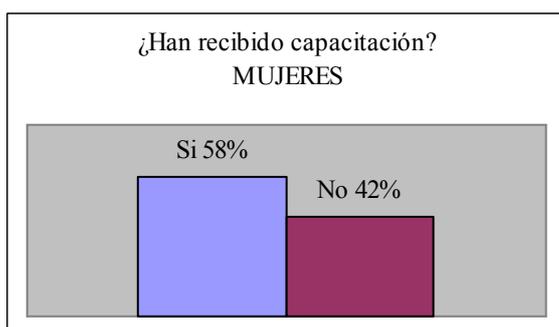


Gráfica 2.- Estado civil de las doctoras.

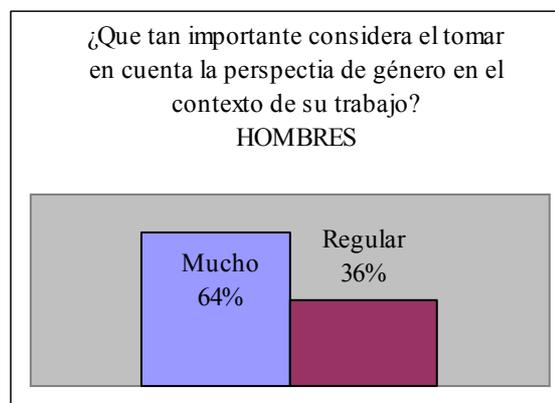
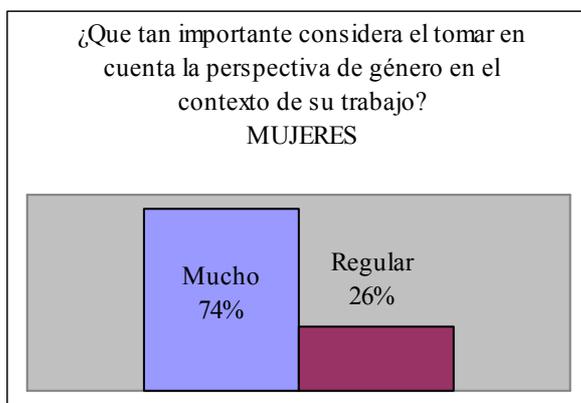


Gráfica 3.- Religión del personal médico entrevistado

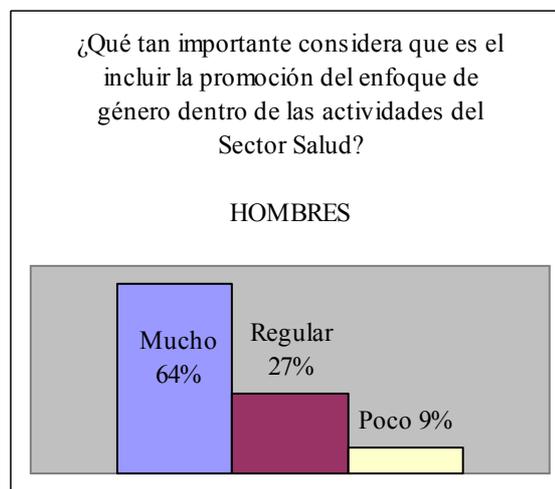
El 58% (11) de las mujeres y el 28% (3) de los hombres, dicen haber recibido algún tipo de capacitación en torno al tema del género, mientras que 42% (8) de las mujeres y 72% (8) de los hombres, dicen no haber recibido ningún tipo de orientación al respecto. El 74% (14) de las mujeres y el 64% (7) de los hombres consideran que el tomar en cuenta la perspectiva de género en el contexto de su trabajo es muy importante, al igual que el incluir la promoción del enfoque de género dentro de las actividades del Sector Salud, mientras que el 26% (5) de las mujeres y el 36% (4) de los hombres considera que esto es mas o menos importante.



Gráficas 4 y 5.- Capacitación recibida en torno al tema del género



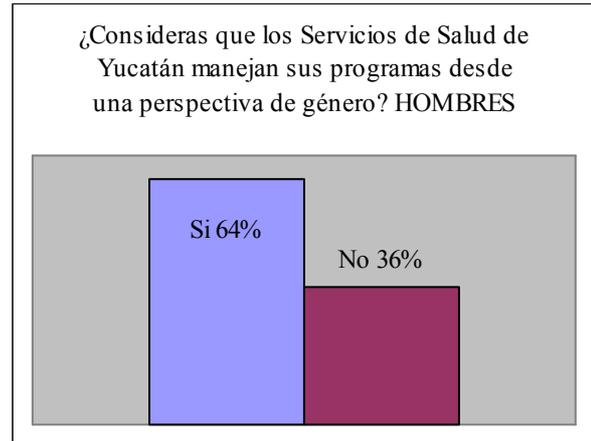
Gráficas 6 y.7.- Importancia dada al enfoque de género en el contexto laboral



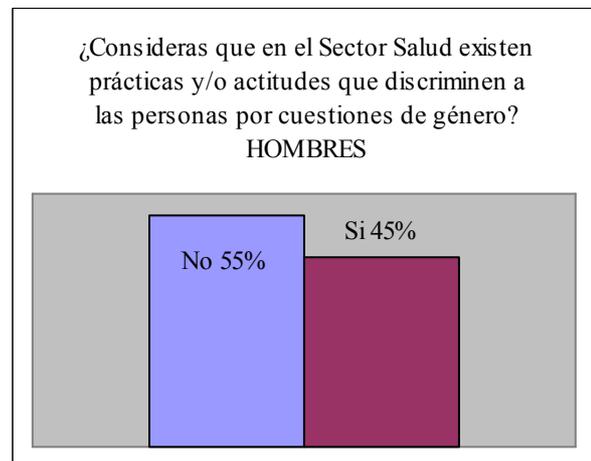
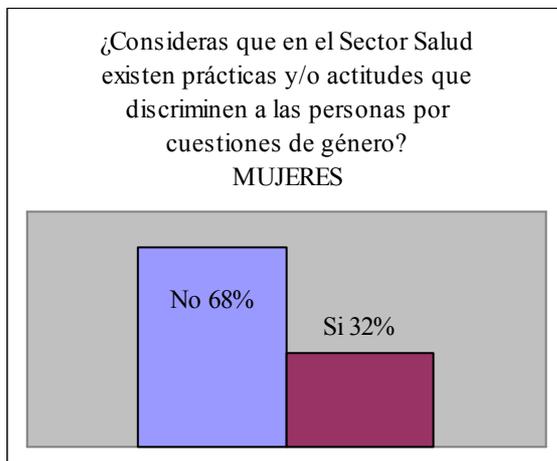
Gráficas 8 y.9.- Importancia dada a la inclusión del enfoque de género en las actividades del Sector Salud.

53% (10) de las mujeres y 64% (7) de los hombres consideran que el Sector Salud si maneja sus programas desde una perspectiva de género, mientras que el 47% (9) de las mujeres y 36% (4) de los hombres no cree que esto ocurra así. El 68% (13) de las mujeres y 55% (6) de los hombres no considera que al interior del Sector Salud existan prácticas discriminatorias por motivos de género, mientras que el 32% (6) de las mujeres y 45% (5) de los hombres, consideran que si las hay. El 84% (16) de las mujeres y 82% (9) de los hombres, cree que las actividades que se realizan en el Sector Salud promueven el reconocimiento al derecho que tienen las mujeres a ser tratadas sin violencia y a contar con igualdad de oportunidades, mientras que el 16% (3) de las mujeres y 18% (2) de los hombres cree que esto no es así. El 37% (7) de las mujeres y 36% (4) de los hombres

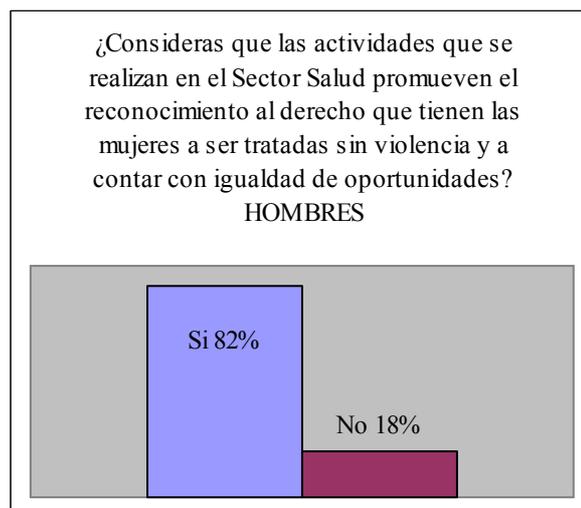
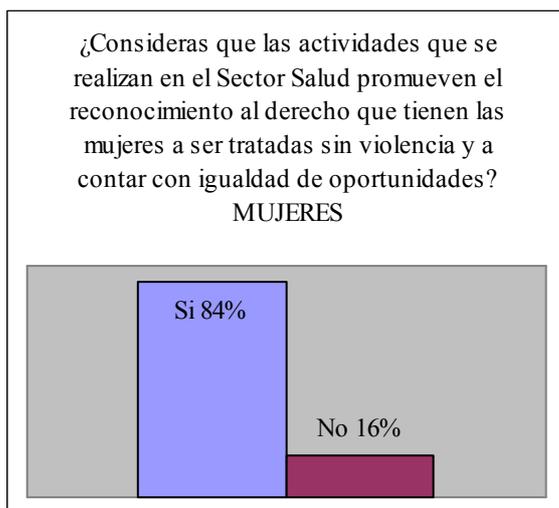
considera que las actividades que se realizan en el sector salud promueven la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y la participación en el hogar, mientras que el 63% (12) de las mujeres y 64% (7) de los hombres considera lo contrario. El 84% (16) de las mujeres y 55% (6) de los hombres cree que las mujeres usuarias de los servicios de salud no toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva, mientras que el 16% (3) de las mujeres y 45% (5) de los hombres cree que si.



