USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

REVISIÓN SOBRE LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

MARZO 2007

El punto de vista expresado por el autor de esta publicación, no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Reconocimientos

Ineke Dibbits	Consultora
Fernando Gonzáles S.	Coordinador de investigaciones operativas GCS
Equipo técnico nacional GCS	

© 2007 Gestión y Calidad en Salud es implementado por John Snow, Inc. (JSI), en colaboración con CARE Bolivia y POPULATION COUNCIL.

Este documento, ha sido producido gracias al apoyo proporcionado por el Gobierno de los Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del contrato N° 511•C•00•05•00064•00 John Snow Inc. / Proyecto Gestión y Calidad en Salud.

Foto Portada:

Erick Bauer

Edición & Diseño:

Sukini Design

ACRÓNIMOS

AIEPI	Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia
CAI's	Comités de análisis de información
DILOS	Dirección Local de Salud
DOTS	Directly Observed Treatment
EH	EngenderHealth
ENDSA	Encuesta Nacional de demografía y salud
FCM	Fondos de Cofinanciamiento Municipal
GCS	Gestión y Calidad en Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JSI	John Snow, Inc.
MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ONG	Organización No Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PGT	Programa Global de Tuberculosis
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de inmuno deficiencia adquirido
SNIS	Sistema Nacional de Información de Salud
TB	Tuberculosis
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VHP	Virus papiloma humano
VIH	Virus inmunodeficiencia humana

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 5

II. MÉTODO DE ABORDAJE 7
2. Enfoque de género y salud 7
2.1. Introducción 7
2.2 El sistema de salud 8
2.2.1 El poder y la toma de decisiones 8
2.2.2. El modelo androcéntrico 9
2.2.3. La distribución de recursos 10
2.2.4. El sistema de información 10
2.3. Los recursos humanos 11
2.3.1. El ámbito laboral 11
2.3.2. Roles de género en la relación proveedor/a paciente 12
2.4. Clientes y población en general 13
2.4.1. Las necesidades específicas de hombres y mujeres 13
2.4.2. El acceso a los recursos 14
2.5. Políticas Nacionales 14

III. ENFERMEDADES INFECCIOSAS 16
3.1. Tuberculosis 16
3.2. Malaria 19

3.3. Leishmaniasis 20
3.4. Chagas 22
3.5. Infecciones de Transmisión Sexual 24
3.6. Conclusiones 25

IV. SALUD INFANTIL 28
4.1. La gestación y la salud biopsicosocial de las madres 28
4.2. La preferencia por sexo del bebé y su influencia en la mortalidad neonatal 30
4.3. La nutrición del/la niño/a 30
4.4. El acceso a servicios de salud 31
4.5. Violencia doméstica y maltrato infantil 31
4.6. Roles de género y los cuidados de la salud en el hogar 32
4.6.1. Las madres 32
4.6.2. Los padres 34
4.7. Roles de género y comunicación interpersonal 36
4.8. Conclusiones 36

V. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN 38
5.1. Gerencia 38
5.2. Programa Salud Infantil 39
5.3. Programa Enfermedades Infecciosas 40
5.4. Sistema de monitoreo y evaluación del Proyecto 41
5.5. Calidad de atención 42
5.6. Programas de capacitación 42
5.7. Fondos de Cofinanciamiento Municipal 43
VI. BIBLIOGRAFÍA: 44

1. INTRODUCCIÓN

El Proyecto Gestión y Calidad en Salud forma parte de la Estrategia de Salud de USAID y es implementado por John Snow, Inc. (JSI) en conjunto con sus subcontratistas Population Council y CARE•Bolivia.

El Proyecto GCS se inició en el mes de mayo de 2005 y se extenderá hasta diciembre de 2009. El enfoque geográfico del Proyecto, concentra las acciones en 48 municipios de los departamentos de Santa Cruz, Beni, Tarija y Chuquisaca, (además de Chapare en Cochabamba y Yungas en La Paz).

Desde el punto de vista programático, el Proyecto tiene el propósito de mejorar los servicios clínicos relativos a salud infantil y enfermedades infecciosas, mejorando la calidad de atención, el uso de datos y las habilidades gerenciales de los proveedores de salud.

Uno de los principios que guía al Proyecto es la inclusión de grupos de personas desprotegidas o excluidas. Por esta razón, se pone énfasis en el trabajo con pueblos indígenas, la promoción del ejercicio de los derechos humanos y el enfoque de género. Este último para disminuir o eliminar las desigualdades de género que afectan negativamente, principalmente a las mujeres incidiendo muchas veces en su estado de salud y bienestar.

Considerando la dificultad que implica definir estrategias operativas para que las actividades del Proyecto incorporen efectivamente el enfoque de género, se solicitó a una consultora experta en temas de género, revisar experiencias de otros actores y proponer estrategias concretas para que los componentes y resultados del Proyecto incorporen este principio.

Los componentes y resultados del Proyecto son:

Componente 1: Capacidad gerencial y sistemas de información

- Fortalecer las capacidades gerenciales de los servicios de salud para mejorar la prestación de servicios.

- Mejorar la capacidad de los proveedores de salud para el uso de la información y la toma de decisiones basada en información.

Componente 2: Calidad y cobertura de servicios clínicos de salud *(salud infantil, enfermedades infecciosas y logística de medicamentos)*

- Asegurar que los servicios de salud tengan los recursos necesarios, instrumentos y competencias para ofrecer servicios de salud infantil y enfermedades infecciosas endémicas.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud de acuerdo a las normas nacionales, protocolos de prestación de servicios y satisfacción de usuarios.

Componente 3: Fondos de Cofinanciamiento Municipal

- Cofinanciar proyectos municipales de salud para implementar planes locales de salud.
- Fortalecer las capacidades de gestión y administración de los municipios.

II. MÉTODO DE ABORDAJE

El presente trabajo fue realizado en tres fases. La primera, consistió en una ronda de entrevistas con los/as responsables de los principales programas del Proyecto, recogiendo ideas y/o propuestas para la aplicación del enfoque de género en sus programas. En la segunda fase, se hizo una revisión bibliográfica exhaustiva en base a documentos disponibles en Internet, ya que a nivel nacional, la atención infantil y la de enfermedades infecciosas, no han sido abordadas para la aplicación del enfoque de género. A lo mucho, se ha tocado en relación a la atención de la salud sexual y reproductiva y la violencia intrafamiliar.

A continuación, se elaboró el marco teórico acerca de la temática de la salud y el enfoque de género. Posteriormente, en base a la documentación revisada, se describieron los hallazgos más destacados respecto al análisis de género, referentes a la salud infantil y a la problemática de las enfermedades infecciosas. Asimismo, se elaboró, una propuesta de implementación del enfoque de género en estos dos programas y propuestas para los programas de Gerencia, Capacitación, Calidad de Atención, Monitoreo y Seguimiento y de Fondos de Cofinanciamiento Municipal.

En la tercera fase, se socializó este documento entre todos/as los/as responsables de programas y se analizaron las propuestas con cada uno/a de ellos/as. Se consideró la relevancia de cada uno de los componentes, se sugirieron cambios e inclusive, se añadieron otros aspectos a implementar. De este modo, la propuesta de cada área, que se encuentra al final del documento, fue enriquecida por las personas que están a cargo de la implementación.

2. Enfoque de género y salud

2.1. Introducción

El enfoque de género ayuda a entender las causas y el impacto -tanto en la sociedad como en la vida de cada persona- de las características socialmente construidas que se atribuyen a hombres y mujeres mientras que el sexo, tiene que ver únicamente con

las diferencias biológicas, relativamente invariables. Dicho enfoque define acciones y cambia actitudes que promueven la equidad y el respeto entre hombres y mujeres. Su aplicación en el ámbito de la salud es fundamental de acuerdo a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), "sin equidad social y de género no puede haber salud".

Cuando hacemos referencia a las relaciones de género, nos referimos a cómo las sociedades y culturas en un momento dado, estructuran la interacción entre las categorías sociales de "hombre" y "mujer" en términos de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios. Debemos subrayar que las relaciones existentes no solamente afectan a las mujeres, sino que también pueden limitar a los hombres en el desarrollo de diferentes capacidades, por ejemplo: en la capacidad de cuidar a los demás, en el desarrollo afectivo y emocional.

En términos de oportunidades, las mujeres llevan la peor parte ya que a lo largo de la historia las diferencias de género se interpretan en términos de desigualdad al atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas al hombre. Tanto hombres como mujeres, se perjudican en su desarrollo pleno por las limitaciones que se les imponen y que se autoimponen, por cumplir con su rol de género. En el caso de las mujeres, conduce además a una vida con discriminaciones y sometimientos que se resume en una injusticia social y por tanto, en una peor salud.

La inequidad de género, reside en la limitada autoridad y poder de las mujeres sobre los recursos y decisiones que afectan su cuerpo y su vida. Sin embargo, no hay que perder de vista que las mismas mujeres al socializarse en roles y normas, reproducen y transmiten "su obligatoriedad" a otras mujeres, como también a los hombres de su entorno.
El enfoque de género, se aplica de manera transversal ya que el género está presente en todo tipo de relaciones, circunstancias y fenómenos. Si abordamos los aspectos de equidad de género al ámbito de la salud, es imprescindible que lo apliquemos al sistema, a los recursos humanos, como también a la relación de los/as clientes de los servicios y a la población en general, en sus necesidades de atención en salud, considerando que especialmente en nuestro país, debemos ser cautelosos/as y evitar ideas estereotipadas respecto a las atribuciones de género, ya que estas, varían según regiones, nivel socioeconómico, grupos étnicos, nivel educativo, etc. Como ejemplo, si bien la cultura occidental ha asignado a las mujeres un rol pasivo y se las considera vulnerables, emocionales, maternales, etc. Entre la población indígena no encontramos de manera inequívoca estos mismos valores. Por consiguiente, los roles de los hombres tampoco son uniformes.

2.2 El sistema de salud

A nivel de la dirección del sistema de salud público se distinguen diferentes escenarios en los cuales el análisis en base al enfoque de género se hace imperioso, como ser:

- El poder y la toma de decisiones
- El modelo androcéntrico
- La distribución de recursos
- El sistema de información

2.2.1 El poder y la toma de decisiones

El enfoque de género, aplicado al análisis de la estructura gerencial de los sistemas oficiales de salud, es el que menos atención suele tener. Aunque paulatinamente las mujeres han logrado mayor acceso a la educación y se están desempeñando como profesionales, aún no tienen una cuota equitativa de representación en los distintos niveles de decisión ni en los cargos gerenciales. Por añadido, se encuentran concentradas en los tramos de más baja remuneración. En relación al sector salud, con el agravante de

que la mayoría de las políticas están dirigidas más bien, a mujeres y niños/as y que ellas representan el sector social más significativo de participación en salud, se las considera responsables de la salud familiar e intermediarias entre el sistema doméstico y público.

Sin embargo, son casi exclusivamente los/as médicos/as (en su mayoría hombres) que deciden sobre las políticas. La educación médica se concentra en la enseñanza técnica, cuyo valor máximo se deriva de las habilidades clínicas y diagnósticas, en desmedro de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las otras disciplinas de la salud -que dicho de paso, reúnen más bien a una mayoría de mujeres-, como son la enfermería, la nutrición, la psicología, el trabajo social, no tienen reconocimiento a su importancia o al menos a su rol complementario. Ni qué decir de otras disciplinas, como la comunicación social, la medicina social o la antropología médica. Un modelo de atención de la salud que promueve la equidad de género, requiere de un enfoque inter y multidisciplinario, que reúna diversas perspectivas, tanto biomédicas como psico-socio-culturales. Transversalizar la perspectiva de género, significa renovar a profundidad las políticas de recursos humanos y poner un alto a las formas de reproducción de la inequidad en el sector.

2.2.2. El modelo androcéntrico

El sistema de salud es el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios destinados específicamente al desarrollo y a la práctica de la atención de la salud individual y colectiva. El sistema comprende también un todo de conocimientos ordenados según principios, como decíamos, generalmente derivados de la disciplina médica y por tanto, del modelo androcéntrico[1] . La ciencia médica como todas las ciencias, al haber sido un espacio cercano al poder, ha sido construido mayoritariamente por hombres y utilizado de muchas maneras como justificativo para el sexismo. Como es bien sabido, los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción, como muestra la misma definición de la enfermedad de la histeria. Investigaciones sobre los sistemas de conocimiento del cuerpo revelan que el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico y que los sistemas de éste tienden a reproducir desigualdades y jerarquías en la sociedad mediante el "naturalizar" y "normalizar" las desigualdades a través de conceptos e imágenes del cuerpo (Larme: 1995). Mediante este mecanismo se clasifican ciertas interpretaciones culturales como si fueran hechos biológicos o del orden de la naturaleza, de manera que la desigualdad de género se "explica" por las diferencias biológicas entre los sexos. Una consecuencia de aquello es lo arriba descrito, la marginalización de las mujeres de las esferas de lo público, también al interior del sistema de salud, al considerarlas - tal vez de modo subyacente- las responsables "naturales" del rol reproductivo, por extensión de su papel biológico en la reproducción humana. La misma lógica, entre otras, ha conllevado -a pesar del consenso respecto a su anacronismo- la persistencia de las políticas de salud en base al binomio madre-niño, invisibilizando las necesidades de salud distintas a la reproducción, de las mujeres.

1. Enfoque unilateral que toma al hombre (varón) como medida de todas las cosas. El androcentrismo remite al sexismo, ya que coloca al hombre (andros) en el centro; hace referencia a las formas de saber distorsionadas que se imponen desde la cultura dominante, en este caso la masculina. Además, no sólo se distorsiona la realidad sino que también se hace una reducción de ésta ya que se imponen ideas universalistas a partir de ideas o hechos particulares, teniendo sólo en cuenta el punto de vista masculino.

2.2.3. La distribución de recursos

Puesto en tercer lugar, el análisis desde la perspectiva de género de la distribución de recursos, debería ser una de las prioridades. Aquí no cabe extendernos mucho sobre este punto, pero como ejemplo, podemos referirnos a un aspecto de nuestro contexto: el SUMI. Este seguro, es visto como un beneficio importante para las mujeres y un instrumento para promover la equidad de género. Sin embargo, al beneficiar únicamente a la salud perinatal (hasta 6 meses después del parto) de las mujeres, refuerza la imagen de "mujer madre" y pasa por alto muchas necesidades de atención de las mujeres. Asimismo, si consideramos que el enfoque de género aborda la relación entre hombres y mujeres y las estructuras de dominación patriarcal, se deberían destinar recursos para la deconstrucción de éstas, involucrando a los/as múltiples actores/as e instancias.