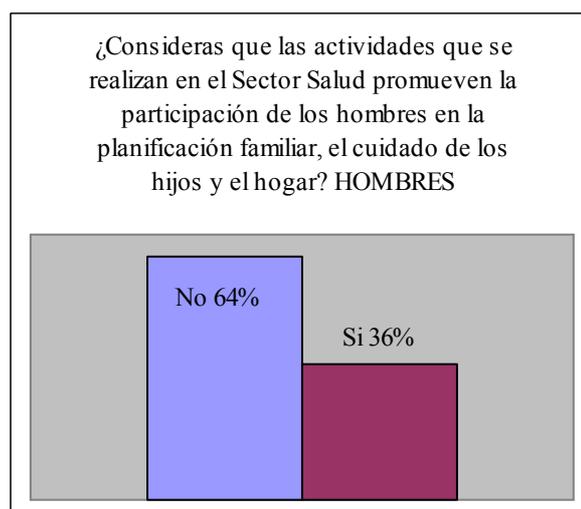
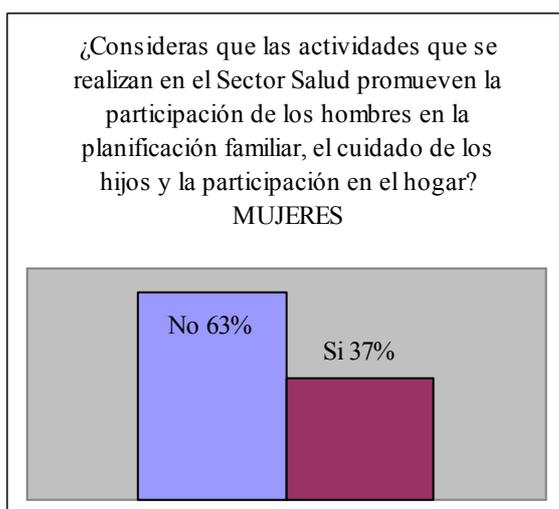
Gráficas 10 y 11.- La inclusión del enfoque de género en los programas de los Servicios de Salud



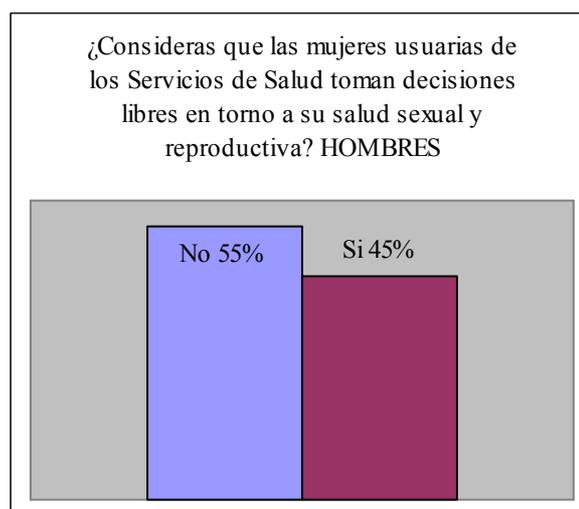
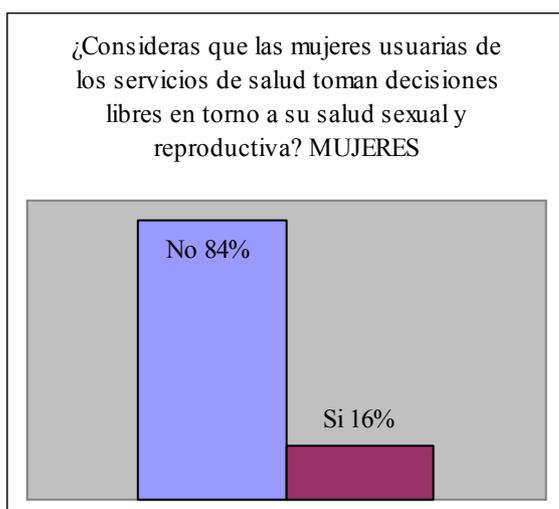
Gráficas 12 y 13.- Presencia de discriminación por género en el Sector Salud



Gráficas 14 y 15.- Los programas del Sector Salud como promotores del reconocimiento a los derechos de las mujeres.

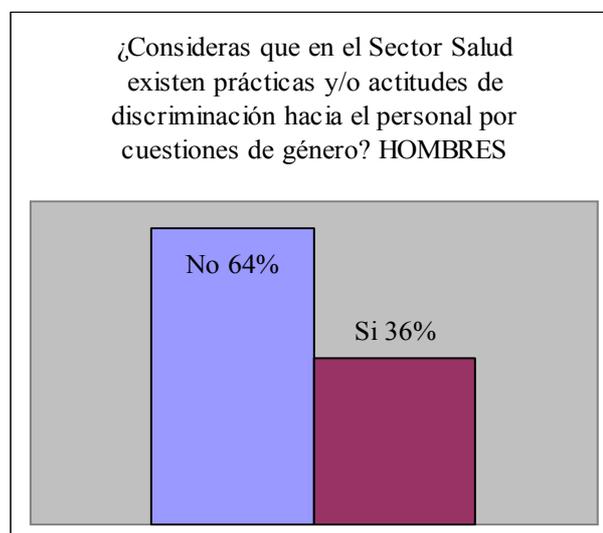
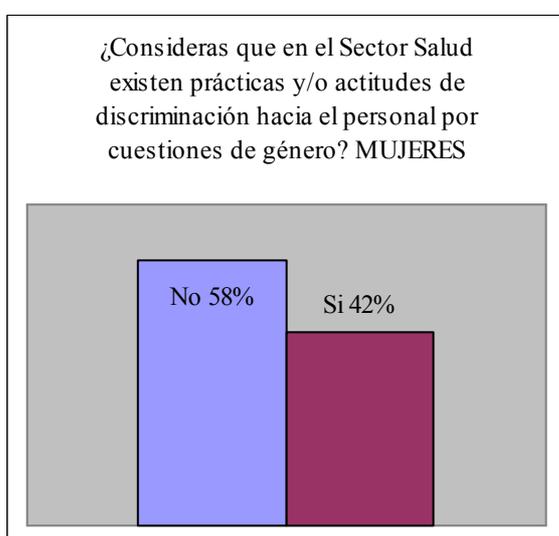


Gráficas 16 y 17.- Los programas del Sector Salud como promotores de la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y el hogar.



Gráficas 18 y 19.- Libertad de las mujeres al momento de tomar decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva

El 42% (8) de las mujeres y 36% (4) de los hombres consideran que al interior del Sector salud existen prácticas y actitudes de discriminación hacia el personal por cuestiones de género, mientras que el 58% (11) de las mujeres y 64% (7) de los hombres consideran que esto no ocurre.



Gráficas 20 y 21.- Presencia de discriminación por género hacia el personal del Sector Salud

En general, consideran al género como la percepción social y expectativas que se tiene de los hombres y las mujeres, lo cual se expresa no solo en la comunidad sino también en las instituciones y las acciones públicas que de ellas se desprenden. Igualmente, se habló del género como la diferencia existente entre hombres y mujeres, en sus acciones, responsabilidades, necesidades y maneras de conducirse. Se destacó la importancia de tomar los puntos de vista de ambos géneros y de brindar igualdad de oportunidades a todos y todas. Un par de participantes relacionó al género únicamente con una diferencia en lo sexual y algunos más se declararon incapaces de definirlo o brindaron respuestas ambiguas.

Mas hombres que mujeres dijeron no haber recibido capacitación en torno al tema del género, mientras que mas mujeres que hombres dijeron haber recibido capacitación en la escuela de medicina y en los Servicios de Salud.

Mas mujeres que hombres considera importante el tomar en cuenta el enfoque de género en el contexto laboral porque de esta manera se promueve la equidad entre géneros y se puede dar solución a problemáticas relacionadas con la planificación familiar. Hablaron de la discriminación de género presente en las comunidades y de la necesidad de capacitación que existe entre los mismos prestadores de servicios. Mencionaron a las mujeres como la población que más acude a consultar, y a los hombres como los que mas dificultad tienen al momento de hablar de sus síntomas. Sin embargo, se refirió que son ellos quienes más se apegan al tratamiento.

Mas mujeres que hombres creen importante el incluir el enfoque de género dentro de las actividades del Sector Salud pues al interior de las comunidades observan la presencia del sexismo, la ignorancia y la discriminación, elementos que consideran necesario erradicar para que pueda desarrollarse la equidad entre los géneros. Destacaron la presencia de afecciones psicosomáticas en las mujeres. Aunque se habló de la necesidad de brindar atención médica de acuerdo a las distintas necesidades de hombres y mujeres, también se comentó que la inequidad no es algo que afecte directamente al tratamiento médico, y que no es un tema que corresponda tratar a los prestadores de servicios de salud.

Se considera que las mujeres acuden a consultar más que los varones porque ellas son las que permanecen en casa, porque tienen más tiempo libre y porque son las encargadas de la planificación familiar y del cuidado de los miembros de la familia en general. Se habló de la importancia que ellas dan al cuidado de la salud y a la prevención. Igualmente, se comentó la presencia de afecciones psicosomáticas en las mujeres, producto

de la depresión, el estrés y el maltrato. Sin embargo, también creen que las mujeres acuden a consultar porque son problemáticas, porque no tienen nada que hacer, para entretenerse, por costumbre y por falta de educación. Consideran que los hombres no consultan pues temen mostrarse vulnerables, ya que, al contrario de las mujeres, la vulnerabilidad en ellos no es una característica socialmente aceptada.

Los problemas de salud que más aquejan a los hombres, de acuerdo con los y las participantes, son las adicciones, las infecciones de transmisión sexual, los traumatismos, accidentes de trabajo, cáncer, depresión y enfermedades crónico-degenerativas. Mientras que las mujeres padecen de depresión, ansiedad, infecciones de transmisión sexual, adicciones, cáncer cervico-uterino, accidentes en el hogar y enfermedades cardiovasculares.

Creen que los factores causantes de la violencia son las adicciones, la pobreza, la cultura machista, la ignorancia, la infidelidad de los hombres, la ansiedad, la baja autoestima y la permisividad de la mujer. Igualmente se hizo mención de las dificultades que existen para denunciar estos hechos.

Más hombres que mujeres consideran que los Servicios de Salud de Yucatán manejan sus programas desde una perspectiva de género, y lo creen así porque existen programas dirigidos a ambos géneros, porque se habla de la violencia intrafamiliar y porque no se le niega la atención médica a nadie. Aunque, cabe mencionar, que consideran que la población femenina es la que recibe la mayor atención. Por otro lado, quienes dicen que los programas no son manejados desde una perspectiva de género, más mujeres que hombres, dicen esto porque consideran que solo se involucra a las mujeres y porque no se habla suficientemente de la violencia intrafamiliar. Igualmente, se hizo énfasis en la atención excesiva hacia los indicadores y la deficiente planeación en las políticas públicas.

Más hombres que mujeres consideran que en el Sector Salud existen prácticas y actitudes que discriminan a las personas por cuestiones de género piensan esto porque consideran que no hay suficiente capacitación en torno al tema de la equidad y que existen actitudes discriminantes de parte de miembros de la institución. Asimismo, se habló de la mayor responsabilidad colocada en la mujer y de la discriminación de la cual es víctima la población femenina cuando es afectada por desequilibrios hormonales y trastornos emocionales. Por otro lado, quienes niegan la presencia de actitudes discriminantes en el Sector Salud, más mujeres que hombres, lo hacen porque no han sabido de casos de discriminación y porque aseguran que la atención médica se brinda a todos y todas por

igual. Mencionaron la poca asistencia de los hombres a los servicios de salud por cuestiones laborales y la mayor atención hacia las mujeres.

La mayor parte de la población considera que las actividades que se realizan en el Sector Salud promueven el reconocimiento al derecho que tienen las mujeres a ser tratadas sin violencia y a contar con igualdad de oportunidades, dicen que existen programas, detecciones y pláticas enfocadas a esto, sin embargo, destacan la mayor atención que se brinda a las mujeres y el nivel exclusivamente remedial de estas estrategias, dejando de lado la prevención. Quienes consideran que las actividades del Sector Salud no promueven el reconocimiento a los derechos de las mujeres hablan de una incongruencia entre discurso y comportamiento y una constante evasión de los temas.

La mayor parte de la población considera que las actividades del Sector Salud no promueven la participación masculina, y lo dicen porque la información en torno al tema de la planificación familiar, los programas y los apoyos van dirigidos a las mujeres, ya que los hombres no acuden por sus ocupaciones laborales y sus actitudes machistas. Igualmente, se habló de una carencia de estrategias encaminadas a incluir a la población masculina. Por otro lado, quienes consideran que las actividades que se realizan en el Sector Salud promueven la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y la participación en el hogar, lo creen porque en la consulta se les brinda información, incluyendo el tema de la planificación familiar. Sin embargo, hablan de la ignorancia y apatía de los varones en torno al tema de la salud.

Más hombres que mujeres consideran que las mujeres usuarias de los servicios de salud toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva hablan de la información que brindan a las mujeres y de la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, aunque también mencionan la presencia de presión por parte de sus esposos, los cuales son machistas. Por otro lado, más mujeres que hombres consideran que las usuarias no toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva dicen que existe presión, no solo por parte del esposo sino también de la suegra, quienes les impiden utilizar métodos de planificación familiar, por lo cual las mujeres tienen que esconderse para poder usarlos. Se hizo énfasis en la presencia de la ignorancia y el machismo en la comunidad.

Por último, más mujeres que hombres consideran que si existen prácticas y actitudes de discriminación hacia el personal del Sector Salud por razones de género, hablaron de la discriminación de la cual son víctimas miembros del personal médico, al ser elegidos por los pacientes en base a su género. Igualmente se mencionó el hecho de que, en

ocasiones, se niega la información completa a los pacientes por cuestiones de género. Con respecto a la institución, se mencionó la ocurrencia de casos de acoso sexual hacia las mujeres profesionales de la salud, así como un mejor trato hacia los hombres y actitudes de condescendencia hacia las mujeres. Asimismo, se habló de la dificultad que tienen las mujeres para aspirar a puestos altos dentro de la jerarquía institucional. Quienes consideran que estas prácticas y actitudes discriminatorias no existen, mas hombres que mujeres, afirman que en la institución se brinda un trato igual a hombres y mujeres y que hay espacio para todos y todas. También mencionaron que el tema de la equidad de género se toca en las capacitaciones. Hay quien dijo nunca haber sabido de casos de discriminación.

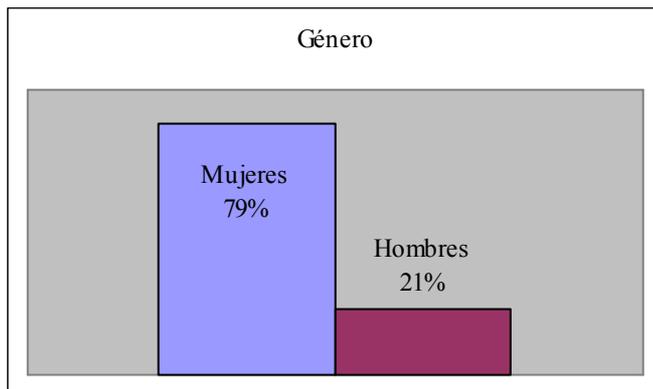
3.2. Personal de enfermería

En total se entrevistaron a 70 integrantes del personal de enfermería, del cual 79% (55) fueron mujeres y el 21% (15) hombres. El 62% (34) de las mujeres son solteras, el 33% (18) son casadas y el 5% (3) son divorciadas. El 53% (8) de la población masculina es soltera y el 47% (7) casada. El 83% (58) de la población total profesa la religión católica, el 6% (4) es evangélica, otro 6% (4) dicen profesar otra religión, el 1% (1) es protestante, el 1% (1) es adventista, 1% (1) mormona y un 1% (1) se declara sin religión.

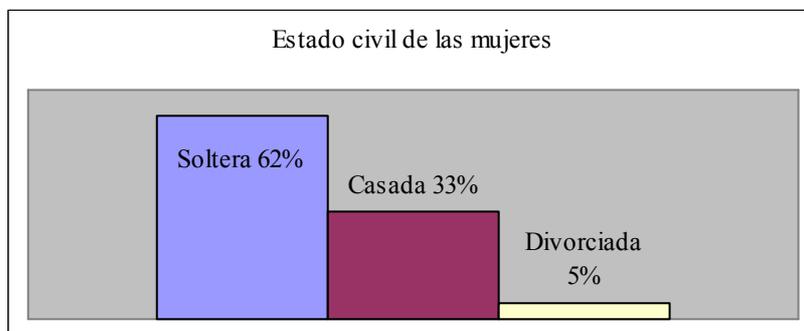
El 15% (8) de las mujeres se encuentra en un rango de edad que va de los 15 a los 20, el 58% (32) tiene edades de los 21 a los 30, el 20% (11) de los 31 a los 40 y el 7% (4) de los 41 a los 47. El 13% (2) de los hombres se encuentra en un rango de edad que va de los 15 a los 20, el 53% (8) de los 21 a los 30, el 27% (4) de los 31 a los 40 y el 7% (1) de los 41 a los 47.

El 10% (7) de la población entrevistada concluyó la secundaria, el 76% (53) la preparatoria y el 14% (10) la licenciatura.

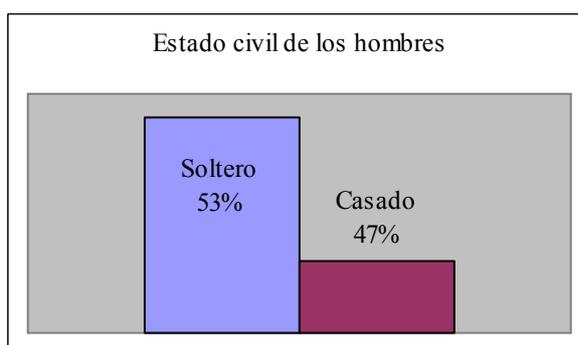
El personal de enfermería, al interior de las unidades de trabajo, tiene una doble función, pues realizan labores propias de su profesión pero, además, hacen el papel de promotores en el centro de salud de sus comunidades. Todos laboran en el turno matutino. El 70% (49) es pasante, el 6% (4) tiene contrato y el 24% (17) tiene base. El 16% (11) percibe ingresos inferiores a los 600 pesos mensuales, el 47% (33) tiene un sueldo de 600 pesos al mes y el 37% (26) tiene un sueldo superior a esta cantidad.