Otro aspecto relacionado con los presupuestos y la inequidad de género -aunque en nuestro medio no reviste tanta importancia-, es la asignación diferencial de recursos para la investigación biomédica, que tradicionalmente se ha concentrado en problemas que afectan mayormente a los hombres. Las mujeres, han sido sistemáticamente excluidas de las pruebas clínicas, por considerarse que el ciclo menstrual introduce elementos que potencialmente podrían confundir el análisis de la información. .

Una consecuencia de esta exclusión ha sido que los hallazgos sobre efectividad e inocuidad de ciertas intervenciones no pueden extenderse con certeza a las mujeres. La presión organizada de las mujeres ha creado conciencia pública sobre este fenómeno y ha logrado que en los países "del norte" se aumenten los recursos estatales asignados a la investigación de enfermedades que afectan particularmente a las mujeres, tales como: el cáncer de mama, la osteoporosis, endometriosis y otros padecimientos vinculados a la menopausia. En Estados Unidos un mandato legal dispone que en las investigaciones financiadas por el Estado particularmente en los ensayos clínicos, se incluya una participación femenina apropiada con el fin de asegurar la aplicabilidad de los resultados de dichas pruebas a la otra mitad de la población (Gómez Gómez: 1994).

2.2.4. El sistema de información

Para medir o entender el efecto del género en el análisis de datos poblacionales uno de los primeros pasos es desagregar la muestra según el sexo. "El análisis separado por sexos evidencia circunstancias e interrelaciones entre variables únicas para mujeres y únicas para hombres" (Rohlfs: 2003). Coincidimos con Rohlfs, cuando sostiene que en la presentación de datos biomédicos, la diferenciación entre sexo y género es a veces confusa:

> "La palabra género se emplea de forma indiscriminada, tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo "políticamente correcto" de la palabra sexo (Urdir, 1994). Un error frecuente en la bibliografía es la utilización del término género en artículos o estudios en los que no se han tenido en cuenta los conceptos de género en los parámetros de análisis o a justificar su uso sólo por el hecho de que la población de estudio esté desagregada según el sexo. Así frecuentemente, se encuentran tablas y figuras de datos cuantitativos crudos desagregados según sexo que incluyen el género en su título, por ejemplo: "Mortalidad por cáncer según género",

2. Entendemos por institucionalidad: el proceso por el que las acciones que los individuos realizan frecuente•mente, acaban convirtiéndose en pautas establecidas por la acción conjunta de todos los integrantes de un grupo social.

que dentro del marco teórico que proponemos sería un error. En este ejemplo para utilizar el término género de manera correcta se tendrían que haber interpretado los datos de mortalidad en la búsqueda de los determinantes sociales y biológicos de la enfermedad (en el ejemplo cáncer) que fueran diferentes y desiguales para mujeres y hombres. Sólo así, se podrían explicar los resultados según el género" (Ibid.).

Para finalizar este acápite sobre el enfoque de género y el análisis del sistema, es pertinente referirnos a García, cuando afirma que "en la mayoría de los casos es necesario crear nueva institucionalidad[2], capaz de dar sostenibilidad al propósito de las políticas de igualdad que deberían formar parte de las agendas públicas de salud, sustituir progresivamente la orientación androcéntrica del marco institucional y transformar el papel de las mujeres en dichas políticas, a fin de producir una progresiva desintitucionalización de los privilegios masculinos, abiertos u ocultos, en las iniciativas de atención a la salud" (2005).

2.3. Los recursos humanos

En cuanto a los aspectos relacionados con el enfoque de género y los recursos humanos que trabajan en el ámbito de la salud, se han realizado estudios en relación a diversos escenarios, como ser:

- El ámbito laboral
- La relación proveedor/a - cliente

2.3.1. El ámbito laboral

La visión tradicional de los roles de género en el ámbito laboral se mantiene vigente entre los recursos humanos que brindan atención directa a la población. En primer lugar, por las políticas ya mencionadas ligadas a la biomedicina que reproducen el imaginario de los roles "naturales" de hombres y mujeres. En segundo lugar, porque la capacitación en el enfoque de género no ha sido suficiente o no ha tenido un seguimiento en la práctica cotidiana. En tercer lugar, porque la cultura institucional se extiende a estos niveles mediante el esquema del poder médico masculino, por lo que las mujeres, en su mayoría, trabajan bajo el rótulo de "personal paramédico"[3] . Por tanto, su capacidad y experiencia es poco valorada y de escasa calificación. Las posibilidades de actualización, capacitación y por añadido de ascenso son escasas o nulas.

A esto, se suman las diferencias en oportunidades para disfrutar de tiempo libre para la recreación o el descanso. El personal femenino se confronta también con el fenómeno de la doble jornada; es decir que igualmente al interior de la familia las mujeres suelen asumir la principal responsabilidad en el cuidado y la atención de las necesidades básicas. La división del trabajo por sexo en el hogar, es similar o idéntica al ámbito laboral.

De este modo, seguir viendo la salud laboral como la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se producen como consecuencia de la exposición a agentes químicos, físicos o biológicos es una visión obsoleta. Es necesario, redefinir la salud laboral en dos sentidos. Por una parte es importante tener en cuenta los factores emocionales y sociales valorando la variable de género, no sólo en relación al factor biológico relacionado con la capacidad reproductora de las mujeres y a sus diferencias corporales, sino, respecto a la socialización de roles a desempeñar y de exigencias añadidas al puesto de trabajo, por el hecho de ser mujer. Caso contrario, lo más probable será que se reproduzcan

3. En el documento "Política y Estrategias de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud", del año 2000, elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social, se menciona que el Ministerio de Salud cuenta (por entonces) con un total de 13.850 funcionarios/as, de los/as cuales el 27 % son enfermeros/as auxiliares, 26 % personal administrativo y de servicios, 18 % médicos/as, 14 % personal técnico, 9 % enfermeros/as y un 6 % son otros/as profesionales.

las formas nocivas de ejercicio de poder en relación a la población a la que se atiende.

2.3.2. Roles de género en la relación proveedor/a paciente

Por lo mencionado, es obvio que el manejo de roles de género interfiere en las consultas, en el modo de realizar la anamnesis, los diagnósticos, en los tipos de tratamientos que se prescriben, etc. -No podemos extendernos aquí sobre la vasta bibliografía que existe al respecto-, pero al abordar los programas de salud del Proyecto, daremos ejemplos de aquello.

A continuación, nos referiremos brevemente a algunos datos en base a estudios que abordaron desde un enfoque de género, comunicacional/relación interpersonal, extraídos de un texto de Patricia Pittman (1995).

En cuanto a estos estudios, es de destacar que también en los países, llamados industrializados, con una población mayoritariamente homogénea y un nivel educativo "elevado", el análisis desde la perspectiva de género tenga resultados tan sorprendentes y además, coincidentes. Como ejemplo de las diferencias en el intercambio de información y en la relación interpersonal, se cita un estudio en base al análisis del encuentro proveedor/cliente hombre, versus cliente mujer, realizado en los Estados Unidos, por Wallen, Waitzkin y Stoechle. Se grabaron 336 encuentros médicos y encontraron que, pese a que las mujeres clientes hicieron más preguntas durante las consultas que los hombres, los médicos contestaron con un grado de tecnicismo inferior a las mujeres que a los hombres. La investigación concluye que estereotipos de género pueden estar operando, y que en consecuencia, es también más probable que los proveedores atribuyan una enfermedad a factores psicológicos si la cliente es mujer. También resaltan que el hecho de no transmitir información al/la cliente es un recurso de poder que refuerza una relación de dependencia.

Broom Darroch, de Australia, en una investigación parecida, también encontró que:

1) es menos probable que un médico hombre conteste preguntas.
2) que de información técnica referida a una condición o un tratamiento y
3) que ofrezca tratamientos alternativos a una mujer cliente, en la misma proporción que a un hombre.

Asimismo, en este estudio la investigadora describe a las mujeres como "típicamente más activas e inquisitivas en sus consultas, que hombres con problemas de salud similares".
Luego se señala que en numerosos estudios, se encontró que las mujeres proveedoras:

1) pasan más tiempo con sus pacientes,
2) permiten que hablen más y
3) tienen un estilo comunicacional más abierto y menos autoritario que sus colegas hombres.

Asimismo, se cita una investigación de West, que analizó, lo que ella denominó "el ejercicio de dominación". Encontró que no sólo los médicos hombres interrumpían a los pacientes dos veces más que sus colegas mujeres sino, que además, los pacientes interrumpían a las médicas dos veces más que a los médicos.

Roter, Lipkin y Korsgaard grabaron 537 consultas con 127 médicos y encontraron que médicos mujeres pasaron más tiempo con sus pacien-

tes, hablaron más y positivamente, de manera horizontal hicieron más preguntas y dieron más información que sus colegas hombres. Asimismo, los pacientes hablaron más cuando estaban con médicas mujeres.

En un estudio posterior, West exploró las diferencias en las formas de dirigirse a pacientes. Los hombres ordenaban a los/as pacientes a desvestirse, sentarse, tomar medicamentos, etc., mientras que las medicas mujeres los/as invitaban a hacerlo. También, estableció que el cumplimiento de esas directrices era más probable con el lenguaje femenino[4].

Aunque lógicamente estos estudios nos hablan en términos estadísticos y no podemos generalizar sobre estas dinámicas de interacción entre hombres y mujeres proveedores y clientes hombres y mujeres, los ejemplos son ilustrativos y nos advierten sobre la necesidad de abordar la temática en nuestro medio.

2.4. Clientes y población en general

A grandes rasgos, describiremos algunas dimensiones que se han estudiado, relacionadas con los procesos de salud, enfermedad y atención, de la población:

- *Las necesidades específicas de hombres y mujeres*
- *El acceso a los recursos*

2.4.1. Las necesidades específicas de hombres y mujeres

Tanto la enfermedad como los patrones de riesgo de salud por género, han sido ampliamente estudiados en su mayoría en conexión con la posición socioeconómica[5].

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres[6]. Sin embargo, los datos disponibles indican que ellas lejos de disfrutar de una mejor salud, tienden a presentar una mayor morbilidad que ellos que se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos a lo largo de la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más elevados de discapacidad. De modo que "la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual.

> *Diferente porque existen factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque existen otros factores que en parte se explican por el género y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlfs)".*

No todas las diferencias en materia de salud entre los sexos implican falta de equidad, sino, se aplica a aquellas diferencias sistemáticas en la probabilidad

4. Ver también: Delgado Sánchez, Távora Rivero, Ortiz Gómez. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad . En: Estudios de sociolingüística: Linguas, sociedades e culturas, ISSN 1576•7418, Vol. 4, N° 2, 2003, Pgs. 589•612. Pág. Web: http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1132296

5. El nivel socioeconómico, es uno de los más importantes determinantes del estado de salud, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios. Prácticamente, en todos los continentes, debido a las estructuras de poder y oportunidades son sobre todo las mujeres, las más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social. De modo que es fundamental analizar cómo el género se correlaciona con las circunstancias socioeconómicas individuales y familiares.

6. Se ha visto, sin embargo, que allí donde existen factores de orden social que actúan en detrimento de la mujer, la ventaja de la supervivencia femenina se estrecha, e incluso llega a invertirse en algunos grupos de edad. Este fenómeno ha sido observado fundamentalmente en las edades reproductivas, vinculado a la mortalidad por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; se ha detectado también en el grupo de uno a cuatro años de edad (Gómez Gómez: 1994).

de gozar de salud o de enfermar y morir, que son innecesarias o evitables.

La concentración del interés científico en la mortalidad materna, tiende a reforzar la creencia de que los procesos biológicos vinculados a la procreación representan el riesgo más significativo para la salud de las mujeres de los países en desarrollo distrayendo la atención de otras amenazas importantes. Así, por ejemplo, la prevalencia de depresión en mujeres es dos o tres veces más alta que entre hombres, entre otros, por la socialización recibida en cuanto a "sus deberes" y a oportunidades diferenciales por género. También afecta a la salud de las mujeres la sobrecarga de trabajo, el no poder recrearse, descansar, reponerse, la discriminación en las oportunidades de desarrollo personal, la violencia en la relación de pareja; las diversas formas de violencia sexual (desde la infancia) la hacen cada vez más vulnerable ante el contagio del VIH-SIDA, etc.

Los roles de género, también afectan a la salud de los hombres por ejemplo, condicionan su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico. La falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, así como las deficiencias del propio sistema de salud, significan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos, encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (adicciones, manejo imprudente de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo, entre otras).

Por añadido, se advierten también diferencias en las responsabilidades y actitudes apropiadas respecto a la salud personal y a la de otras personas. En relación a las mujeres, han sido ampliamente investigadas develándose el contraste entre sus intervenciones en los espacios domésticos, donde son proveedoras de salud y lo que ocurre en los espacios públicos institucionales.

2.4.2. El acceso a los recursos

Otra problemática que se relaciona con la inequidad de género en relación a la población en general, es la menor accesibilidad de las mujeres a recursos apropiados para la atención de la salud desde la temprana edad. Las consideraciones de equidad en la distribución de recursos relacionados a la salud, se refieren tanto a los recursos privados, al nivel intrafamiliar, como a los recursos públicos (por ej., seguridad social). Es evidente que las mujeres se encuentran en una posición generalizada de desventaja en cuanto a probabilidades de acceder en términos equivalentes a los bienes y servicios que garantizan el ejercicio de los derechos a la salud. Pero las construcciones de género también pueden constituir factores de riesgo para los hombres, pues ellos, al responder a las expectativas de la sociedad relativas a los comportamientos masculinos, esperan con frecuencia demasiado tiempo, antes de buscar ayuda oportuna. Inclusive, los/as proveedores/as de servicios tienden a pensar que los hombres están menos enfermos que las mujeres.

En cuanto a las desventajas para las mujeres, el trato (comunicación interpersonal) diferenciado hacia hombres y mujeres -ya lo mencionamos- de parte de los/as proveedores/as de servicios, dificulta también el acceso, no solamente en razón de sexo, sino también en razón de clase social, etnia o edad.

2.5. Políticas Nacionales

Más o menos hace una década, el enfoque de género figura como un eje transversal de las políticas de salud. Todavía no se cuenta con un Plan de Salud (oficial) por parte del nuevo gobierno, citamos algunas alusiones al enfoque de género del Plan del anterior gobierno que mencionaba como principio de política de salud la:

" Equidad de género y generacional, porque bolivianas y bolivianos de todas las edades, tienen derecho a una atención de calidad".

En el acápite de la "gestión de la calidad en la entrega de servicios de salud", hay una referencia a la necesidad de implementar políticas de salud que incluyan la meta de la equidad de género:

" Las acciones, servicios y productos que se generan desde el sector salud se desarrollarán con criterios de equidad de género, generacional e intercultural, calidad y sostenibilidad a fin de hacerlos accesibles a la población en general y en especial a los grupos más vulnerables y excluidos hasta ayer".

Por otra parte, el reglamento de prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil establece en el artículo 8 que:

" (…) las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuen a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género".

Asimismo, el Decreto Supremo del Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud, refleja la preocupación por eliminar la discriminación de género:

" Las redes sociales tienen la responsabilidad de ejercer el control social comunitario para que las prestaciones de todos los programas de salud y del SUMI tengan calidad humana, denunciando ante el DILOS al proveedor de salud en caso de maltrato, falta de respeto a la autodeterminación y discriminación en razón de género, cultura y clase".

A pesar de estos enunciados, no contamos con una política de implementación del enfoque de género de modo transversal, que abarque a todos los programas. Al contrario, contamos con un programa específico que se denomina "Programa Nacional de Género y Violencia" este programa, cuenta con un "Plan de Violencia Sexual, 2004-2008" que es necesario para reducir la violencia sexual y proteger a las mujeres de uno de los abusos más dolorosos -pues, en su gran mayoría son ellas las afectadas por este tipo de violencia-, tiene limitaciones muy serias en cuanto al abordaje integral de la equidad de género en salud, dejando de lado las múltiples injusticias en la atención de la salud de las mujeres, como también los riesgos específicos por roles de género masculinos.

Sin embargo, no podemos dejar de mencionar un avance importante en cuanto al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) que hace unos años hizo posible el registro de consultas externas de clientes de todas las edades, desagregado por sexo. Así también, los controles de nutrición y desarrollo infantil. Pese a ello no conocemos ningún documento que refleje resultados de estos registros y menos aún un análisis desde la perspectiva de género.

En relación a las enfermedades infecciosas, no contamos con registros desagregados por sexo.

III. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

3.1. Tuberculosis

El enfoque de género en relación a la Tuberculosis (TB) ha sido un tema debatido durante años, por los datos epidemiológicos constan más hombres que mujeres con esta enfermedad. No obstante, se han efectuado pocos estudios para establecer si esto es debido a las desigualdades de género. De acuerdo a las notificaciones de la OMS, en 2001 hubo 1,7 hombres con TB bacilífera, por cada mujer. Lo cual significa que existen aproximadamente 70% más de pacientes masculinos.

En 1997 se solicitó al Programa Global de Tuberculosis de la OMS (GFP), establecer las diferencias relativas al género que puedan intervenir en la incidencia de la tuberculosis. Como resultado de la solicitud, la OMS co-patrocinó un Taller Internacional sobre Género y TB, realizado en Suecia en mayo de 1998. Los objetivos del taller consistieron en revisar el conocimiento actual del enfoque de género y TB, e identificar las brechas en el conocimiento y las necesidades de investigación.

Revisando la bibliografía existente, resalta que en la mayoría de los contextos geográficos la incidencia de Tuberculosis en mujeres es mayor hasta los 15 años. A partir de esa edad, se invierte la situación y es el sexo masculino quien tiene los índices más altos.

En cuanto a los factores biológicos que intervienen en estas diferencias, se presume que de alguna forma las mujeres podrían estar protegidas por las hormonas sexuales, pero aún hay escasa investigación al respecto.

Sin embargo, se relaciona mayor incidencia en los hombres a partir de esta edad con el hecho de que los hombres jóvenes, como también los adultos, en muchos lugares del mundo están fuera de casa más que las mujeres; por lo que tienen más riesgo de contraer la enfermedad mediante el contacto social (Barnhoon y Adriaanse, en Allotey y Gyapong: 2005).

Pese a su menor incidencia, la Tuberculosis es una causa importante de defunción entre mujeres en

edad de procrear. Se estima que ocasiona más muertes en ese grupo que todas las causas de defunción materna (OMS: 2001). La OPS, en un documento de 1998, da cuenta que mientras la guerra es responsable del 4% del total mundial de muertes en mujeres de 15 a 44 años de edad; el VIH lo es del 3%, la enfermedad cardiaca de otro 3% y la TB es responsable del 9% de esas muertes. Pues, una vez contraída la infección, las mujeres en edad reproductiva son más susceptibles que los hombres de enfermar gravemente y morir.

Las mujeres están en mayor riesgo que los hombres de infectarse con el VIH; en algunas partes de África los índices de Tuberculosis están sobrepasando a los de los hombres y más allá de los 15 años, por la mayor probabilidad de contraer la Tuberculosis al tener el VIH/Sida[7].

El desarrollo de la enfermedad activa es también más propenso durante el embarazo. La mortalidad materna por Tuberculosis activa no tratada oscila entre el 30 al 40%, y ésta se acrecienta por retraso en la iniciación del tratamiento. Asimismo, se constata un mayor riesgo de abortos, eclampsia y otras complicaciones. La demora en general obedece a que la mayoría de sus síntomas son totalmente inespecíficos (astenia, anorexia, pérdida de peso, etc.) malestares que muchas veces son atribuidos a propios del embarazo. Por ejemplo, la tos puede no estar presente, sobre todo cuando se trata de presentaciones extrapulmonares .

Otra consecuencia de la Tuberculosis para las mujeres, puede ser la infertilidad, ya que se presume que una sobre ocho mujeres contrae la Tuberculosis genital. Esto puede afectar a los ovarios y a las trompas de Falopio, causando esterilidad.

Otra consecuencia de la Tuberculosis para las mujeres, puede ser la infertilidad, ya que se presume que una sobre ocho mujeres contrae la Tuberculosis genital. Esto puede afectar a los ovarios y a las trompas de Falopio, causando esterilidad.

En cuanto a los factores de género que intervienen en el proceso de atención, entre los pocos estudios realizados se menciona que se omite más en mujeres las rutinas de detección de la enfermedad, cuando su sintomatología lo recomendaría[9] .Así también, se concluye en un estudio realizado en Veracruz, México: "Las evidencias apuntan a que la actitud de los/as prestadores/as de los servicios de salud es un problema, ya que no interrogan en forma adecuada a sus pacientes al momento de la consulta médica, demorando el diagnóstico e inicio del tratamiento, problema que se acentúa en las mujeres, tal como se ha demostrado en otros estudios (Hudelson y Holmes et al., en Montero, et al.: 2001)". Hartigan, coincide en este aspecto cuando opina que "la influencia de género en la vigilancia y el monitoreo de las enfermedades transmisibles queda demostrada por el hallazgo constante de que la búsqueda activa de casos permite identificar más mujeres que la búsqueda pasiva (2001)".

7. Sin embargo, Czeizel y Rockenbauer describen un estudio que se realizó entre más de 1.000 pacientes brasileños con tuberculosis y se comprobó que un 47% de los mismos tenía una infección por VIH simultáneamente. Los hombres con tuberculosis tenían el doble de posibilidades que las mujeres de tener una infección VIH. Fuente: International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, junio, 2001: 564•568. Pág. Web: www.el•mundo.es/elmundosalud/ 2004/07/30/ hepatitissida/ 1091189044.html
8. OMS, 2001 y Pág. Web: http://www.aamr.org.ar/secciones/neumoclinica/Tuberculosisyembarazo%5B1%5D.doc.
9. "Fewer women presenting with chest symptoms were referred for sputum examination by doctors. It took the doctors longer to diagnose women with tuberculosis than men, perhaps because they did not present with what is considered 'typical' symptoms: prolonged cough with Expectoration". (WHO/CDS/TB/2000.280). Ver también: Gender perspective in health: does it matter in tuberculosis control? Meaza Demissie y Bernt Lindtjorn. Ethiopian Journal of Health Development. Vol. 17, N° 3, 2003. Pág. Web: http://www.cih.uib.no/journals/EJHD/ejhdv17•no3/94%20Meaza%20Demissie.pdf

Por otro lado, en diversos artículos se recomienda investigar más a fondo si las mujeres son más reacias a realizarse las pruebas. Otra dificultad en cuanto al diagnóstico, confirmado mediante varios estudios, es el hecho de que en las mujeres los resultados no suelen ser tan confiables que en los hombres (WHO: 1999)[10].

En cuanto a las actitudes de hombres y mujeres respecto a la búsqueda de atención, se suele observar que las mujeres tienden a retardarla, por no descuidar sus labores domésticas o por el acceso limitado a la información y a la educación formal, que conllevaría menor capacidad que los varones de reconocer en forma temprana los síntomas de la infección. Sin embargo, Montero M. et al. refiere que las mujeres que participaron en su estudio más bien acudieron a un agente de salud (curandero o médico/a) en forma más temprana que los hombres. Los/as autores/as interpretan al respecto que las mujeres de este contexto sociocultural tienen más contacto con la medicina moderna, pues son ellas, las que acuden con mayor frecuencia a la consulta médica tal como lo demuestran las estadísticas reportadas. Además, ellas son las encargadas de llevar a sus hijos/as a un servicio de salud a vacunar, por control o por enfermedad.

A la inversa, los resultados de este estudio mostraron desventajas para las mujeres en relación al tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el diagnóstico correcto. En este aspecto, también se coincidió con otros estudios ya que el tiempo que transcurrió entre la primera consulta médica y el inicio del tratamiento fue de 1 a 10 meses en las mujeres y de 1 a 7 meses en los varones. Asimismo, las mujeres triplicaron a los hombres en haber tenido un diagnóstico recién después de cinco meses de iniciada la búsqueda de atención. Los/as investigadores/as opinan al respecto que "El retardo en el diagnóstico conlleva el riesgo no solamente, de retrasar el inicio del tratamiento -y con ello una menor probabilidad de curación- sino también, el de que el enfermo contagie a otras personas que estén en contacto directo y frecuente con él especialmente, otros miembros del grupo doméstico. Tomando en consideración el papel de cuidadoras de enfermos/as asignado a las mujeres, el riesgo es mucho mayor para ellas que para el resto del grupo doméstico" (Ibid.).

Igualmente, en el documento de la OMS, citado anteriormente, se señala como resultado de los estudios más recientes, que los hombres tardan más en acudir a un servicio público que las mujeres, pero que en relación a ellas se suele tardar más en hacer el diagnóstico. Sin embargo, en este caso se refiere el hecho de que las mujeres acuden más que los hombres a la consulta privada o buscan a personal paramédico. En otras palabras, con mayor frecuencia no acuden a hospitales donde se realiza el tratamiento, por las distancias y su limitada movilidad física. Asimismo, se mencionan las causas antes señaladas, que el personal de salud tarda más en hacerles las pruebas en parte, como ya señalamos, porque la sintomatología en las mujeres no siempre es la más común.

También, las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad suelen variar. Se hace referencia a un estudio en que las mujeres han aludido a los problemas que se suscitan a causa de la enfermedad, mencionando el no poder cuidar de la misma manera a sus hijos/as y realizar las tareas domésticas.

10. Muchos de estos datos y de los que se expondrán a continuación, fueron extraídos del documento: Gender and Tuberculosis Control: Towards a Strategy for Research and Action". Draft strategy paper prepared for Communicable Disease Prevention, Control and Eradication, World Health Organization, Geneva, Switzerland, December 1999. (WHO/CDS/TB/2000.280). Autores/as: Mukund Uplekar; Sheela Rangan; Jessica Ogden.

Los hombres, se refieren más bien al hecho de que su deterioro físico les impide trabajar y generar ingresos para la familia. El aislamiento social, por el estigma que conlleva la enfermedad, afecta a hombres y mujeres por igual, pero las consecuencias son generalmente más duras para las mujeres, como ser: abandono, divorcio, hostilidad por parte de la familia del esposo y la consiguiente pérdida de apoyo social y económico[11]. También se reporta que en las mujeres jóvenes disminuye la posibilidad de casarse.

El mismo tratamiento que obliga a una supervisión diaria, generalmente en el servicio de salud, hace casi imposible ocultar la enfermedad especialmente en comunidades pequeñas. Por consiguiente, se recomienda a los servicios de salud actuar con mucha sensibilidad ya que un trato autoritario, en estas condiciones, afecta aún más el status de las mujeres y por consiguiente, las posibilidades de búsqueda de atención y tratamiento (Torzón, en Allotey y Gyapong).

En cuanto a las actitudes del personal de salud, Hartigan observa otra característica importante en "la orientación" a las mujeres que afecta en la autoestima, pero que dados los roles de género existentes, no debe extrañar: "los proveedores de atención de salud suelen encargar a las mujeres que aseguren la observancia del DOTS de sus parejas masculinas, al igual que hacen con otras prescripciones. Por el contrario, cuando son las mujeres las infectadas, los hombres no suelen asumir una tarea de apoyo similar".

3.2. Malaria

En comparación a la Tuberculosis existe aún, menos bibliografía que aborda la enfermedad de la Malaria desde un enfoque de género. En los informes sobre la situación mundial de la malaria, no aparece información desagregada por sexo. En algunos estudios, generalmente a nivel local, se menciona sin embargo, que también en este caso la enfermedad se presenta en menor grado en mujeres. Igualmente, aunque tampoco se dispone de una conclusión definitiva, se refiere que las hormonas sexuales serían protectoras del sexo femenino. Mientras que la mortalidad es mayor en hombres hasta los 15 años a partir de esta edad se invierte la situación y son las mujeres que mueren en mayor número (Ibid).

En cuanto a las diferencias en relación a los peligros de contraer la Malaria, se hace mucho énfasis en los factores de riesgo para las mujeres embarazadas ya que ellas son particularmente vulnerables a esta enfermedad. Por una parte, se refiere una disminución de la inmunidad frente a la Malaria causada por el embarazo y por otra, en un estudio en Gambia, se encontró que por un aumento en la emisión de aire de un 21% y de la temperatura corporal con 0.7°C, los mosquitos les detectan con mayor facilidad (Lindsay et al., en Ibid.).

La Malaria durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedad, anemia grave y muerte. Asimismo, incrementa el riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto prematuro y bajo peso al nacer constituyéndose en una importante causa de mortalidad infantil. A esto se añade que, según Hartigan (Ibid.), "datos recientes indican que el tratamiento con quimioprofilaxis durante el embarazo se enfrenta a varios obstáculos, como son la frecuencia e intensidad creciente de la resistencia de P. falciparum a los antimaláricos existentes, la contraindicación relativa de ciertos antimaláricos durante las distintas etapas del em-

11. También un estudio realizado en Cuba se señala que las mujeres con tuberculosis, con una diferencia notoria en relación a los hombres, refirieron como razón para ocultar la enfermedad, aquella de evitar el rechazo social. Fuente: Ana Margarita de la Cruz. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, REV CUBANA MED TROP 2004; 56(3):214•8.
Pág. Web: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/v56_3_04/mtr10304.pdf

barazo y la falta de observancia del tratamiento. Todos ellos hacen difícil identificar el medicamento, o combinación de medicamentos, más adecuada para las mujeres gestantes". A propósito de este aspecto, Sen et. al. observan que "el problema ya mencionado de la falta de ensayos clínicos para mujeres en edad fecunda se convierte una vez más en un serio dilema (OPS: 2005)".