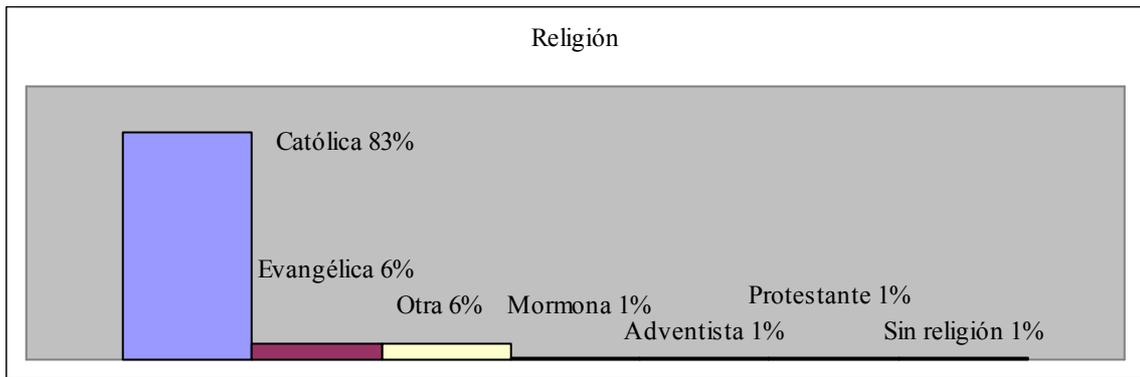
Gráfica 22.- Género del personal de enfermería entrevistado



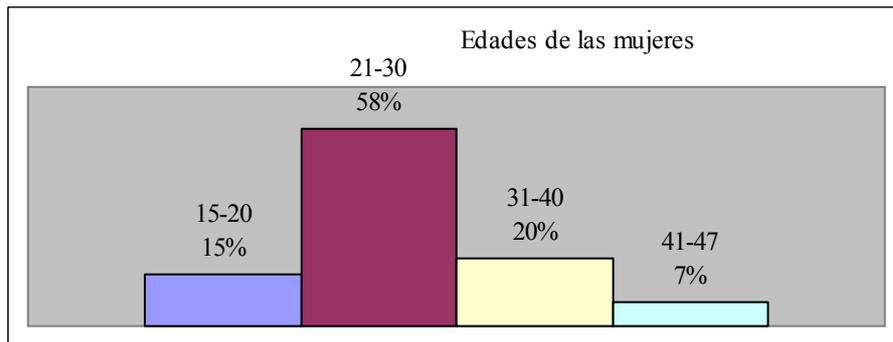
Gráfica 23.- Estado civil de las enfermeras



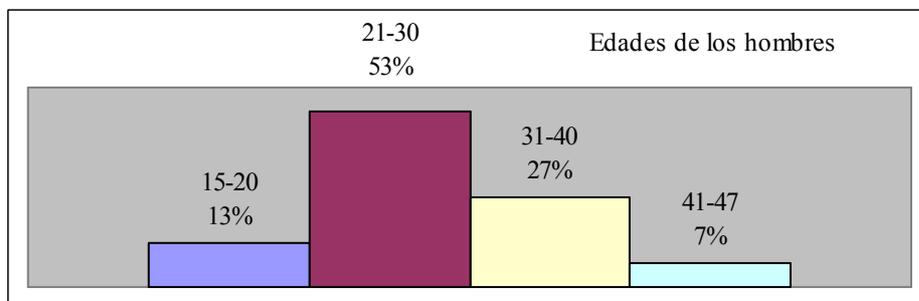
Gráfica 24.- Estado civil de los enfermeros



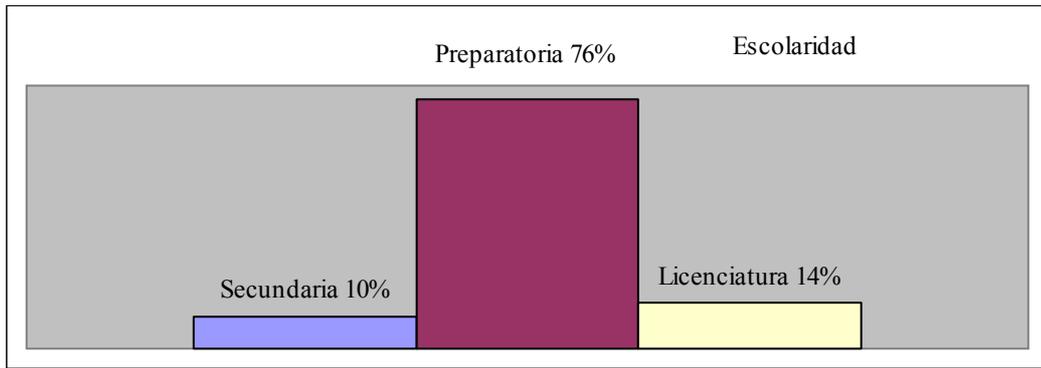
Gráfica 25.- Religión de los y las participantes



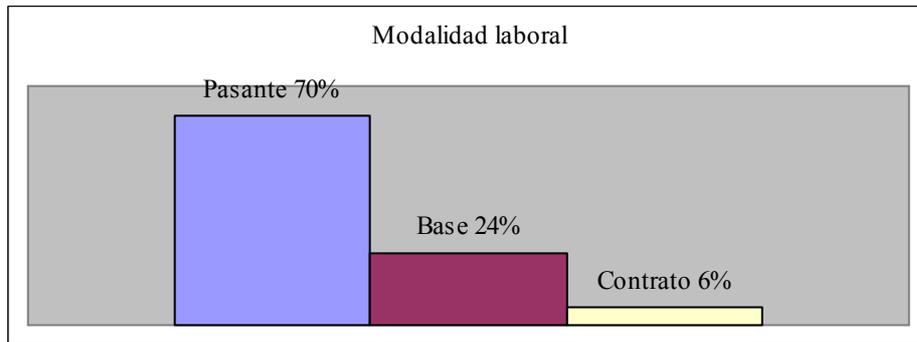
Gráfica 26.- Edades de las enfermeras



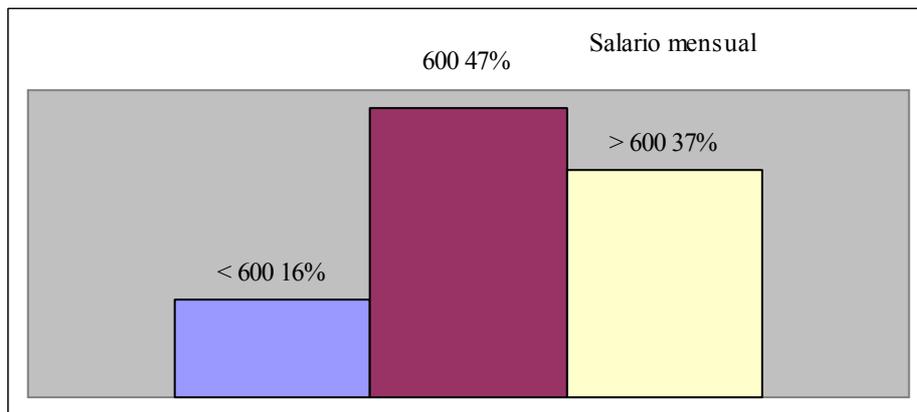
Gráfica 27.- Edades de los enfermeros



Gráfica 28.- Escolaridad de los y las participantes.



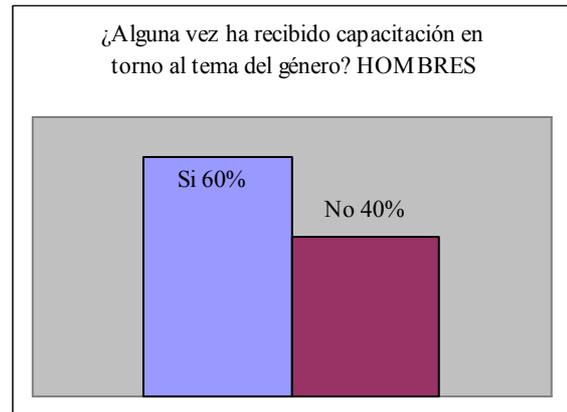
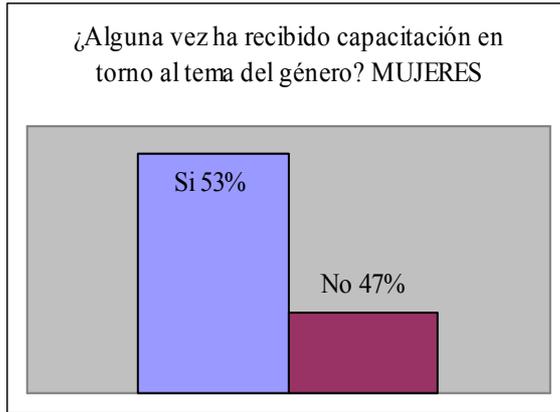
Gráfica 29.- Modalidad laboral del personal de enfermería



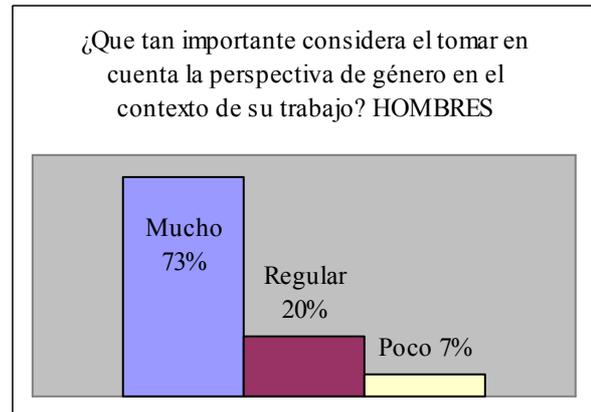
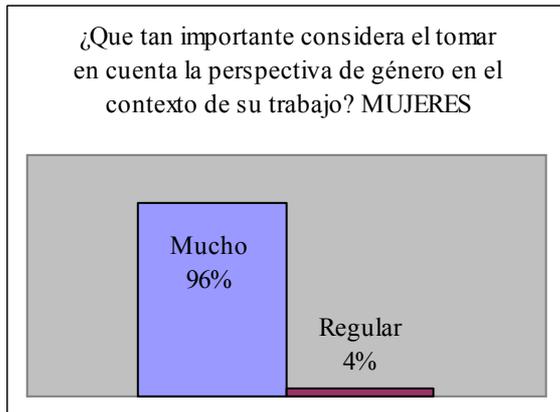
Gráfica 30.- Salario mensual percibido por el personal de enfermería

El 53% (29) de las mujeres y el 60% (9) de los hombres, dicen haber recibido algún tipo de capacitación en torno al tema del género, mientras que 47% (26) de las mujeres y 40% (6) de los hombres, dicen no haber recibido ningún tipo de orientación al respecto. El 96% (53) de las mujeres y el 73% (11) de los hombres consideran que el tomar en cuenta la perspectiva de género en el contexto de su trabajo es muy importante, al igual que el incluir la promoción del enfoque de género dentro de las actividades del Sector Salud, mientras que el 4% (2) de las mujeres y el 20% (3) de los hombres considera que esto es mas o menos importante. Solo un 7% (1) de los hombres piensa que esto es poco importante.