En relación a otros factores biológicos de la enfermedad, mujeres y hombres comparten el riesgo de que la Malaria reduzca la fertilidad, generalmente al bloquear físicamente partes del aparato reproductor o al afectar a la función hormonal de la reproducción en las mujeres. FHI, en su revista Network (1999, Volumen 19, N° 2), señala además problemas en relación al uso de métodos anticonceptivos, pero no encontramos más referencias al respecto.

En cuanto a factores socioeconómicos o sociales, que intervienen en la incidencia de la enfermedad, en escasas oportunidades se menciona algo sobre las diferencias en el riesgo de contraer la malaria, a consecuencia de las ocupaciones de hombres y mujeres. Un artículo procedente de México es una de las excepciones: "La investigación observó también diferencias de género en la transmisión de la Malaria. Las mujeres habitualmente salen a buscar agua temprano en la mañana, un momento en que suelen picar los mosquitos portadores de la Malaria. De la misma manera, los hombres están en situación de riesgo cuando pasan la noche en las plantaciones de café, donde no tienen protección contra los insectos (IDRC: 2003)".

En relación al acceso a servicios de salud y al tratamiento, se mencionan mayores problemas por parte de las mujeres, principalmente, por la falta de recursos económicos. Tanner y Vlassoff (en Hartigan) refieren que en algunos estudios se ha encontrado que la búsqueda de tratamiento tiende a ser más tardía en las mujeres, por falta de tiempo o bien por la imposibilidad de dejar a sus hijos/as al cuidado de alguien. No se encontraron referencias desde el enfoque de género, respecto a la percepción, las actitudes y el impacto social de la enfermedad. Sin embargo, por su pertinencia, trascribimos íntegramente una aseveración de Hartigan, nuevamente en torno a cómo el personal de salud suele sensibilizar a "la población" en temas de prevención:

> *" En las intervenciones en salud que pretenden reducir la prevalencia de la malaria en las áreas endémicas, se intenta convencer a las mujeres para que aseguren la protección de sus familiares, sobre todo de sus hijos pequeños, frente a la enfermedad. Por ejemplo, se sabe que los mosquiteros impregnados con insecticidas protegen eficazmente de la Malaria en las áreas endémicas, por lo que los programas de control buscan la forma de inducir a las mujeres, no a los hombres, a lavar e impregnar los mosquiteros. De igual modo, los esfuerzos por enseñar a las madres los signos necesarios para la detección e intervención precoz olvidan muchas veces que las mujeres pueden no tener el control necesario para adquirir mosquiteros o antimaláricos. Los programas de prevención de la Malaria, al igual que otros programas de control de enfermedades, ignoran con frecuencia la multiplicidad de las tareas a las que se enfrentan las mujeres en situaciones de escasez de recursos y quizá exacerben inadvertidamente la desigualdad de género y la sensación de la mujer de que solo es valorada en tanto que madre y cuidadora".*

3.3. Leishmaniasis

En relación a la Leishmaniasis, en algunos estudios se reportan posibles diferencias por factores biológicos entre hombres y mujeres en la incidencia de la enfermedad, también a causa de las hormonas femeninas (Armijos, en Allotey y Gyapong). Pero en la mayoría de los casos

se refiere una mayor incidencia en los hombres por su trabajo fuera de casa (agricultura, la caza, etc.)[12] . En relación a países árabes o islámicos se explica la menor incidencia en mujeres también por el modo de vestir según sexo, ya que las mujeres están casi totalmente cubiertas por la ropa y no así los hombres. Sin embargo, Hartigan destaca (nuevamente) que la Leishmaniasis, tanto cutánea como visceral, se detecta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres por la búsqueda pasiva de casos, al igual que sucede con la Tuberculosis (Vélez et al. y Prabbahar, en Hartigan); con la búsqueda activa, su detección es mucho mayor en la población femenina: "En lo que concierne a la Leishmaniasis cutánea, una enfermedad que no es incapacitante, es más probable que las mujeres consulten a los curanderos tradicionales, mientras que los hombres tienden a acudir a los centros de salud.
Por este motivo, en los informes de los servicios de salud, los hombres parecen tener mayor riesgo de contraer la enfermedad, lo que quizá no proporcione una imagen epidemiológica completa".

Citando a Vélez et. al., respecto a un estudio realizado en Antioquia, Colombia, Hartigan señala que se encontró una proporción similar de infección en ambos sexos, contraria al predominio en hombres registrado por el Ministerio de Salud. Los/as investigadores/as explican el fenómeno por los roles de género:

> " *El hombre sale de su vereda a la cabecera municipal para vender los productos que cosecha, comprar al mercado y si tiene una enfermedad como la Leishmaniasis, consulta al centro de salud o busca remedios en la farmacia. A su vez, la mujer permanece en su casa, cuidando de los niños y de los enseres. Dado que la Leishmaniasis no es una enfermedad incapacitante, la mujer permanece con sus lesiones o consulta al curandero tradicional de su vereda o se aplica los remedios que su marido le lleva de la farmacia".*

De este modo, el costo del transporte y el tiempo que tienen que invertir las mujeres se considera mucho mayor al de los hombres y por tanto, no se le da la misma prioridad. No solamente, es más difícil que se detecte la enfermedad en las mujeres, sino también que se haga el tratamiento ya que el de la Leishmaniasis puede implicar visitas diarias al centro de salud por la toxicidad de las drogas, como es el caso de la Leishmaniasis cutánea que necesita de una inyección diaria por 20 días (Vélez et al., en Allotey y Gyapong). No obstante, en relación a los hombres también se informa sobre un obstáculo en relación al tratamiento, cuando éste implica dejar de consumir alcohol (Nichter, en Ibid.) a lo cual muchos no están dispuestos.

Por otra parte, especialmente en relación a esta enfermedad, las consecuencias para una mujer que no tiene acceso a un tratamiento son más perjudiciales, ya que además de los efectos físicos y estéticos (cicatrices con su impacto sobre las relaciones sociales) sufre en mayor grado de problemas sicológicos. Los/as investigadores frecuentemente señalan haber observado el rechazo del hombre a seguir conviviendo o a tener relaciones con la pareja, enferma de Leishmaniasis, bajo la creencia de que puede contagiarle la enfermedad. Por otro lado, las lesiones pueden disminuir la capacidad de trabajo de la mujer con sus consecuencias sobre el bienestar propio, de los niños y del hogar (Vélez, et al.). Hartigan llega a la misma conclusión en cuanto a las consecuencias para la autoestima y las condiciones socioeconómicas, cuando afirma que "la experiencia de la Leishmaniasis, la Oncocercosis y la Lepra dependen del

12. Ver también: Visceral Leishmaniasis outbreak in Somalia; A survey on leishmaniasis and the leishmanin skin test profile in Lower Awash Valley, northeast Ethiopia. Ahmed Ali, Teshome Gebre•Michael, Genene Mengistu, Fekade Balcha. Ethiop.J.Health Dev. 2004;18(3):159•163. Pág. Web: ttp://www.cih.uib.no/journals/EJHD/ejhdv18•no3/159.pdf.

género en la medida en que todas son infecciones desfigurantes e influyen en la forma de reaccionar de los demás ante el hombre o la mujer afectados. El aspecto físico de la mujer podría influir más que el del hombre en sus perspectivas de matrimonio y en la relación de pareja".

De este modo, las barreras en el acceso por la falta de recursos, a servicios de salud de la biomedicina, como también el estigma de la enfermedad, hacen que las mujeres buscan en mayor proporción la atención de terapeutas de la medicina tradicional. Se ha podido constatar que en algunos casos su tratamiento es efectivo (Phillipson, en Allotey y Gyapong) pero en otros empeora la enfermedad (Vélez et al., en Ibid.). Sin embargo, aparte de la mayor familiaridad con los proveedores de la medicina tradicional y la facilidad de acceso a sus recursos medicinales, se tiene también la ventaja que el pago por el tratamiento es más flexible, por ejemplo, en especies o a plazos. Por consiguiente, las mujeres tienen más conocimiento que los hombres sobre las plantas a usar. Pero a contraposición, saben menos sobre los tratamientos de la biomedicina. Weigel et al., en un estudio en Ecuador informaron que solamente un 7 % de las mujeres que participaron en su estudio conocían el tratamiento biomédico de la Leishmaniasis cutánea (1994).

Pero se debe tener mucha cautela en generalizar estos datos, ya que en otro estudio realizado en Colombia, se encontró que las mujeres, de las cuales se puede presumir que sean las primeras cuidadoras de la salud, no pudieron mencionar ningún tratamiento para la Leishmaniasis, con una diferencia estadísticamente significativa. Por otra parte, no se hallaron diferencias en cuanto a la oportunidad de acceso de un sexo u otro y a recibir alguna clase de tratamiento. Además, se encontró que las mujeres preferían consultar con un médico, aunque esta diferencia no fuera tan significativa. La falta de conocimiento de las mujeres sobre los tratamientos, según los/as investigadores/as, podría explicarse porque entre ellas se registra una baja incidencia de la enfermedad en la región (Isaza et. al.: 1999).

Finalmente, en relación a la Leishmaniasis, encontramos también ejemplos de cómo se trabaja con la población en términos de prevención, cargando la responsabilidad casi exclusivamente en las mujeres. La descripción de un proyecto en Alto Beni [13] nos subraya nuevamente el mal uso en la implementación de un supuesto enfoque de género:

> *" El programa de Agro-ecología está logrando que la comunidad se apropie de las tecnologías agroforestales, que es una forma de producir sostenidamente, imitando el comportamiento del bosque natural y su ciclo de reproducción, donde todo coexiste y donde las plagas son controladas por la propia naturaleza. En la formación de Agro-ecología, a pesar de que a los cursos de formación de técnicos cualificados solamente asiste un 5% de mujeres, en las tareas de implementación y trabajo, tanto en viveros como en parcelas, hay una participación de un 70% de mujeres. Las tareas de injerto, trabajo de detalle y paciencia, son mejor asumidas y realizadas por las mujeres de la zona. Nuestra intervención con enfoque de género en este programa está dando sus frutos".*

3.4. Chagas

En cuanto a la enfermedad del Chagas, hay muy pocas referencias que mencionan datos desagregados. En varios estudios se afirma no haber encontrado di-

13. Pág. Web: http://www.ayudaenaccion.org/index.asp?MP=24&MS=0&desc=area&TC=1&IDC=10&idZona=43

ferencias por sexo. En otros se ha hallado una mayor incidencia en mujeres (Kaur, en Allotey y Gyapong). Azogue (Ibid.), que realizó estudios en Bolivia, afirma que las mujeres y niños/as están más expuestos/as, por pasar más tiempo en o alrededor de la casa.

Las mujeres embarazadas, infectadas con la enfermedad de Chagas, pueden (no todas [14]) por vía placentaria, transmitir el parásito a sus hijos/as. La mayoría de los/as recién nacidos/as infectados/as no presentan síntomas evidentes. Pero se recomienda el estudio diagnóstico de la enfermedad durante el embarazo mediante pruebas de laboratorio, para diagnosticar la infección en los/as niños/as en el momento del nacimiento y proceder al tratamiento temprano, ya que se cuenta con elevados índices de curación. Mollinedo et. al. coinciden en este aspecto, en relación a la situación de Bolivia: "Si bien en los últimos años la seroprevalencia de las mujeres embarazadas ha disminuido, esta prevalencia todavía es la más alta de Sur América y justifica el establecer un programa para identificar serologicamente a la embarazada y estudiar a todo hijo de estas madres" (Ministerio de Salud y Deportes: 2003)[15] .

En cuanto a otro aspecto, una muy reducida bibliografía se refiere a la vivencia del estigma social, en relación a la enfermedad del Chagas. Pero por lo poco que hemos podido estudiar, también puede existir la necesidad de ocultar la enfermedad, ya que está relacionada con una menor capacidad física. Sobre este punto, Elvira Rissech, socióloga del Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben del Conicet", de Buenos Aires, puntualiza en un artículo al respecto:

> *"En mi contacto con la población del Área Metropolitana de la ciudad de Buenos Aires puedo decir que hombres y mujeres difieren en la manera de vivir el Chagas. Los hombres están muy preocupados por la discriminación laboral que efectivamente tiene lugar y las mujeres están principalmente preocupadas por la transmisión vertical (a sus hijos). En muchos casos, también sufren la discriminación laboral, pero en general, trabajan en tareas donde no hay examen prelaboral. Aunque en algunos pocos casos, cuando las empleadas domésticas les dijeron a sus empleadoras que tenían Chagas, sí fueron despedidas. Esto demuestra cómo la discriminación laboral se basa en la estigmatización social"*[16].

Llama la atención, por otra parte, que los proyectos de control de Chagas se implementan frecuentemente en base a un diagnóstico sobre roles de género. Si bien, existen argumentos para involucrar activamente a las mujeres, no parece estar presente que se refuerzan estos roles. Damos un ejemplo de un proyecto que se ejecutó en la zona guaraní:

> *"(…) para incrementar la eficacia de los proyectos, hay que tener en cuenta la división sexual de los trabajos de limpieza del hábitat en el que viven. En este sentido, el principal grupo meta de los programas de prevención y control del Chagas deberían ser las mujeres, ya que son las que realizan las tareas preventivas de limpieza y no se ausentan con tanta frecuencia durante largas temporadas de la comunidad, sin dejar de tener en cuenta el objetivo de concienciar a los varones sobre la necesidad de incrementar su dedicación a la limpieza de un hábitat tan idóneo para la vinchuca como son los corrales".*

14. En Bolivia, los indicadores epidemiológicos básicos son los más elevados de América: la tasa de seroprevalencia en mujeres gestantes oscila de 17 a 81% y la incidencia de la transmisión vertical entre 5% a 6%. (Mollinedo, Sergio, et. al.: 2004)
Página Web: h**ttp://www.galenored.com/trabajos/archivos /131.pdf**
15. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Control de Chagas, Informe de Actividades • 2003.
16. Luciana Peker (s.f.). Fuente: www.pagina12.com.ar

Como se constató que los hombres son responsables de la limpieza de los corrales, se los menciona. Pero en el mismo artículo se señala que "El patio es el lugar limpiado con la mayor frecuencia (42,9%), en segundo lugar la vivienda (28,6%) y por último el corral (7,1%)". De modo que la división de trabajo se deja en status quo, en beneficio de los hombres, si comparamos la frecuencia con que se limpia cada lugar (Verdu y Ruiz: 2003).

Revisando un artículo sobre otro proyecto que se ejecuta en Paraguay, uno de los objetivos mencionados es el "fortalecimiento del género femenino a través de la responsabilidad de la mujer en el mantenimiento de la higiene en el hogar" y en otro acápite se destaca que "las mujeres serán beneficiadas con capacitación gratuita" [17].

3.5. Infecciones de Transmisión Sexual

Se calcula que cada año se producen en todo el mundo 333 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, la mayoría en los países en desarrollo. Las ITS son una de las cinco causas principales por las que los adultos acuden a solicitar atención de salud (Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Reproducción Humana 1997). Casi todas ellas son bacterianas, como sucede con la Sífilis, la Gonorrea y la infección por Clamidias (Hartigan).

La frecuencia de la Sífilis y la Gonorrea está aumentando en los países en desarrollo. Cuando se incluyen las ITS de origen vírico, como las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por los virus herpes y del papiloma humano (VPH), puede afirmarse que las ITS son en conjunto, una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. La información sobre la epidemiología de las ITS bacterianas en los países en desarrollo es prácticamente inexistente (Ibid.).

La investigación epidemiológica ha demostrado la amplia gama de complicaciones que pueden atribuirse a las ITS. Aparte de la infertilidad, que es una de las posibles consecuencias para ambos sexos, las mujeres están expuestas a un impacto específico, como ser los embarazos ectópicos pues, es de seis a diez veces más probable en las mujeres con una EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica) previa, que en la población en general (Weström y cols., en Langer et al.: 1996). El virus del papiloma humano, otro agente que causa infecciones del tracto genital, está asociado con el cáncer cervicouterino (Franco y Reeves y cols., en Ibid.) en tal grado que la tendencia actual es considerar esta neoplasia como una enfermedad de transmisión sexual. Por último, las ITS se asocian con resultados adversos del embarazo como la muerte fetal, el bajo peso al nacer y las infecciones congénitas o perinatales (Wasserheit y Hitchcock, en Ibid.).

Se presta ahora más atención a las ITS por el hecho de que en las últimas décadas estos padecimientos tienden a incrementarse, en especial en los países en desarrollo y en los grupos sociales desfavorecidos. En efecto, en las mujeres embarazadas pobres, la Gonorrea es de diez a quince veces más frecuente que en las de buen nivel socioeconómico; la infección por *Chlamydia* es de dos a tres veces más prevalente, y la Sífilis es de diez a cien veces más común en mujeres de países en desarrollo que en las de los países industrializados (Wasserheit y Holmes, en Ibid.).

Esta tendencia se puede atribuir a diversos factores; los más importantes se asocian con los cambios en los patrones de comportamiento sexual: una estruc-

17. Iniciativa de la OPS/OMS, Red VIVAS, RIE y Red APA. Perfil de proyecto en vivienda saludable. 2004. Pág. Web: http://www.cepis.ops-oms.org/bvsasv/e/proynac/vitrina2/LCardoso.pdf

tura demográfica con alta proporción de jóvenes, la urbanización rápida y una posición de desventaja de las mujeres con pareja, que les impide negociar los términos bajo los cuales se producen los encuentros sexuales (Wasserheit y Holmes, en Ibid.). A esto, se añade que por cada relación heterosexual es más probable (dos veces más) que un hombre transmita la infección que en el caso opuesto, de la mujer al hombre.

Otro factor que ha contribuido al interés creciente por las ITS es el papel que juegan en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las ITS que causan lesiones ulcerativas -como la sífilis y el herpes genital- contribuyen a facilitar la transmisión heterosexual del VIH; por lo tanto, constituyen un factor significativo de riesgo para la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Para dilucidar algunos impactos por relaciones desiguales de género, tomamos como ejemplo una de las ITS causada por virus, el virus del papiloma humano (VPH), que, como ya se mencionó, está asociado con el cáncer cervicouterino. Las mujeres con mayor riesgo de contraer este virus son las más pobres y las que tienen partos múltiples, inician la actividad sexual a edades tempranas y tienen múltiples compañeros sexuales o parejas masculinas que mantienen relaciones sexuales múltiples. Un estudio efectuado en Tailandia indicó que las mujeres cuyos maridos se iniciaron en la relación sexual durante la adolescencia con prostitutas y sin usar preservativos, tienen un riesgo de cáncer cervical dos veces mayor que las mujeres cuya pareja nunca recurrió a este tipo de servicios (Thomas et al. en Hartigan).

La simple biología no explica ni la incidencia del VIH en las mujeres ni la persistencia de la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VPH de la mujer. Una perspectiva de género permite comprender mejor los mayores riesgos y la experiencia de la enfermedad en esta población. Los factores de género que exacerban el riesgo de contraer ITS, son la aceptación, por parte de la sociedad, de la promiscuidad masculina, basada en la asignación social de un valor mayor a lo masculino y el apoyo social a la pasividad y abnegación femeninas. Otros factores también relacionados con el género son la ausencia de una comunicación franca entre la pareja, de modo que muchas mujeres consideran imposible preguntar a sus compañeros sobre sus hábitos sexuales, carecen de la seguridad en sí mismas, necesaria para imponer el uso del preservativo y deben asumir la fidelidad (Ibid.). Por otra parte, muchas mujeres son incapaces de quejarse de la infidelidad de sus esposos; de hacerlo, arriesgan su relación, su seguridad económica e incluso la seguridad física (Langer et. al.).

El rechazo al condón por el hombre, la falta de acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos, incluyendo los preservativos y la importancia dada a la virginidad de las mujeres, son asimismo aspectos del sistema de género que producen el aumento del riesgo de las mujeres en muchas sociedades (Restrepo, en Hartigan).

Por otra parte, al igual que sucede con la Tuberculosis, es muy probable que la mujer enferma a causa del VIH o con cáncer de cuello uterino se vea abandonada por su pareja masculina o su familia, lo que empeora aún más su situación. En cuanto al VPH, los sistemas de salud no están preparados para llevar a cabo programas de citología cervicovaginal que permitan detectar las lesiones precancerosas, especialmente en las zonas rurales. Además, las mujeres pobres con resultados positivos carecen de recursos para acceder al tratamiento adecuado. La escasa prioridad que las autoridades nacionales conceden al cáncer cervical, al igual que a otras causas de morbilidad y mortalidad femeninas, arroja sospechas en cuanto a la importancia que se da a salvar la vida de las mujeres. Asimismo, es posible que una mujer que sospeche que padece de alguna ITS, no acuda al médico a causa del estigma social asociado. En muchas

sociedades, este estigma no se extiende al hombre, en el que la ITS se considera un signo de capacidad sexual y de masculinidad (Zacarías, en Ibid.).

De este modo, se debe tener presente que la prevención de estas infecciones no se puede limitar a grupos de alto riesgo, como son las trabajadoras del sexo. Aparte de que las condiciones biológicas hacen a las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias a las ITS, especialmente en los países en desarrollo, el riesgo de contagio aumenta considerablemente por las desigualdades de género.

3.6. Conclusiones

Para la implementación del enfoque de género en la prevención, la vigilancia y la cura de las enfermedades infecciosas, no solamente se deben tomar en cuenta los factores biológicos que hacen a la vulnerabilidad de uno u otro sexo sino también, las condiciones de vida específicas de cada uno. Como punto de partida, es fundamental que se cuente con información desagregada por sexo en cuanto a la incidencia de cada patología y la mortalidad, tomando en cuenta el ciclo de vida. Asimismo, en relación al cumplimiento del tratamiento.

En cada área de intervención, se debe realizar un análisis acerca de las diferencias por sexo, respecto a los riesgos de contraer estas enfermedades, las barreras que dificultan o demoran el acceso a los servicios para la detección, las dificultades y actitudes en el cumplimiento del tratamiento, la percepción y los efectos del estigma social que conlleva la enfermedad y otras consecuencias económicas, para la salud (física) y en la salud de la familia.

A nivel de la calidad de la atención de los servicios, por todo lo descrito en torno a estudios realizados al respecto, se debe favorecer una detección efectiva de estas enfermedades. En el caso de las mujeres se recomienda la estrategia de la búsqueda activa. Asimismo, se debe dar mayor importancia a la agilidad en el proceso de diagnóstico y en el inicio del tratamiento.

En términos de la comunicación interpersonal con enfoque de género, se deben desarrollar competencias que eviten dañar la autoestima y que más bien refuercen el conocimiento y el ejercicio del derecho a la salud, especialmente por parte de las mujeres. Se debe abordar la vivencia del estigma social que conllevan estas patologías así como, las actitudes de la comunidad al respecto para abordar el tema del sesgo de género en las actividades educativas.

Trabajar con enfoque de género, implica también definir estrategias de prevención, mediante el desarrollo de acciones que incluyan a hombres y mujeres por igual; probablemente, reforzando la responsabilidad de los hombres y el principio de los cuidados compartidos de la salud familiar.

En relación a la **Tuberculosis,** se debe indagar durante el control prenatal con mucho detenimiento respecto a síntomas de la enfermedad, tomando en cuenta que existen síntomas inespecíficos, que pueden ser asociados con el embarazo.

Las mujeres embarazadas con **Malaria** tienen mayor riesgo de muerte y existen problemas en la medicación. Por tanto, se debe vigilar con mucho cuidado la salud de estas mujeres. Asimismo, es importante que se preste atención al riesgo de infertilidad, tanto en hombres como en mujeres, ya que puede ser una consecuencia de esta enfermedad.

En las zonas endémicas de **Chagas** se debe realizar el estudio diagnóstico a las mujeres embarazadas. Si

la madre tiene la infección, se debe hacer el estudio en el bebé en el momento del nacimiento. Otra medida puede consistir en el estudio de todos los neonatos del área, para proceder, si el caso amerita, al tratamiento temprano, con mucha posibilidad de curación.

La prevención de **Infecciones de Transmisión Sexual** no se puede limitar a grupos de alto riesgo, como son las trabajadoras del sexo. Aparte de que las condiciones biológicas hacen a las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias, el riesgo de contagio aumenta considerablemente por las desigualdades de género.

El abordaje de los derechos de las mujeres es trascendental para frenar el impacto de las ITS y este esfuerzo debe formar parte de los programas de salud sexual y reproductiva. Asimismo, el riesgo del contagio de ITS debe ser una de las preocupaciones por parte del Programa Nacional de Género y Violencia.

IV. SALUD INFANTIL

Los papeles de género que una sociedad asigna a los niños y a las niñas tendrán un efecto determinante sobre su futuro: el acceso a los alimentos y a la educación; participación laboral; relaciones humanas y la salud física, psicológica y social.

Hoy en día, se presta más atención a los primeros años de vida. Esta atención debe incluir un enfoque de género si se pretende eliminar las barreras al desarrollo, especialmente de las niñas. Estas barreras provienen tanto de las desigualdades estructurales como de las decisiones que toman los padres y otros actores sociales, como los gobiernos, el sistema de salud, los educadores y los medios de comunicación.

4.1. La gestación y la salud biopsicosocial de las madres

En la escasa bibliografía referida a la salud de las mujeres en gestación y su relación con la inequidad de género, resalta la importancia de la salud mental, relacionada con la violencia doméstica y así también el aspecto de la nutrición.

La violencia ejercida sobre las mujeres, es una expresión de las relaciones inequitativas de género. Una de sus consecuencias son los embarazos no deseados por abuso sexual, violación marital o prohibición al uso de métodos anticonceptivos.
A su vez, un embarazo no deseado afecta frecuentemente a la salud de la mujer gestante y por consiguiente, a la del/la niño/a. Diversos estudios dan cuenta del mayor riesgo de mortalidad infantil y de bajo peso al nacer.

Se añade a este fenómeno el hecho que, tratándose de un embarazo imprevisto o no deseado, la violencia doméstica contra la mujer llega a ser más probable. En una de las referencias se señala una probabilidad de cuatro veces más (Heise: 1993).

Aunque se suele pensar que el embarazo es un periodo en que la mujer estaría (más) protegida, muchas embarazadas sufren de violencia[18] . Inclusive, frecuentemente el embarazo constituye el inicio del maltrato o de la espiral de violencia. En un informe (OMS, 2005) de una investigación[19] acerca del tema, sobresale como uno de los resultados que en la ma-

18 .Diversos estudios señalan que las adolescentes embarazadas corren mayor riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas.

19. El estudio, titulado Women's Health and Domestic Violence Against Women, que se basa en entrevistas con más de 24.000 mujeres de zonas rurales y urbanas de 10 países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. OMS: 2005.

yoría de las localidades estudiadas, entre un 4% y un 12% de mujeres declararon haber sido golpeadas durante su último embarazo; en más del 90% de los casos por el padre del/la niño/a por nacer y entre un cuarto y la mitad habían recibido puntapiés o puñetazos en el abdomen, ya que muchos agresores atacan precisamente la condición de la mujer. Las historias se repiten a lo largo y ancho del mundo y denotan gran ensañamiento por parte de los agresores (Bewley: 1994 y Sagot: 2000).

Las consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo, que de una u otra forma también afectan la salud del/la niño/a por nacer, pueden ser:

- Insuficiente aumento de peso.
- Infección uterina
- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Hemorragia y aborto espontáneo
- Trauma abdominal
- Exacerbación de enfermedades crónicas
- Retraso o irregularidad en el control prenatal
- Ruptura de membranas
- Placenta previa
- Complicaciones durante el parto
- Lesiones del feto
- Muerte

Además de los daños físicos ya mencionados, la violencia doméstica durante el embarazo, como en cualquier otro momento, tiene consecuencias psicológicas en la mujer. Está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, al alcohol y las drogas. Durante el embarazo estos síntomas perjudican aún más, cuando resulta la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo/a.

En otro estudio al respecto, se menciona la violencia como una complicación del embarazo, con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria[20] .

Asimismo, las consecuencias psicológicas de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos (Martin et al.: 2001).

Sin embargo y aunque por datos diversos podemos suponer que en nuestro contexto el impacto de la violencia doméstica es similar, en la Historia Clínica Perinatal no encontramos un indicador que permita registrarla como factor de riesgo. No obstante, los/as proveedores/as de salud se encuentran en una situación privilegiada (frente a otros sectores) para detectar violencia durante los controles prenatales, pero lamentablemente, no existe aún consenso sobre si se debe indagar al respecto o examinar a las embarazadas de forma más sistemática para detectar señales.

La valoración social y personal, así como el grado de autonomía de las mujeres, contribuyen a mejorar su salud y la de sus hijos/as. Así también, por normas de género, las mujeres suelen posponer su alimentación y el cuidado de sí mismas, ya que son por definición social cuidadoras de otros/as. Durante el embarazo, este descuido puede traducirse en crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal (Szazs: 1998). La desnutrición intrauterina, que determina el bajo peso del niño al nacer, es el factor de riesgo más

20. Battering and Pregnancy. Midwifery Today, N° 19:1998.

importante para la enfermedad y la muerte durante la etapa neonatal (Bakketeig et al., en Langer y Lozano: 1998). En estadios posteriores de la vida, la desnutrición infantil subyace a la mayor parte de las defunciones por diarreas e infecciones respiratorias, las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la infancia (Martorell y Ho, en Ibid.).