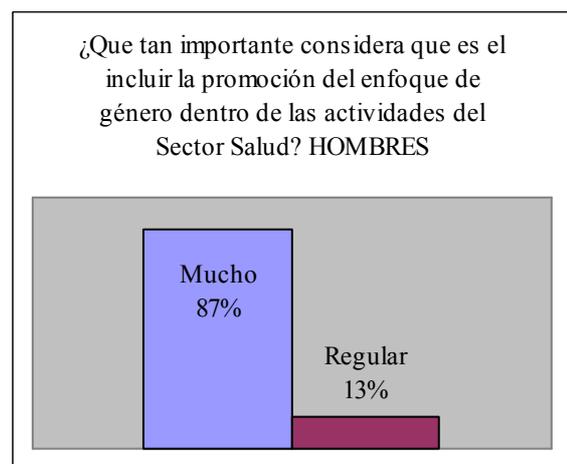
El 78% (43) de las mujeres y 73% (11) de los hombres consideran que el Sector Salud si maneja sus programas desde una perspectiva de género, mientras que el 22% (12) de las mujeres y 27% (4) de los hombres no cree que esto ocurra así. El 84% (46) de las mujeres y 80% (12) de los hombres no considera que al interior del Sector Salud existan prácticas discriminatorias por motivos de género, mientras que el 16% (9) de las mujeres y 20% (3) de los hombres, consideran que si las hay. El 96% (53) de las mujeres y 87% (13) de los hombres, cree que las actividades que se realizan en el Sector Salud promueven el reconocimiento al derecho que tienen las mujeres a ser tratadas sin violencia y a contar con igualdad de oportunidades, mientras que el 4% (2) de las mujeres y 13% (2) de los hombres cree que esto no es así. El 73% (40) de las mujeres y 73% (11) de los hombres considera que las actividades que se realizan en el sector salud promueven la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y la participación en el hogar, mientras que el 27% (15) de las mujeres y 27% (4) de los hombres considera lo contrario. El 55% (30) de las mujeres y 47% (7) de los hombres cree que las mujeres usuarias de los servicios de salud no toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva, mientras que el 45% (25) de las mujeres y 53% (8) de los hombres cree que si.



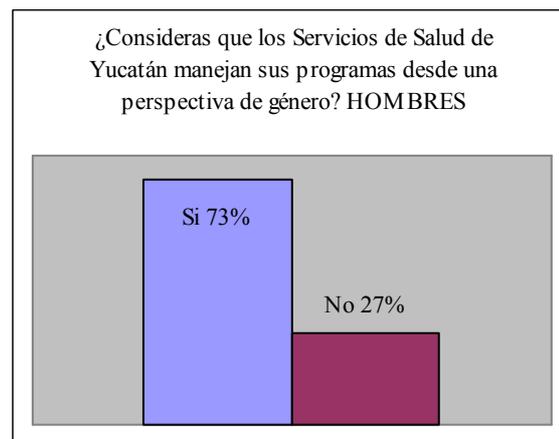
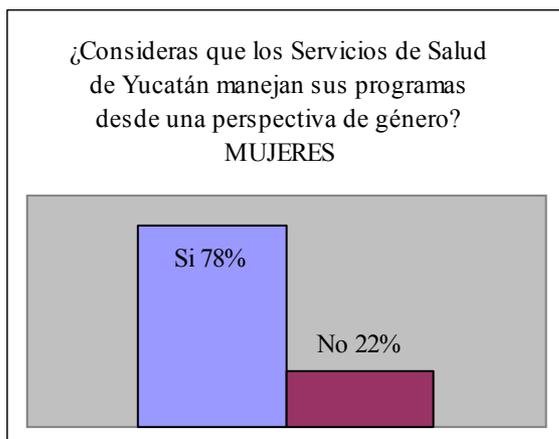
Gráficas 31 y 32.- Capacitación recibida en torno al tema del género



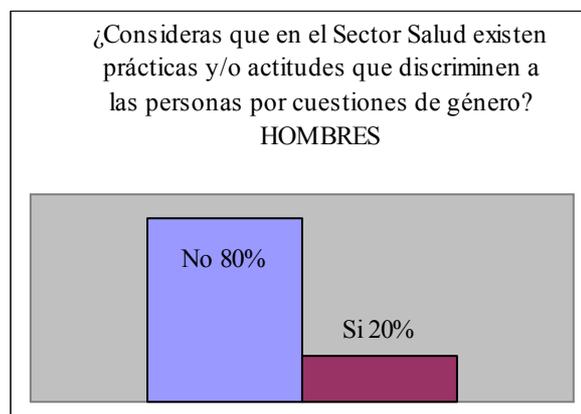
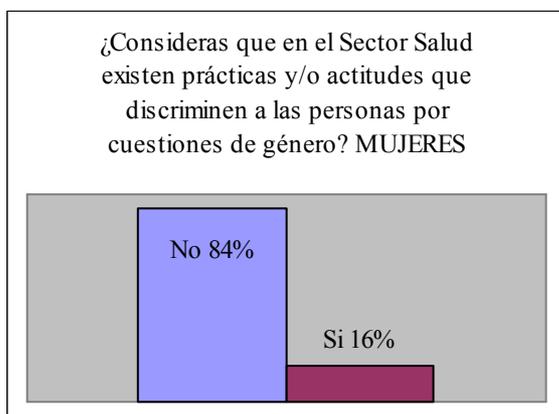
Gráficas 33 y 34.- Importancia dada al enfoque de género en el contexto laboral



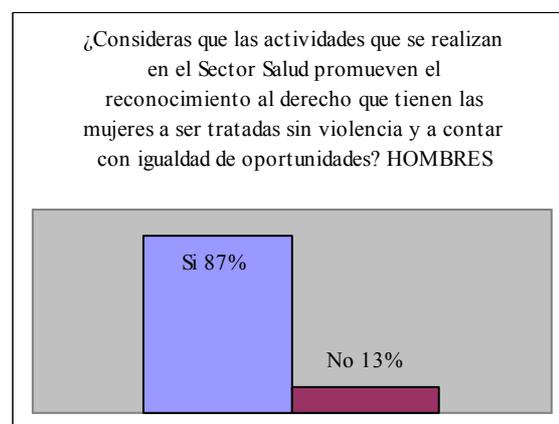
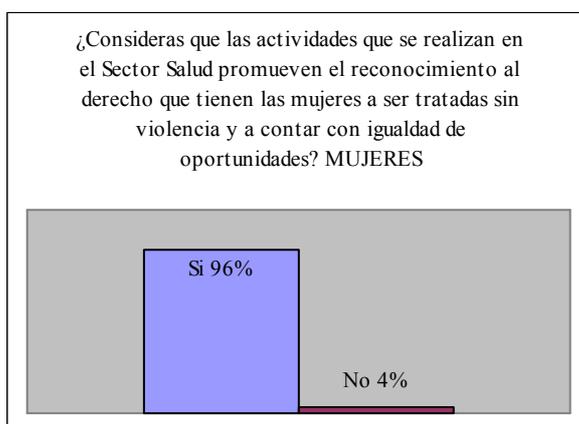
Gráficas 35 y 36.- Importancia dada a la inclusión del enfoque de género en las actividades del Sector Salud



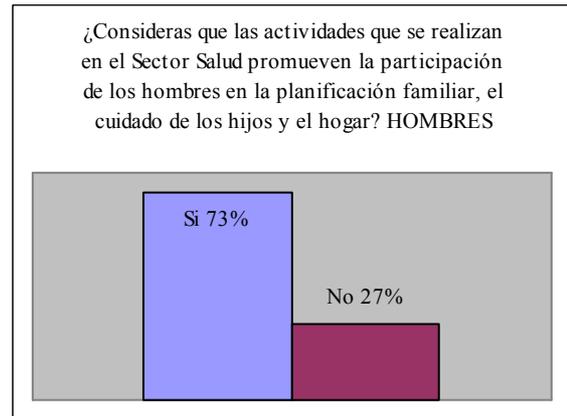
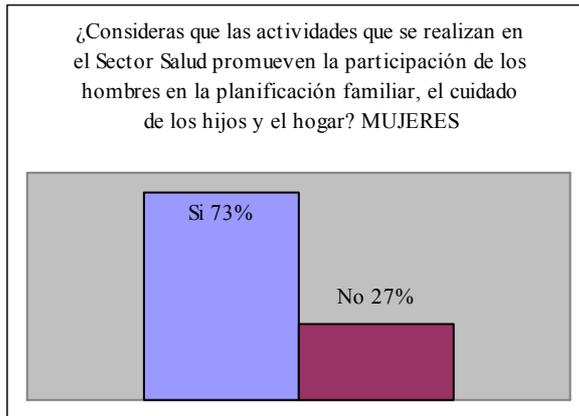
Gráficas 37 y 38.- La inclusión del enfoque de género en los programas de los servicios de salud