Debemos destacar que en muchas regiones del país contamos con prácticas culturales protectoras de la salud de la mujer embarazada. Así, por ejemplo, la creencia del antojo, que obliga a satisfacer los deseos de alimentación de la embarazada, representa de algún modo un privilegio para las gestantes. Pero es difícil dar una apreciación en relación a este tipo de cuidado y si en alguna medida contrarresta los roles de género arriba descritos, que perjudican la buena alimentación de las mujeres gestantes. Por otra parte, en relación al bienestar psicosocial, también se conoce la creencia de que a una mujer embarazada "no hay que hacerle renegar", lo cual implica la obligación de las personas del entorno, a ser tolerantes y sensibles ante mujeres en esta condición.

4.2. La preferencia por sexo del bebé y su influencia en la mortalidad neonatal

Si bien no se puede decir que los niños son más queridos que las niñas, sí se puede afirmar que los primeros tienden a ser más valorados. El niño se considera frecuentemente como una inversión financiera que producirá rendimientos a largo plazo; la niña, muchas veces como una carga económica. A los niños también se les atribuye la continuidad de la línea familiar, mientras que con el tiempo las niñas "pertenecerán" a otras familias. Aunque difíciles de cuantificar, los efectos psicológicos en el desarrollo de las niñas deben ser tomados en cuenta.

Las diferencias de género, que se expresan mediante la preferencia por hijos varones, conducen en algunas partes del mundo al aborto selectivo por sexo y/o al infanticidio femenino. En Bolivia es conocido el fenómeno del infanticidio (aunque se puede afirmar poco sobre su magnitud) y especialmente en las áreas geográficas con mayor pobreza. Sin embargo, no se conoce ningún dato o estudio que haga referencia a un infanticidio más elevado en el caso de las niñas.

4.3. La nutrición del/la niño/a

La discriminación hacia la mujer se expresa también en el estado de nutrición de las niñas. En un estudio sobre lactancia realizado con datos de ocho países se encontró que en Panamá, Bangladesh y Jordania los niños eran amamantados por periodos más prolongados que las niñas (Jain y Bongaarts, en Ibid.). Por lo que conocemos al respecto, en Bolivia no parece ser muy difundida la distinción que se hace según sexo en cuanto al tiempo de lactancia y si aisladamente se hace mención, no es de forma inequívoca menos tiempo cuando se trata de una niña. En un estudio realizado por TAHIPAMU en el departamento de Beni, por ejemplo, se mencionó "la conveniencia" de un destete más pronto en el caso de los varones mientras que en el Altiplano parece ser lo contrario.

Sin embargo, es posible que existan diferenciales en desmedro de las niñas en los años posteriores. En los países en desarrollo donde se ha estudiado este fenómeno, los resultados son consistentes: los niños reciben mejores dietas y una mayor cantidad de alimento que sus hermanas (Waldron, en Ibid.). Existen evidencias de esta discriminación cuando varios estudios concluyen que la desnutrición y los retardos en el crecimiento son más comunes entre las niñas en algunos países de Asia, África y América Latina (Merchant y Kurtz, en Ibid.).

El estado nutricional durante la infancia refleja el nivel socioeconómico de la familia, la morbilidad -especialmente infecciosa- durante esta etapa, los

cuidados que la madre y el padre proporcionan y el acceso a los alimentos disponibles. En esa medida, las desviaciones de la normalidad son buenos indicadores para explorar eventuales tratos diferenciales por género.

Una investigación en México señala que aunque no existe coincidencia sobre la presencia de mayores deficiencias en la nutrición de niñas y mujeres respecto a los varones en este país, -porque hay estudios que señalan niveles de desnutrición semejantes- mediante investigaciones cualitativas se constatan jerarquías en el acceso a la alimentación y la atención a la salud en los hogares rurales, en las que mujeres y niñas ocupan lugares inferiores en una escala encabezada por los hijos varones (Zolla y Mellado, en Heise: 1996).

4.4. El acceso a servicios de salud

En diferentes regiones del mundo el acceso a los servicios de salud también es diferenciado por género e inclusive se menciona en la literatura la discriminación de las niñas en los procesos de vacunación. Varios estudios han revelado que el padecimiento de una niña tiene que ser más grave que el de un niño antes de que la lleven al médico. Si examinamos un dato de Bolivia al respecto, observamos que en el año 2005 hubieron 1.712.729 consultas externas nuevas de varones, menores de 5 años, y de mujeres 1.507.267. O sea, la proporción masculino/femenino fue de 1.13. Cabe añadir que a nivel urbano era de 1.14 y a nivel rural 1.12. Lo cual indica poca diferencia, pero es de destacar que a nivel urbano ésta fue 2 puntos mayor que a nivel rural. En cuanto al número de controles nuevos y repetidos en menores de 2 años, la diferencia entre hombres y mujeres no es significativa a nivel urbano, mientras que en el área rural la proporción masculino/femenino fue de 1.06. De todas maneras, las diferencias no son grandes y aún menores que en el caso de las consultas.
En varios países en desarrollo, la tasa de mortalidad en la niñez es mayor entre las niñas, lo que pone de manifiesto un problema grave, porque dada la reconocida ventaja biológica femenina de supervivencia al comienzo de la vida -incluso en el útero-, una mayor mortalidad en las niñas constituye una importante señal de alarma en torno a la posible existencia de discriminación en contra de las niñas, particularmente, dentro del hogar. Bolivia está entre la mayoría de los países, donde la tasa de mortalidad infantil de los niños es mayor que la de las niñas (57 versus 50 por mil). (ENDSA 2003:140)

4.5. Violencia doméstica y maltrato infantil

La evidencia ha demostrado que las niñas y los niños que son testigos o víctimas de la violencia en los hogares, tienen mala salud y problemas de comportamiento. Contamos con una referencia de una investigación en que se comparó a 110 niños/as que murieron antes de los 5 años con 220 niños/as que pasaron esa edad, agrupándolos por sexo y edad; los datos se tomaron de una base de datos demográfica que abarcaba una muestra aleatoria de hogares urbanos y rurales en Nicaragua. Las madres de los/as niños/as que murieron tenían una probabilidad considerablemente mayor de haber sido víctima de violencia física o sexual en comparación a las otras madres (61% frente a 37%). Los autores sostienen que el tipo y la gravedad de la violencia es probablemente más importante que el momento de su ocurrencia, y sugieren que la violencia puede afectar la salud de un/a niño/a, no tanto a través del trauma directo, sino que a través del estrés que sufre la madre o la conducta de la persona que cuida de él/ella (Asling-Monemi, K. et al.: 2003)

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA: 2003) también encontramos datos relacionados con este aspecto. Se muestra cómo varían los niveles de mortalidad infantil y en la niñez según indicadores de empoderamiento de la mujer: el número de decisiones

en las cuales la mujer tiene la última palabra, el número de razones por las cuales la mujer puede rehusarse a tener relaciones con su pareja, y el número de razones por las cuales la entrevistada cree que se justifica que el hombre golpee a su pareja.

Entre los resultados más destacados se señala que cuando las madres afirman tener la última palabra en al menos una decisión (1 ó 2 razones), la mortalidad de los/as hijos/as desciende en comparación a aquellos/as de madres sin poder de decisión en el hogar. El comportamiento diferencial de la mortalidad es más evidente cuando se comparan los niveles en relación a la pregunta si los esposos o compañeros pueden tener justificaciones válidas para golpear a su pareja: es mucho menor la mortalidad (la mitad) de los/as niños/as de madres que consideran que no hay justificación de ser golpeadas por su compañero. Asimismo, la mortalidad infantil disminuye a medida que la mujer manifiesta más razones para negarse a tener relaciones sexuales con su pareja.

Por otra parte, una proporción mayor de niñas que de niños son víctimas de abuso por parte de miembros de su familia, amigos, educadores y/o desconocidos. Este abuso puede ser físico, psicológico y/o sexual.

El abuso sexual de menores generalmente no es notificado o reconocido, lo que hace difícil estimar su prevalencia. No obstante, los estudios indican que el abuso sexual de menores está ampliamente difundido en todo el mundo, siendo las niñas las que tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de ser abusadas que los niños. Las tasas de prevalencia a nivel mundial varían entre 7 y 36% para las mujeres y entre 3 y 28% en el caso de los hombres (Finklehor: 1994). A pesar de que las tasas de abuso sexual aumentan después de los 10 u 11 años, los/as niños/as también pueden ser víctimas de abuso a temprana edad. Un estudio de casos entre enero de 2003 y marzo de 2005, realizado en el Centro de Salud de Piedras Blancas, Montevideo, Uruguay, reveló 67 casos de maltrato infantil: en 40 (60%) hubo abuso sexual infantil. De las víctimas totales, 72.5% eran niñas, 22.5% menores de cinco años, 42.5% entre cinco y 10 años, 35% mayores de 10 años (Villar: s.f.).

En el registro de "Notificación diaria y semanal para la vigilancia epidemiológica", del Ministerio de Salud y Deportes, se registra el maltrato a niñas y a niños. O sea, contamos con un instrumento importante para hacer el seguimiento y el análisis de la situación. Sin embargo, no conocemos documentos que reflejan resultados ni análisis al respecto.

A modo de conclusión, hemos podido constatar que el tema de la equidad de género y la atención de la salud infantil, se debe abordar necesariamente con un enfoque integral y de atención de la salud familiar. Así, por ejemplo, la atención de la salud sexual y reproductiva, de calidad y desde un enfoque de género, es uno de los cimientos de bienestar y salud de niños y niñas: previene embarazos no deseados, detecta en mayor número violencia intrafamiliar y promueve la responsabilidad de los hombres por la salud de su pareja y de sus hijos/as.

Las diferencias de género, que se expresan mediante un trato preferencial (al interior de las familias y de la sociedad en general) a los hombres en diversos aspectos, deben ser tomadas en cuenta en las políticas, como también en la cotidianidad de la atención al niño y a la niña. Asimismo, en el trabajo comunitario y educativo de promoción de la salud y en el análisis de la información de la salud infantil, procurando el registro de datos desagregados por sexo. Como aspecto fundamental, se debe prestar más atención a las eventuales señales de maltrato o abuso infantil, especialmente en relación a las niñas, y sensibilizar sobre la igualdad de derechos de niños y niñas.

4.6. Roles de género y los cuidados de la salud en el hogar

4.6.1. Las madres

Millones de mujeres combinan la maternidad con sus responsabilidades domésticas dentro y fuera del hogar. La vida cotidiana de la mayoría de los hombres y de las mujeres se parece poco hoy en día a las nociones idealizadas del hombre que gana el pan del día y la mujer que nutre, cuida y cría. Alrededor del mundo, los hogares sin hombres se están volviendo cada vez más comunes, ya sea por abandono, elección o por necesidades económicas. Aún así, en la mayoría de las sociedades las mujeres continúan siendo identificadas con el mundo del hogar y la familia.

A esto hay que añadir, que en los países "en vías de desarrollo", las responsabilidades de las mujeres suelen ser aún mayores que en los del norte, como lo describe Doyal:

> *"Entre las mujeres de países del tercer mundo las rigurosidades del trabajo doméstico son más severas. Muchas tienen poco dinero o nada, y no hay servicios sociales disponibles para llenar esta brecha. Como resultado tienen que tejer su propia supervivencia a través de la producción de sus propias necesidades y las de sus familias. Muchas realizan agricultura de subsistencia, cultivando y procesando los alimentos que no pueden comprar. El combustible suele ser leña en vez de gas o electricidad, y recogen el agua de una fuente local en vez de que llegue a sus casas por medio de caños. Por lo tanto las presiones físicas del trabajo doméstico pueden ser muy grandes. Son usualmente las mujeres las que tienen que manejar las consecuencias de la pobreza para toda la familia" (2005).*

Aparte de las tareas domésticas, las mujeres suelen encargarse en mayor grado que los hombres del cuidado de la salud de los demás. Luego, Doyal señala una actividad más desapercibida aunque igualmente, ocupa gran parte de su tiempo; lo denomina el "trabajo doméstico emocional": "Esto está diseñado para manejar relaciones sociales, asegurar la armonía entre los miembros del hogar y para promover la salud emocional de los demás (Ibid.)".

Hasta aquí ya hemos mencionado de diversos modos cómo desde los servicios de salud se refuerza aún más la división del trabajo al interior de las familias -y generalmente en desmedro de los derechos de las mujeres al descanso, al esparcimiento, a la educación, etc.-. Tampoco suele haber mucha sensibilidad respecto a las diferencias socioeconómicas. En escasas ocasiones se tiene presente que las mujeres que acuden con niños/as al servicio, realizan tareas que las madres proveedoras ya no necesitan realizar; para ni hablar de los padres. De este modo, es difícil que exista empatía en relación a los múltiples problemas a los cuales las mujeres deben dar solución y que no solamente están en los cuidados de la salud "a la perfección".

Pero aquí nos debemos detener en otro fenómeno que podemos observar en nuestro medio, aquel de culpabilizar a los grupos socialmente subordinados por sus propias situaciones de desventaja. Se suele enfocar el trabajo en salud desde un análisis superficial del contexto social y evadir las desigualdades estructurales subyacentes, dando legitimidad a la creencia de que las realidades diarias de las mujeres son el resultado de su propio comportamiento y no de las interacciones entre las estructuras de género y el comportamiento (Sen et al.: 2005).

Acentuado por su rol de madre, se culpa frecuentemente a las mujeres que acuden al servicio por un problema de salud de su niño/a, aludiendo a descuidos. Asimismo, aunque de manera tal vez más sutil, se suele culpabilizarlas por su falta de conocimientos. Pues, la educación de las madres está clara y

fuertemente asociada con la mortalidad infantil, por cuanto la probabilidad que tiene un/a niño/a de morir está inversamente relacionada con los años de escolarización de la madre. Se pasa por alto, que el nivel de educación de las mujeres está directamente relacionado con factores socioeconómicos que determinan probablemente en mayor grado la supervivencia infantil. Hay que destacar que las condiciones de vida insanas no resultan primordialmente de la ignorancia sino, de la impotencia.

De manera que un primer principio de una atención de la salud con enfoque de género, es la consideración de las características de la vida cotidiana lugareña y a partir de ese conocimiento, alentar a las personas para que se sientan con el ánimo de cuidar de la mejor forma a sí mismas y/o a las demás. Es decir que desde los servicios, se debe generar en primer lugar mayor autoestima especialmente en las mujeres. Cuando se tiene preferencia por las madres "obedientes" -en detrimento de su poder de autonomía- se está coadyuvando a que ellas adquieran actitudes de pasividad o que las mantengan.