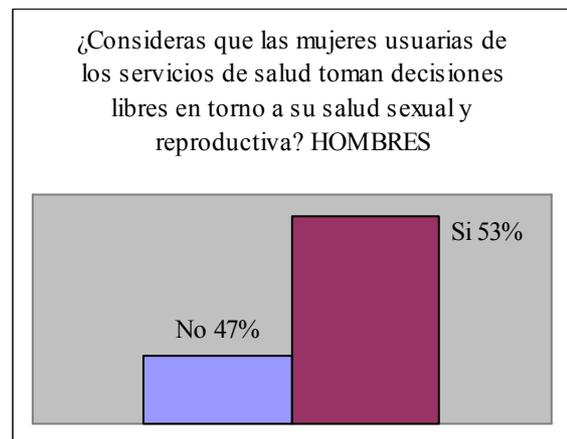
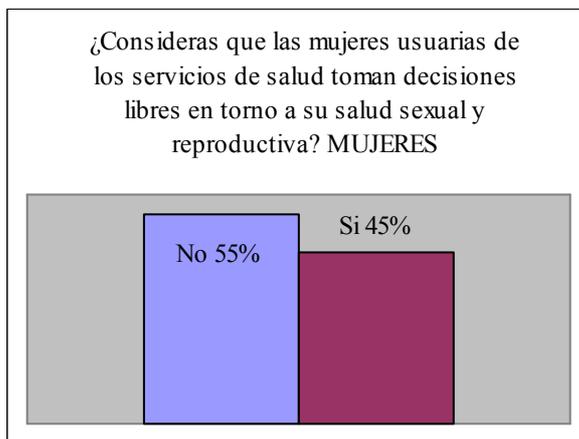
Gráficas 39 y 40.- Presencia de discriminación por género en el Sector Salud



Gráficas 41 y 42.- Los programas del Sector Salud como promotores del reconocimiento a los derechos de las mujeres.

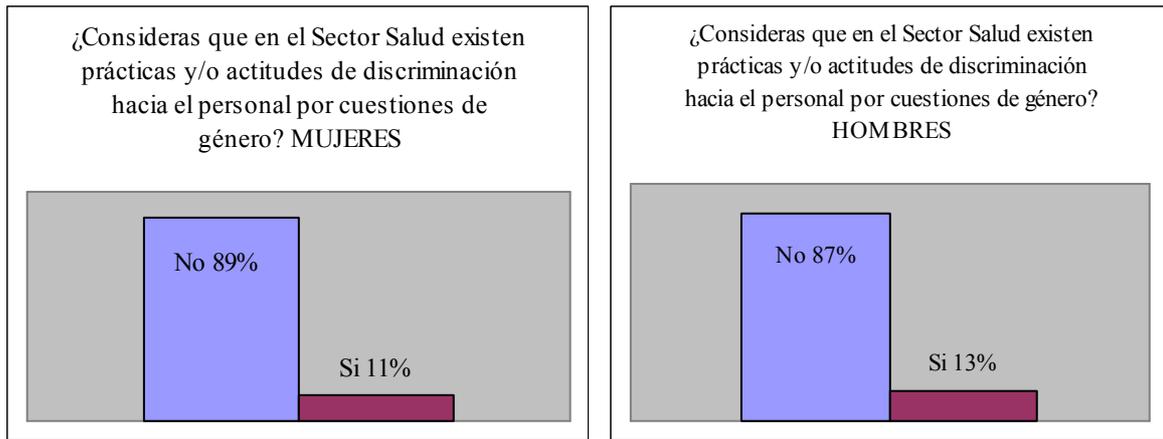


Gráficas 43 y 44.- Los programas del Sector Salud como promotores de la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y el hogar.



Gráficas 45 y 46.- Libertad de las mujeres al momento de tomar decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva

El 11% (6) de las mujeres y 13% (2) de los hombres consideran que al interior del Sector salud existen prácticas y actitudes de discriminación hacia el personal por cuestiones de género, mientras que el 89% (49) de las mujeres y 87% (13) de los hombres consideran que esto no ocurre.



Gráficas 47 y 48.- Presencia de prácticas y actitudes discriminatorias al interior del Sector Salud

Al hablar de género, lo definieron como las diferencias entre los hombres y las mujeres; mencionaron la igualdad que debe existir entre ambos y el reconocimiento de los derechos. También mencionaron que la perspectiva de género hace alusión a las diferencias sexuales, las cuales fueron entendidas también como las diferencias en la preferencia sexual de las personas.

La mayoría de la población, mas mujeres que hombres, dijeron que era muy importante tomar en cuenta la perspectiva de género. Entre las razones más veces presentada estuvo la de saber cómo tratar a los y las usuarias, como actuar ante ellos y ellas de acuerdo a su edad, su comunidad y su preferencia sexual. También se mencionó que el enfoque de género es importante para crear un ambiente de igualdad, para no discriminar y para ser valorados y tratados con respeto. La mayoría del personal centro su atención en el trato a los usuarios y usuarias de los servicios, es por esto que destacaron la importancia de saber cómo trabajar con las personas. Sin embargo no se considera el tema como algo que transversalice los servicios sino como una herramienta de apoyo para el trabajo diario.

Son constantes las respuestas donde se toma la perspectiva de género como una herramienta que puede mejorar el trabajo y como algo externo manipulable, no como una actitud personal que permite mirar las cosas de una diferente manera. Mencionaron que es importante para poder estar actualizados y comunicar, difundir, y enseñar a la población sobre el tema. Igualmente, la consideraron útil para saber qué cuidados adoptar según cada grupo de la población. Hubo un alto número de participantes que no respondieron al por qué, sin embargo sí opinaron acerca de si era o no importante para ellos.

Cuando se les cuestionó en torno a la razón por la cual las mujeres acuden a los servicios de salud con más frecuencia que los varones las respuestas abarcaron desde aspectos biológicos hasta aspectos sociales y culturales. Encontramos la versión de que las mujeres por la propia constitución corpórea acuden más, por la sangre que pierden mientras menstrúan, por la poca resistencia, porque son más responsables, cuidadosas, conscientes, hasta las que tienen que ver con las cultura o costumbres, porque son las encargadas o responsables de la familia, del cuidado de hijos e hijas, porque padecen de estrés y también porque tienen más tiempo de ocio ya que “no trabajan”.

Piensan que los hombres no acuden a consulta por motivos ligados al machismo, el miedo, el no saber expresarse, la pena, la falta de accesibilidad o porque son olvidadizos. También porque trabajan, porque consideran que ir a la consulta es perder tiempo o porque no pueden pedir permisos.

Tanto hombres como mujeres consideraron que el motivo por el cual las mujeres acuden más es porque éstas “no trabajan” y tienen más tiempo de ocio. Igualmente, tanto hombres como mujeres consideraron que en los hombres existe el machismo y la creencia de ser invulnerables y, de nuevo, mencionaron las razones principales por las que suponen que los hombres no acuden a la consulta, las cuales son: el trabajo principalmente, sin embargo aparecieron también ideas sobre el maltrato por parte del personal o la falta de credibilidad en los doctores.

Cabe mencionar que sólo un par de hombres comentaron que las mujeres acuden más a los servicios médicos por la violencia y el maltrato que viven en sus hogares.

De acuerdo por lo comentado por los y las participantes, los riesgos a los que se encuentran más expuestos los hombres son: las infecciones de transmisión sexual (mencionadas en su mayoría como enfermedades), las adicciones, los accidentes laborales, el suicidio, la violencia, el estrés, la dermatitis y el cáncer. Se menciona que en las mujeres se presentan enfermedades tales como la depresión, la gripa, dolores musculares, afecciones del corazón y carencia de trabajo. Estas mismas enfermedades también son padecidas por la población masculina.

Los trastornos más relacionados con las mujeres fueron: el cáncer cervicouterino y mamario, seguidos por las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, especificando en algunos casos, que son infectadas por sus parejas. Aparece también la violencia intrafamiliar y los maltratos, la hipertensión, la diabetes y la obesidad.

También se habló de los riesgos que se presentan durante el embarazo y el parto y la presencia del síndrome metabólico. Aparecen también, únicamente en este grupo, los accidentes del hogar.

A pesar de que, tanto hombres como mujeres, mencionan los mismos elementos causantes de la violencia intrafamiliar, las mujeres mencionan en primer lugar la falta de comunicación, seguida por falta de educación, bajo nivel económico, adicciones, machismo, alcoholismo y antecedentes de violencia en la infancia.

Los hombres mencionaron en primer lugar el alcoholismo, seguido por la falta de educación, las adicciones, el machismo, la falta de comunicación y antecedentes de violencia en la infancia.

La mayor parte del personal considera que el Sector Salud sí incluye en sus programas la perspectiva de género, ya que existen programas que se manejan de acuerdo a las líneas de vida de los usuarios y usuarias, a todos se les atiende por igual y hay programas para cada género. Otro porcentaje de la población consideró que no existe la perspectiva de género debido, entre otras razones, a que no se procura a ciertas poblaciones, entre ellas la de los hombres, pues se involucra mucho a la mujer al grado de hacerla responsable de todo, con programas fuera de la realidad, y un trato distinto al que se le brinda a los hombres.

La mayoría respondió que no se dan casos de discriminación en las unidades de salud, ya que existen diversos programas, y a todos se les trata por igual. Incluso mencionan que se deja de ver el género para poder tratar a todos por igual, sin importar si se trata de un hombre o una mujer.

En cuanto a la población que respondió que sí existe discriminación, entre las razones que dan, están: que existe mayor difusión de los programas dirigidos a las mujeres, que no se llega a la población de hombres, y que son las mujeres quienes tienen que hacer más. Se desvaloriza a la mujer viéndola como incapaz de realizar algunas acciones; igualmente se menciona que hay casos donde se humilla a las personas en general por sus creencias y con el pretexto de tener “ideas bajas”, así como también que no hay recursos ni suficiente atención adecuada para la población.

La gran mayoría considera que sí se promueven los derechos de las mujeres a vivir sin violencia. Mencionan especialmente la existencia del departamento de violencia intrafamiliar donde se dan pláticas y atenciones a la comunidad, así como el realizar cuestionarios donde se detectan casos de violencia.

Más de la mitad de la población encuestada, tanto hombres como mujeres consideran que sí se involucra a los hombres en la participación del hogar, cuidado de hijos e hijas y de planificación familiar. Entre las razones dadas, comentan que esta participación se da a través de las pláticas y talleres que se dan a la familia, especialmente en los programas de “Oportunidades”, así como el hecho de que su opinión es muy importante en la toma de decisiones relacionadas al método de planificación familiar a utilizar, y la difusión que va dirigida especialmente a ellos cuando se habla de la vasectomía y el uso de preservativos. Igualmente se dijo que sí se les involucra, pero estos no asisten.

Una parte de las personas entrevistadas dijo que no se involucra a los hombres, o que no existen programas donde se trabaje a plenitud con los hombres. Se excluye su participación dándoles a las mujeres la tarea de transmitirles la información, ya que ellos no asisten. Existen aún ideas conservadoras sobre el machismo y la inhibición que les impiden a los hombres escuchar pláticas de planificación familiar, además de que, en su opinión, estas sesiones están más dirigidas a mujeres.

Un poco más de la mitad de la población entrevistada respondió que no, que aun las mujeres no pueden tomar decisiones libres en torno a su sexualidad. Esto principalmente porque, de acuerdo a la cultura machista, la última palabra la sigue teniendo el hombre, esposo, o padre, y también la madre de la mujer. Por lo tanto, aunque a ella se le brinde toda la información, no será de ella la última palabra. Incluso, muchas veces acuden a sus revisiones a escondidas de sus parejas.

Menos de la mitad de la población considera que las mujeres sí toman decisiones libres en torno a su sexualidad, argumentando que no viven en zonas alejadas o marginadas, que acuden de manera voluntaria, que reciben toda la información y que ellas eligen el método tomando en cuenta la importancia de involucrar a sus parejas en la toma de decisiones.

La mayor parte del personal considera que no se ocurre ningún tipo de discriminación en los servicios de salud, argumentando que el trato es igualitario y que tanto hombres como mujeres pueden aspirar a puestos más elevados. Afirman que existe la tolerancia y la educación hacia todos, así como niveles de profesionalización que hacen a todos y todas capaces de desarrollarse en diferentes puestos.

Asimismo hay algunas personas que opinan que sí hay casos de discriminación hacia el personal de contrato o pasantes, por parte del personal de base. Mencionaron la existencia de casos de hostigamiento sexual, de hombres que se sienten mejor preparados que las mujeres, o el apoyo de los supervisores en base a la belleza física de las personas.

4. CONCLUSIONES

Los y las participantes tienen una leve idea de lo que significa la perspectiva de género, a pesar de que muchos afirmaron no contar con capacitación en torno al tema. Quizás sus conocimientos se deban a la difusión que hoy en día tiene el enfoque de género en los medios masivos de comunicación.

Se puede apreciar cómo aun persiste la consideración de que los únicos trabajos que existen son los que están remunerados. El cuidado de la casa y los hijos e hijas es subvalorado, y es a ellas a quienes se les otorga la obligación y responsabilidad del cuidado de los otros y otras.

Los riesgos en la salud de los hombres están asociados a los estilos de vida considerados masculinos, como son: el tener mayor permisividad sexual, el poder caer en abusos con respecto al alcohol y otras drogas, pues las adicciones son consideradas como actividades de diversión y ocio, ya que, dentro de la estructura patriarcal, son un terreno considerado como exclusivamente masculino. También se mencionan los accidentes de trabajo, ya que lo que ellos realizan fuera del hogar, y es remunerado, es considerado como el único trabajo importante y visible.

Los riesgos entre hombres y mujeres están apegados a los roles estereotípicos de género, aun vigentes nuestros días. Cabe destacar que, al hacer mención de las amenazas a la salud de las mujeres, sólo se habla, en un par de ocasiones, de los accidentes de trabajo. En cambio, se habla con mayor frecuencia del cáncer cervico-uterino y el cáncer mamario, y de los trastornos relacionados al embarazo y el parto. Es importante mencionar que estos trastornos, que, de acuerdo con nuestros entrevistados y entrevistadas son los que aquejan con mayor frecuencia a la población femenina, son trastornos evitables y prevenibles, lo cual nos hace suponer que tal vez no existan los adecuados mecanismos preventivos en esta población.

Aun se consideran como causantes de la violencia intrafamiliar a la falta de educación, la pobreza y las adicciones, con lo cual se invisibiliza la causa principal que es: una dinámica de abuso de poder patriarcal y el deseo de control, lo cual hace que la violencia pueda darse en cualquier ámbito socioeconómico o cultural, independientemente de que existan adicciones o no.

Es evidente que aun falta trabajar más con los hombres y crear más programas para ellos, ya que no se encuentran suficientemente involucrados todavía.

Así también se puede notar que el involucramiento de los hombres en el hogar sigue estando restringido al espacio de lo sexual y lo económico, pues es constante su ausencia en la educación y el desarrollo de los hijos e hijas. Esto se debe a que todavía persiste la creencia de que el cuidado de la salud, las emociones y la educación de los hijos e hijas es una labor que corresponde solamente a la madre. Al hombre se le toma en cuenta sólo en la elección de algún método de planificación familiar, y para asistir a pláticas en torno al tema de la vasectomía y el uso de preservativos principalmente.

Aquí es importante destacar que la participación masculina en torno al tema de la planificación familiar es unilateral y coercitiva, pues las mujeres se ven obligadas a esconderse para utilizar sus métodos de planificación familiar o a prescindir de su uso debido a creencias sexistas que limitan su libre decisión.

Tal vez el tema de la perspectiva de género, en lo abstracto, no es tan claro para todo el personal de los servicios de salud. A un nivel puramente racional se aprecia una leve comprensión de los conceptos, sin embargo, en la práctica se hace evidente la dificultad que existe al querer aplicar estas ideas a las vivencias cotidianas.

Resulta alarmante la mención de situaciones de acoso sexual hacia las mujeres prestadoras de servicios de salud. El acoso sexual en el trabajo es una de las formas de violencia de género más lacerantes, pues coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad impuesta con la cual siempre resultará desgastante lidiar.

5. RECOMENDACIONES

Recomendamos el ampliar y continuar con los estudios para estar en constante contacto con los servidores públicos, mantener los programas de género que actualmente existen pero optimizando su aplicación y brindar adecuada capacitación tanto a la comunidad como a los prestadores de servicios de salud, pues aunque se tienen nociones sobre el tema, resulta evidente la poca aplicación que estos conceptos tienen en la práctica cotidiana.

El personal médico y de enfermería que, en calidad de pasantes, inician su estancia en la comunidad, deben de ser debidamente capacitados antes de entrar en contacto con los y las pacientes, para que comprendan la importancia de entender, adoptar y aplicar la equidad de género en todo momento. Asimismo, a lo largo de su estancia en el lugar de trabajo se recomienda brindarles el apoyo que requieran para llevar a cabo sus labores de una manera más óptima.

Sería conveniente el hacer una reconsideración de la labor administrativa que debe ser llevada a cabo por el personal de salud como parte de sus actividades cotidianas, ya que estas, pueden estarle restando tiempo de atención a la comunidad.

En cuanto a los hombres usuarios y las mujeres usuarias, resulta indispensable el mover los estereotipos que hacen que las mujeres asuman toda la responsabilidad por el cuidado de la salud, mientras que los hombres se mantienen aislados o ausentes. A través de una capacitación participativa en el tema de la equidad, sería posible combatir problemas como el de la violencia intrafamiliar, las adicciones y trastornos derivados de una pobre salud sexual y reproductiva.

Resulta de suma urgencia ponerle un alto a las situaciones de acoso sexual denunciadas por las mujeres médicas y enfermeras, ya que consideramos que el respeto al derecho que tenemos las mujeres a disfrutar de una vida libre de todo tipo de violencias debe de comprenderse, asumirse y aplicarse, no solo en la comunidad y en las unidades de salud, sino en la totalidad del sistema, sin distinción de cargos o jerarquías.

ANEXO
Instrumento

El siguiente instrumento consta de cuatro áreas con preguntas tanto abiertas como cerradas, y un área de consideraciones u opinión personal.

I.- Datos generales.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____

Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Unión Libre ()
Viudo ()

Religión: Católica () Testigo de Jehová () Evangélica () Mormón ()
Bautista () Protestante () Otra () Sin religión ()

Nivel más alto de estudios alcanzado: Secundaria () Preparatoria ()
Licenciatura ()

Centro de trabajo: _____ **Turno:** _____

Cargo que desempeña: _____

Modo de contrato: Base () Contrato () Pasante ()

Ingreso mensual: \$ _____

II.- Conocimientos Generales

a) ¿Qué entiende por perspectiva o enfoque de género?

b) ¿Alguna vez ha recibido información o ha sido capacitado en torno al tema del género?