En segundo lugar, a las madres se les debe señalar continuamente su derecho a compartir tareas y preocupaciones, pues no son las únicas responsables del cuidado de la salud de los/as integrantes de la familia. Desde el servicio de salud se debe fortalecer su capacidad de negociación para defender y ejercer sus derechos.

En tercer lugar, cuando exista la mínima señal de que la madre sufre de violencia física, psicológica o sexual, el personal de salud tiene que prestar la debida atención, no solamente para su propia protección, sino también -por lo que ya señalamos- por la relación que existe entre la violencia al interior de la familia y problemas de desarrollo de los/as niños/as e inclusive, la mayor prevalencia de maltrato hacia ellos/as.

Finalmente, es fundamental que las madres participen en instancias de toma de decisiones de la comunidad y más allá de ésta. A contraposición, se debe impulsar la participación de los padres en acciones comunitarias que hasta el momento eran más bien escenarios de las mujeres. Así también, se debe promover activamente su participación en actividades de IEC, relacionadas con la promoción de la salud y de la salud infantil, en particular.

4.6.2. Los padres

Al abordar el aspecto de la responsabilidad de los padres, es pertinente señalar que en la última década y como un logro de los movimientos de mujeres en su búsqueda de equidad de género y reconocimiento de derechos, se ha puesto más atención en el rol de los hombres en el cuidado de la salud de la familia. Fue especialmente a partir de la realización de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, Cairo, 1994) que la problemática adquirió relevancia. En esa Conferencia 179 países contrajeron el compromiso de involucrar a los hombres, tanto en las políticas de salud (con énfasis, en la sexual y reproductiva) como en las de igualdad de género.

En 1995, un año después de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, se reitera la importancia de los acuerdos tomados en el Cairo del Programa de Acción, consensuado en la CIPD, donde se destacan los siguientes párrafos:

> *El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar. (Párrafo 4.25)*

Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable (…) la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar; la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor. Las responsabilidades del hombre en la vida familiar deben incluir la educación de los niños desde la más tierna infancia. Debe hacerse especial hincapié en la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños. (Párrafo 4.27)

No podemos redundar aquí en el debate que desde entonces se ha realizado respecto a las identidades masculinas y a los enfoques con que se quiere incentivar la responsabilidad de los hombres en los cuidados de la salud. Sin embargo, relativizando "la culpa" de los hombres en la cual se basan muchas iniciativas, nos parece oportuno reflejar un punto de vista relevante expresado por un estudioso del tema, de FLACSO - Chile, José Olavaria quien afirma que al haber centrado la reproducción en la madre, se ha creado en los hombres "una invisibilidad como reproductores y fecundos", que "no permite que se reconozcan como tales, aunque gocen del poder que les ha otorgado esta situación". De este modo, se observa que "reafirman su calidad de padres, como protectores y proveedores de sus hijos y como observadores de la reproducción de las mujeres". Por otra parte, este experto añade que la medicalización o si se quiere, la institucionalización de la reproducción, ha coadyuvado a este escenario (2003).

Debemos destacar el uso del término "invisibilidad", que tanto encontramos en los textos sobre la discriminación de género que sufren las mujeres. Nos hace ver que en el análisis de su realidad no podemos prescindir del enfoque de género, ya que nos permite considerar las dinámicas de interrelación y los roles, también desde la perspectiva de los hombres. Así se constata que por ejemplo, cuando los hombres se acercan a los servicios de salud, se pasa por alto su rol paterno, cuando por "rutina", al llenar registros e historias clínicas, solamente a las mujeres se les pregunta por el número de hijos/as.

Asimismo, la referencia a la medicalización y/o la institucionalización de la reproducción, es especialmente trascendental en cuanto a nuestro contexto es decir, por las características culturales de gran parte de la población de nuestro territorio. Pues, los temas de equidad de género suelen tratarse con la idea de revertir una situación desfavorable para las mujeres, que existe desde décadas. Sin embargo, si examinamos nuestra situación, no podemos cerrar los ojos ante el hecho de que allá donde la medicalización (producto de la medicina occidental y del "progreso") se ha introducido con más éxito, también existe más exclusión o marginalización de los hombres y menos probabilidad de que las mujeres compartan equitativamente la responsabilidad de los cuidados de la salud de la familia.

En relación a la paternidad y la responsabilidad por los cuidados de la salud de los/as hijos/as, es elemental tomar en consideración los datos y estudios, que revelan su interés e involucramiento, -en particular en las regiones quechuas y aymaras- por ejemplo, en relación a los cuidados de la salud perinatal. Los cuidados de la mujer embarazada, especialmente cuando se tiene poca relación con los servicios biomédicos, suelen ser constantes por parte de los hombres: la realización de tareas domésticas, masajes, la búsqueda de una partera, entre otros (Dibbits y Terrazas: 2003). Asimismo, el hecho de que en un número elevado atienden el parto en domicilio, fenómeno casi único en el mundo pero también invisibilizado, nos revela algo sobre las oportunidades en cuanto a las responsabilidades que se asuman en momentos claves para conservar la vida y la salud de la familia.

De este modo, si nuestro objetivo es incentivar o sino, mantener una actitud responsable por parte de los hombres respecto a los cuidados de los/as hijos/as, se debe considerar su participación activa en lo referente a las prestaciones que se brindan desde los servicios, empezando con el control prenatal y la atención del parto. Son numerosos los estudios que demuestran cómo se construyen vínculos padre-hijo/a más sólidos cuando los futuros padres brindan su apoyo biopsicosocial (y últimamente, se añade frecuentemente "espiritual") durante el embarazo y el parto.

Por otra parte, se debe incentivar su responsabilidad en todos los contactos que se establecen y que implican cuidados de la salud infantil: consultas, controles, campañas de vacunación, ferias, etc. Asimismo, ya lo mencionamos se debe incentivar su participación en actividades educativas y por supuesto, elaborar materiales con mensajes e imágenes de responsabilidad compartida. En cuanto a los niños y las niñas, se debe promover en todos los escenarios su valoración, sin discriminación por sexo, especialmente apuntando a la población masculina.

4.7. Roles de género y comunicación interpersonal

Por todo lo descrito anteriormente, ya contamos con muchas pautas respecto a una comunicación interpersonal basada en la promoción de la equidad de género. En el caso de la atención de la salud infantil se debe evitar un trato diferenciado según la consulta sea con el papá o la mamá es decir, en base a estereotipos de género; obviamente, tampoco en base al sexo del niño. En caso de consultas en que están padre y madre presentes, se debe facilitar la participación de ambos y apelar al sentido de responsabilidad sin distinción alguna.

Volvemos a remarcar las conclusiones de los estudios ya mencionados en que se refleja que a las mujeres se les explica menos o de forma más simple, bajo el parámetro que "no lo van a entender". Si anteriormente nos referimos al hecho que se les suele atribuir una falta de información, los servicios de salud deben convertirse en una instancia que trasmita conocimientos que en base a su función crean necesarios y de manera apropiada. Y no solamente por razones prácticas y mejores indicadores de salud, sino también para coadyuvar al empoderamiento de las mujeres.

En la consulta de madres (también padres) que acuden con su hijo/a por algún problema de salud, es frecuente que previamente se haya intentado curarle en casa (fenómeno que existe en todo el mundo [21]). En muchos casos se logra la curación y más bien hay que valorar que existe este conocimiento y disponibilidad, el trabajo (casi) invisible, como lo llamamos. Si se ha intentado curar sin resultado o inclusive perjudicando la salud, se acude a un servicio para resolver el problema. De manera que los/as acompañantes ya reconocen que no se hizo lo apropiado. Por eso, se debe evitar que alguien se lo diga nuevamente, porque afecta a la autoestima y obstaculiza una relación positiva con el/la proveedor/a.

Asimismo, se debe evitar utilizar mecanismos que establecen/refuerzan asimetría de poder por ejemplo, el tuteo irrespetuoso. En nuestro medio es frecuente escuchar que el personal de salud se dirige

21. Existen muchos estudios al respecto. Nigenda y Langer (1995) citan algunos en que se concluye que en los Estados Unidos como también en el resto de los países, entre el 70 y 90% de los síntomas de enfermedad no conducen a una búsqueda de atención en los servicios de salud.

a los usuarios -y especialmente a las usuarias-, diciéndoles: "hijo", "hija", "hijita" o "mamita". Se cree a veces que es una forma cariñosa de acercarse a ellos/as, pero establece más que todo una relación vertical y es una forma de infantilizar a las personas.

A los niños y a las niñas también hay que darles un trato respetuoso y cálido. Si tienen la edad para hacerlo, hay que invitarles a que hagan preguntas a las cuales se debe responder con seriedad. Tienen derecho a estar acompañados/as por la madre, el padre u otro familiar, cuando se le haga un chequeo, se le hagan exámenes y/o se le apliquen tratamientos. Hay que tomar en cuenta que las primeras experiencias de visitas a servicios de salud -que incluyen las percepciones en cuanto al trato hacia el/la acompañante- pueden marcar su relación con el personal de salud en el futuro.

4.8. Conclusiones

El programa de salud sexual y reproductiva y/o de salud materna tiene un rol importante que desempeñar en la detección de señales de violencia en las embarazadas, ya que sus consecuencias constituyen frecuentemente una complicación de alto riesgo, tanto para la madre como para el bebé. Asimismo, por parte del programa de salud materna se debe desarrollar una política más activa de involucramiento de los hombres en los controles prenatales y en la atención del parto, para facilitar la construcción del vínculo padre-hijo/a.

En relación al programa de salud infantil, se deben implementar mecanismos que permitan detectar si en los diversos contextos socioculturales existe una diferencia en la valoración de la niña y del niño. Una de las medidas primordiales es la implementación de un registro de mortalidad infantil, de vacunaciones, consultas y controles, desagregado por sexo. En base al diagnóstico de la situación, se deben difundir mensajes de igual valoración de niños y niñas.

Otro aspecto que debe ser tomado en cuenta es la deconstrucción de roles de género, que revierten la situación de inequidad entre padres y madres de los/as niños/as. Para este fin se deben difundir -en todos los escenarios, ligados a la atención de la salud infantil- mensajes a las madres, en torno a la responsabilidad compartida con el padre de los/as hijos/as. Asimismo, mensajes dirigidos a los hombres, apelando a su responsabilidad paterna: en consultas, controles, campañas de vacunación, ferias y actividades educativas, en general.

Por otra parte, el personal de salud debe manejar pautas de comunicación interpersonal con padres y madres de los/as niños/as a quienes se atiende, basadas en la promoción de la equidad de género.

V. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN

Tomando en cuenta la evidencia disponible y las experiencias descritas anteriormente, el Proyecto Gestión y Calidad en Salud incorporará el enfoque de género en los componentes y resultados del mismo, siguiendo los lineamientos que se describen a continuación para cada componente y resultado.

5.1. Gestión y gerencia

Objetivos:

1) Favorecer una cuota equitativa de representación femenina en los distintos niveles de toma de decisiones, en cargos gerenciales del Proyecto y de las Redes de Salud.

2) Coadyuvar a la deconstrucción de las estructuras de dominación patriarcal, inherentes al enfoque biomédico de la atención de la salud.

Estrategias:

1) **Favorecer una cuota equitativa de representación femenina en los distintos niveles gerenciales.**
   - Incentivar el acceso de mujeres a cargos gerenciales y de toma de decisiones, mediante la discriminación positiva.
   - Trabajar con las Gerencias de Red y la Dirección de los establecimientos de salud, en la adecuación y/o elaboración de manuales de funciones, eliminando mecanismos (por ej., lenguaje excluyente) que obstaculizan el ascenso de las mujeres a cargos de mayor responsabilidad.
   - Brindar oportunidades de formación y capacitación, resguardando una participación equitativa de las mujeres o inclusive, aplicar políticas de preferencia por el sexo femenino.
   - Garantizar el ejercicio de los derechos laborales de las mujeres, en especial aquellos relacionados con la maternidad.

2) **Coadyuvar a la deconstrucción de las estructuras de dominación patriarcal, inherentes al enfoque biomédico de la atención de la salud.**
   - Implementar un enfoque multidisciplinario y de reconocimiento de los aportes de diversas disciplinas, hasta ahora relegadas al interior del sistema (enfermería, trabajo social, nutrición, ciencias sociales, etc.) ya que un trabajo por la equidad de género desde el sistema de salud pública implica la implementación de un enfoque integral de la salud.
   - Favorecer el acceso a la capacitación del personal de salud, tanto de enfermería como auxiliar, prioritariamente en la Administración de Servicios de Salud.
   - Reconocer capacidades de los recursos humanos que favorecen el acceso de las mujeres a los servicios de salud, como es el bilingüismo. Es particularmente el personal paramédico y por tanto, en su mayoría mujeres, que cuentan con esta cualidad. Se deben implementar incentivos de reconocimiento al personal de salud que además del castellano, habla el idioma propio de la región (por ej., mediante una negociación con los municipios, favoreciendo su participación en eventos, intercambios, etc.).

5.2. Programa Salud Infantil

Objetivos:

1) Incorporar al Plan estratégico para mejorar el programa de salud infantil, el enfoque de género

2) Consensuar acciones para la implementación del enfoque de género, con los/as responsables del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y/o de Salud Materna del área.

3) Promover la implementación del enfoque de género en el Programa Nacional de Salud Infantil, así como en otros aspectos relacionados con la promoción de la salud infantil.

Estrategias:

1) **Incorporar al Plan estratégico para mejorar el Programa de Salud Infantil, el enfoque de género**

   - Trabajar con los/as proveedores/as de salud para que asignen la importancia necesaria al llenado de registros que permitan identificar y cambiar actitudes de las familias de la comunidad, en base a mecanismos de discriminación hacia la niña.

   - Levantar un registro, desagregado por sexo de:

     - mortalidad infantil
     - vacunas hasta el 1er año de vida
     - consultas nuevas y repetidas en menores de 5 años
     - controles nuevos y repetidos de nutrición y desarrollo infantil en menores de 2 años
     - controles nuevos y repetidos de nutrición y desarrollo infantil en menores de 2 a 5 años
     - detección de violencia (Formulario Vigilancia Epidemiológica)

   - Elaborar y difundir un documento, en base a la información desagregada por sexo, con análisis desde la perspectiva de género (anualmente).
   - Incluir en el Manual para el Desarrollo de CAIs, la difusión y el análisis de la información recolectada, por ej., los datos desagregados por sexo (indicador de desempeño 1.1.1.) así como una metodología para abordar el maltra-

to infantil (por ej., mediante la reflexión sobre casos, en base a fuentes secundarias, sin mencionar a los/as involucrados/as).
- Impulsar la elaboración de planes de acción de prevención del maltrato infantil, en base al análisis realizado en los CAIs.
- Definir estrategias de promoción de la igual valoración de niños y niñas (por ej., su inclusión explícita en los materiales educativos: indicador de desempeño 2.1.a3).
- Incluir en la investigación sobre el sistema de referencias, la recolección de datos y el análisis de la mortalidad infantil, desagregado por sexo.
- Definir pautas que aportan a la deconstrucción de roles de género, para revertir la situación de inequidad entre padres y madres de los/as niños/as:
- Capacitar a los/as proveedores/as en competencias de comunicación interpersonal con los/as cuidadores/as de los/as niños/as a quienes se atiende, basadas en la promoción de la equidad de género.
- Difundir •en todos los escenarios, ligados a la atención de la salud infantil• mensajes a las madres, en torno a la responsabilidad compartida con el padre de los/as hijos/as.
- Difundir mensajes dirigidos a los hombres, apelando a su responsabilidad paterna: en consultas, controles, campañas de vacunación, ferias y actividades educativas, en general.

2) Consensuar acciones, con los/as responsables del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y/o de Salud Materna del área:

- Impulsar para que los/as proveedores/as de manera más activa, presten atención a la detección de señales de violencia en las embarazadas y asimismo, a su prevención.
- Incentivar una política más activa de involucramiento de los hombres en los controles prenatales y en la atención del parto, para facilitar la construcción del vínculo padre•hijo/a.

3) Promover la inclusión del enfoque de género en el Programa Nacional de Salud Infantil, así como en otros aspectos relacionados con la promoción de la salud infantil:

- Abogar por una revisión de los documentos a imprimir por parte del Ministerio, por ej., el nuevo AIEPI, para que contenga mensajes que promuevan la equidad de género desde temprana edad.
- Asegurar que el Diplomado de Nutrición, por implementarse, tenga un enfoque de género.
- Impulsar la realización de un Foro Debate sobre los mensajes de la lactancia materna en el marco de la perspectiva de género.

5.3. Programa Enfermedades Infecciosas

Objetivo:

1) Incorporar el enfoque de género al Plan estratégico de enfermedades infecciosas

Estrategias:

- La incorporación del enfoque de género en la elaboración de las guías y/o manuales para cada enfermedad infecciosa. Es decir, se explicarán los motivos por los cuales se deben tomar en cuenta las condiciones de vida de hombres y mujeres y su relación con la incidencia de la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento, etc.
- La incorporación, al Plan de IEC sobre enfermedades infecciosas del enfoque de género, es

decir, reflejar aspectos de las relaciones de género que influyen en la incidencia de la enfermedad, las barreras para el cumplimiento del tratamiento, etc., promoviendo los derechos a la salud, sin discriminación alguna.
- La elaboración de instrumentos que permitan identificar y cambiar actitudes de las familias de la comunidad, en base a mecanismos de discriminación por sexo, en relación a los/as pacientes con enfermedades infecciosas.
- Levantar un registro, desagregado por sexo de:
  - la incidencia de la enfermedad
  - el cumplimiento del tratamiento
  - la mortalidad, tomando en cuenta el ciclo de vida
- La realización de un diagnóstico rápido, con un análisis desde el enfoque de género, en torno a:
  - los riesgos de contraer la enfermedad
  - la percepción y los efectos del estigma social que conlleva la enfermedad
  - las barreras que dificultan o demoran el acceso a los servicios para la detección
  - las barreras en el cumplimiento del tratamiento

Para tal efecto, se debe elaborar un cuestionario, con una explicación/justificación breve del mismo para que cada equipo de salud lo discuta y responda. Se recomienda a los equipos indagar entre la población o entre los/as pacientes si se tienen dudas sobre algún tema del cuestionario.

- La elaboración de un documento de análisis de la información recogida (cuantitativa •datos desagregados por sexo• y cualitativa) y un Plan de Acción (plazo: 6 meses); si es pertinente, diferenciado por regiones.
- Evaluaciones semestrales en base a la información recogida, desagregada por sexo y de los avances del Plan de Acción, que serán expuestos en los CAI´s.

- La implementación de la estrategia de la búsqueda activa y agilidad en el proceso de diagnóstico e inicio del tratamiento, sin discriminación de género.
- La capacitación en competencias de comunicación interpersonal con enfoque de género, con énfasis en:
  - cómo trabajar acerca de la autoestima y cómo reforzar el conocimiento y el ejercicio del derecho a la salud, especialmente dirigido a las mujeres.
  - el abordaje con los/as pacientes, de la vivencia del estigma social que conlleva la enfermedad.

- La promoción de estrategias de prevención, tomando en cuenta el enfoque de género, es decir, apelando a las responsabilidades equitativas de hombres y mujeres, probablemente, reforzando la responsabilidad de los hombres.
- La definición de estrategias educativas con un enfoque de responsabilidad compartida por la salud de la familia; asimismo, con mensajes que promuevan el apoyo social de familiares o de la red social, sin discriminación alguna, hacia los/as enfermos/as.
- La definición de estándares de calidad de atención (“rigurosas”) a las mujeres embarazadas, que corren el riesgo, o que han contraído una de las enfermedades infecciosas, por su mayor vulnerabilidad.
- La implementación de una estrategia de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual que incluya la difusión de los derechos sexuales y que no se limite a grupos de alto riesgo, como son las trabajadoras sexuales.

5.4. Sistema de monitoreo y evaluación del Proyecto

Objetivos:

1) Coadyuvar al análisis de los datos epidemiológicos, desde una perspectiva de género.

2) Garantizar que los materiales educativos y de IEC que se elaboren, tengan mensajes que promuevan la equidad de género.

Estrategias:

1) Coadyuvar al análisis de los datos epidemiológicos, desde una perspectiva de género.

- Incluir indicadores claves por sexo (ver Programa Salud Infantil y Enfermedades Infecciosas).
- Incorporar el análisis de género en los informes de monitoreo y evaluación, así como en los CAIs, a través de la implementación de la investigación operativa Autoevaluación para el incremento de la adhesión y el cumplimiento de la norma en los CAIs

2) Garantizar que los materiales educativos y de IEC que se elaboren, tengan mensajes que promuevan la equidad de género.

Incorporar un indicador de desempeño, referido al número de informes de revisión de materiales educativos y de IEC, desde el enfoque de género, sobre el total de materiales producidos.

5.5. Calidad de atención

Objetivo:

1) Incorporar el enfoque de género al Programa de mejora continua de la calidad.

Estrategias:

- La adecuación de las guías de evaluación de la calidad de atención.
- El monitoreo y la capacitación en calidad de atención con enfoque de género.
- La inclusión del enfoque de género en las encuestas y/o entrevistas a usuarias, a la salida del servicio.
- La formación de facilitadores/as para la mejora continua de la calidad.

5.6. Programas de capacitación

Objetivo:

1) Garantizar la implementación del enfoque de género en todos los eventos de capacitación.

Estrategias:

- Elaborar una guía que aborde el rol del/la facilitador/a, la implementación del enfoque de género en todos los eventos de capacitación.

  - En esta guía se contemplarán las siguientes recomendaciones:
    - Que en los grupos por capacitar haya un número equilibrado de participantes de ambos sexos.
    - Que entre facilitadores/as se deben evitar relaciones que expresan inequidad de género.
    - Que los/as facilitadores/as deben evitar el uso de títulos (usar distintivos con nombres) y asimismo, incentivar a que los/as participantes hagan lo mismo y se traten todos/as por igual.
    - Que los/as facilitadores/as deben contar con nociones básicas sobre el enfoque de género, tener la motivación y las competencias para intervenir oportunamente cuando

se exhiben relaciones de poder entre los/as participantes.
- Que se debe estar atento/a a mecanismos que reflejan roles de género tradicionales (por ej., el rol de relatores suele ser del sexo masculino; de las que escriben, del sexo femenino) entre los/as participantes y asimismo, se deben evitar mensajes que refuerzan la inequidad de género; se debe procurar más bien lo contrario.

- Elaborar una lista de chequeo para la revisión de matrices de planeación de capacitación, así como el material de capacitación a utilizar, en el marco de la implementación del enfoque de género.

5.7. Fondos de Cofinanciamiento Municipal

Objetivo:

Incentivar, tanto durante el proceso de calificación como de implementación de los proyectos, que se promocione la equidad de género.

Estrategias:

La inclusión en los criterios de calificación de los proyectos, aspectos que incentivan la equidad de género, entre otros, en relación a:

- La participación equitativa de hombres y mujeres en el desarrollo, la gestión, administración, las actividades y los beneficios del Proyecto.
- Actividades o estrategias, dirigidas a incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud.
- Estrategias que fomentan el conocimiento y el ejercicio de los derechos humanos y en particular, los derechos sexuales y reproductivos.
- Estrategias que incentivan la participación de los hombres en el cuidado de la salud de la familia.
- Estrategias de atención intercultural de la salud.

- Garantizar que El Comité Ejecutivo, responsable del Proyecto, cuente con una cuota mínima de 40% de mujeres.
- Capacitar al equipo que brindará asistencia técnica en el enfoque de género.

VI. BIBLIOGRAFÍA:

2005 **Allotey, Pascale; Gyapong, Margaret**
The gender agenda in the control of tropical diseases: A review of current evidence. UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), World Health Organization.

2003 **Asling•Monemi, K. et al.**
Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case•referent study in NicaraguaBulletin of the World Health Organization 81(1):10–18.

1993 **Bewley, C.**
Coping with Domestic Violence During Pregnancy. Nursing Standard, 8.

2003 **Dibbits y Terrazas**
UNO de DOS. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa • El Alto. TAHIPAMU, La Paz, 2003.

2005 **Doyal, Lesley**
¿Qué hace que se enfermen las mujeres? Género y la economía política de la salud. Traducción de los capítulos 1 y 2 del texto de L. Doyal: What makes women sick? Gender and the political economy of health, Macmillan, Londres (1995).

1994 **Finklehor D.**
Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of Children, 4, 31•53

2005 **García Prince, Evangelina**
Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud. Ed. Desinlimed, C.A. Caracas.

1994 **Gómez Gómez, Elsa**
La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. Versión revisada de la Contribución del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, de

la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la sexta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, Argentina).

2001 **Hartigan, Pamela**
Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Washington, D.C.; OPS; (Publicación Ocasional 7).

1994 **Heise, L.**
Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the Intersections? The Journal of Law, Medicine and Ethics, 27.

1996 **Heise, L.**
Health workers: potential allies in the battle against women abuse in developing countries. Journal of the American Medical Women's Association . Vol. 51, N° 3:120•122

s.f. **IDRC • Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo**
Combatiendo a la malaria sin DDT. Estudio de caso: México (malaria). Pág. Web: http://www.idrc.ca/es/ev•29136•201•1•DO_TOPIC.html

1999 **Isaza, Diana María et al.**
Leishmaniasis: knowledge and practices in populations of the Pacific coast of Colombia. Rev. Panam. Salud Pública, Vol. 6, N°.3, p.177•184. ISSN 1020•4989.

1994 **Langer, Ana, Kathryn Tolbert, y Mariana Romero**
Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: Situación actual y prioridades de investigación. En: Langer, A. y K. Tolbert (eds.) Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. México DF: Edames/Population Council, 1996, Pp. 233•246

1998 **Langer, Ana y Rafael Lozano**
Condición de la mujer y salud", en Figueroa, J.G. (ed.) La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF: El Colegio de México, Pp. 33 - 82.

1995 **Larme Anne C.**
Enviroment, vulnerability and gender in andean ethnomedicine. En: Social Science and Medicine, Vol. 47, N° 8. Gran Bretaña: Elsevier Science Ltd, pp.: 1005•1015.

2001 **Martin, Sandra L. et al.**
Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy. JAMA, 285:1581•1584.

2003 **Ministerio de Salud y Deportes.**
Programa Nacional de Control de Chagas, Informe de Actividades • 2003.

2001 **Montero Mendoza, Elda, et al.**
Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis desde la perspectiva de género. Pág. Web: http//papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev29/pdf/elda29.pdf.

1995 **Nigenda y Langer**
Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública: Situación Actual y Perspectivas. Foro Mundial de Salud Reproductiva. Página Web: http://www.hsph.harvard.edu/grhf/_Spanish/course/

2003 **Olavaria , José**
Ponencia: Derechos sexuales y reproductivos y los hombres. Diálogo Nacional: Pro-

moción de la salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud. INAP, Universidad de Chile. Pág. Web: http://www.flacso.cl/flacso/biblos.php?code=619

2001 **OMS**
Informe sobre la Salud Mundial 2001, Ginebra

1998 **OPS**
La tuberculosis: principal asesina de mujeres jóvenes. Revista Panamericana de Salud Pública, 1998, Vol.4, N°.2, p.126•126. ISSN 1020•4989.

1995 **Pittman, Patricia**
Género en la provisión de servicios de salud. En: El mejoramiento de la calidad de atención. Memorias del Seminario Internacional. SNS/Pro Salute/OPS/OMS/COOPI, La Paz.

2003 **Rohlfs, Izabella**
Género y salud: diferencias y desigualdades. Rev. QUARK, Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura; N° 27. Página Web: http://www.imim.es/quark/27027036.htm

2000 **Sagot, Montserrat**
La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países). Con la colaboración de Ana Carcedo. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

2005 **Sen, Gita; George Asha y Piroska Östlin**
Consecuencias de no considerar seriamente el género. Silencios que resuenan (OPS). Pág. Web: http://www.paho.org/Spanish/DD_/PUB/PO_14_consecuencias.pdf

1998 **Szasz, Ivonne**
Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno•infantil, en J.G. Figueroa (ed) La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF: El Colegio de México, pp. 313•331.

2001 **Vélez, Iván Darío et al.**
Gender and cutaneous leishmaniasis in Colombia. Cad. Saúde Pública, Vol. 17, N°1, p.171•180. ISSN 0102•311X.

2003 **Verdu, J. y Ruiz, M.T.**
Control del Chagas en comunidades guaraníes: conocimiento y hábitos higiénicos dentro del Proyecto de Mejoramiento de Viviendas en Bolivia. Gac. Sanit, Vol. 17, N°.2, p.166•168. ISSN 0213•9111.

s.f. **Villar, Isabel**
Un atentado contra los derechos humanos de la niñez. El abuso sexual un problema relacionado con el género. Pág. Web: www.cimacnoticias.com/noticias/05may/05051305.html

1994 **Weigel MM, et al.**
Cutaneous leishmaniasis in subtropical Ecuador: popular perceptions, knowledge, and treatment. **Bull Pan Am Health Organ.** Jun;28(2):142•55. Pág. Web: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8069334& dopt=Abstract