Sí () No ()

¿Dónde?

c) ¿Que tan importante considera el tomar en cuenta la perspectiva de género en el contexto de su trabajo?

Poco importante () más o menos importante () muy importante ()

¿Por qué?

d) ¿Qué tan importante considera que es el incluir la promoción del enfoque de género dentro de las actividades del Sector Salud?

Poco importante () más o menos importante () muy importante ()

¿Por qué?

e) Existen estadísticas que demuestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud que los varones. De acuerdo con su experiencia ¿cuáles considera que pueden ser las causas?

f) ¿Cuáles considera que son los riesgos de salud a los que se encuentran mas expuestos los hombres?

¿Y las mujeres?

g) ¿Cuáles considera que son los factores causantes de la violencia familiar?

III.- Atención a los y las usuarias.

a) ¿Consideras que los Servicios de Salud de Yucatán manejan sus programas desde una perspectiva de género? Sí () No ()

¿Por qué?

b) ¿Consideras que en el Sector Salud existen prácticas y/o actitudes que discriminen a las personas por cuestiones de género? Sí () No ()

¿Por qué?

c) ¿Consideras que las actividades que se realizan en el sector salud promueven el reconocimiento al derecho que tienen las mujeres a ser tratadas sin violencia y a contar con igualdad de oportunidades? Sí () No ()

¿Por qué?

d) ¿Consideras que las actividades que se realizan en el sector salud promueven la participación de los hombres en la planificación familiar, el cuidado de los hijos y la participación en el hogar? Sí () No ()

¿De que manera?

e) Para que una decisión sea libre, la persona que elige debe de estar informada; debe de contar con los recursos necesarios para llevar a cabo su decisión, y debe de decidir por si sola, sin que nadie la presione ni decida por ella.

¿Consideras que las mujeres usuarias de los servicios de salud toman decisiones libres en torno a su salud sexual y reproductiva? Sí () No ()

¿Por qué?

IV.- Entorno laboral

a) ¿Consideras que en el Sector Salud existen prácticas y/o actitudes de discriminación hacia el personal por cuestiones de género? Sí () No ()

¿Por qué?

V.- Consideraciones

Espacio libre para sugerencias u observaciones sobre algún punto que consideres importante mencionar.

BIBLIOGRAFÍA

Aisenson Kogan, Aida. (1981). *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México: Fondo de cultura económica.

Álvarez-Gayou, Juan Luis. (1986). *Sexoterapia integral*. México: Manual moderno.

Amuchástegui Herrera, Ana. (1996). “El significado de la virginidad y la iniciación sexual”. En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner (comps.). *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México.

Blommaert, Jan. (2005). *Key topics in sociolinguistics*. Reino Unido: Cambridge.

Bourdieu, Pierre. (1983). *Campo del poder y campo intelectual*. Argentina: Folios Ediciones.

Bourdieu, Pierre y Löic J.D. Wacquant. (1992). *Réponses, pour une anthropologie réflexive*. Francia: Éditions du Senil.

Bourdieu, Pierre. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Butler, Judith. (1996). “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault”. En: Lamas, Martha. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG.

Caudillo Herrera, Carlos y Ma. Antonia Cerna Trujillo. (2007). *Sexualidad y vida humana*. México: Universidad Iberoamericana.

Chandiramani, Radhika. (2001). “Derechos y ética en las intervenciones, experiencias e investigación en el campo de la sexualidad”. En: Stern, Claudio y Juan Guillermo

Figuroa. (coords.). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: Colegio de México.

Chouliaraki, Lilie y Norman Fairclough. (1999). *Discourse in late modernity. Rethinking critical discourse analysis*. Reino Unido: Edinburgh University Press.

Conway, Hill K., Bourque, Susan C. y Joan W. Scott. (1996). “El concepto de género”. En: Lamas, Martha. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG.

De Keijzer, Benno. (2003). “Los hombres ante la salud sexual reproductiva. Una relación contradictoria”. En: Bronfam, Mario y Catalina Denman. *Salud reproductiva. Temas y debates*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Denman, Catalina A. y Jesús Armando Haro. (comp.) (2000). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora.

Esteban, Mari Luz. (2003). “Estrategias corporales masculinas y transformación de género”. En: Guasch, Oscar y Olga Visuales. (eds.). *Sexualidades diversas y control social*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Fairclough, Norman. (1995). *Critical discourse analysis. The critical study of language*. USA: Longman.

Ferré, Joan Vendrell. (2003). “Del cuerpo sin atributos al sujeto sexual: Sobre la construcción social de los seres sexuales”. En: Guasch, Oscar y Olga Visuales. (eds.). *Sexualidades diversas y control social*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Ferré, Joan Vendrell. (2004). “La centralidad de la sexualidad en la era moderna”. En: Careaga, Gloria y Salvador Cruz. (coord.). *Sexualidades diversas: Aproximaciones para su análisis*. México: UNAM PUEG.

Figuroa, Juan Guillermo. (1993). “Población y reproducción. Algunas notas a partir de la población universitaria”. En: *El entorno de la regulación de la fecundidad en México*.

México: SSA, Dirección general de planificación familiar, Dirección de estudios de población y servicios.

Foucault, Michel. (1984). *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Godelier, Maurice. (1982). *La producción de grandes hombres: Poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Akal/Universitaria.

Hammersley, Martyn y Paul Atkinson. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Hernández, Reyna. (2001). “Los modelos médico y educativo en el campo de la salud reproductiva”. En: Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern. *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. México: Colegio de México.

Jiménez Guzmán, María Lucero. (2003). *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*. México: UNAM/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Jodelet, Dense. (1989). *Les representations sociales*. France: Presses Universitaires de France.

Lagarde y de los Ríos, Marcela. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madre-esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

Lamas, Martha. (1996). “La antropología feminista y la categoría de género”. En: Lamas, Martha. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG.

Lamas, Martha. (1996). “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”. En: Lamas, Martha. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG.

Lamas, Martha. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Malinowski, Bronislaw. (1974). *Sexo y represión en la sociedad primitiva*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

McCary, J.L., Álvarez-Gayou, J.L. y McCary, S. (1999). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.

Mead, Margaret. (1967). *Male and female: A study of the sexes in a changing World*. USA: Apollo Editions.

Mead, Margaret. (1978). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Editorial Laia.

Merleau-Ponty. (1957). *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica.

Minello, Nelson. (1998). "De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica". En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner. (comps.). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México.

Monsiváis, Carlos. (2004). "Crónica de aspectos, aspersiones, cambios, arquetipos y estereotipos de la masculinidad". En *Desacatos* Núm. 15-16. Pp.90-108.

Montesinos, Rafael. (2002). "La masculinidad ante una nueva era". En: Revista *El Cotidiano*. No.113, Mayo-Junio. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Moscovici, Serge. (1961). *La psychoanalyse. Son image et son public*. France: Presses Universitaires de France.

Moscovici, Serge. (1996). *Psicología de las minorías activas*. Madrid: Morata.

Ortner, Sherry B. y Harriet Whitehead. (1996). "Indagaciones acerca de los significados sexuales". Lamas, Martha. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG.

Palacio, María Cristina y Ana Judith Valencia. (2001). *La identidad masculina. Un mundo de inclusiones y exclusiones*. Colombia: Universidad de Caldas.

Pérez Cortés, Sergio. (1991). "El individuo, su cuerpo y la comunidad". En: *Alteridades*, Vol. 1, Núm. 2. Pp. 13-23.

Prieto, María Isaura. (1998). *Sexualidad infantil*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos. (2004). "De acomplejado a arrollador: Semiótica de la masculinidad". En *Desacatos* Núm. 15-16. Pp.33-51.

Ruiz Olabuenaga José Ignacio. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sanz, F. (1990). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Cairós

Szasz, Ivonne. (1998). "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México". En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner. (comps.). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México.

Vendrell, Joan. (2004). "La centralidad de la sexualidad en la era moderna". En: Careaga, Gloria y Salvador Cruz. (Coords.) *Sexualidades diversas. Aproximaciones para su análisis*. México: PUEG

Weeks, Jeffrey. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós/UNAM PUEG.

Weeks, Jeffrey. (1998). “La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?”. En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner. (comps.). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México.

Weeks, Jeffrey. (1998). “La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades”. En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner. (comps.). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México.

Incorporación de la perspectiva de género en programas del sistema de salud Yucatán es una publicación del
Programa Editorial Reflexión: Género y Sociedad
del Instituto para la Equidad de Género
del Gobierno del Estado de Yucatán.
Esta obra se imprimió en el año 2009,
en el Grupo Impresor Unicornio, S.A. de C.V.
Calle 41 # 506 x 60 y 62. Centro. Mérida, Yucatán, México.

La salud reproductiva, la violencia, la equidad y la salud materna y perinatal son temas que requieren de respuesta y atención inmediata en nuestro estado. Las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, los trastornos médicos, emocionales y sociales causados por la violencia y la mala salud reportada en madres y bebés son situaciones que aún aquejan a nuestra población. El hecho de que estas problemáticas se estén atendiendo en la Secretaría de Salud a través de un órgano encargado de aplicar el enfoque de género habla de un significativo intento por enfrentar estas situaciones, para remediarlas y prevenirlas. Incorporación de la perspectiva de género en programas del sistema de salud de Yucatán permitirá conocer la percepción que tienen los y las trabajadoras de cuatro programas del sistema de salud de Yucatán, del impacto que sus procesos de investigación tienen en la construcción y desconstrucción de representaciones en torno a la equidad de género de los usuarios y usuarias de sus servicios.



IEGY
Instituto para la Equidad
de Género en Yucatán
GOBIERNO DEL ESTADO