

Ministerio de Salud  
Viceministerio de Políticas de Salud  
Unidad de Género  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

# **Manual de capacitación en género y salud**

**San Salvador, 8 de marzo de 2019**



# **Autoridades**

**Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante**

*Ministra de Salud*

**Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos**

*Viceministro de Políticas de Salud*

**Dr. Julio Oscar Robles Ticas**

*Viceministro de Servicios de Salud*

## Ficha catalográfica

2019. Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes. La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: <http://www.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

### EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN.

Ministerio de Salud, Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

**Diseño gráfico y Diagramación:** Ing. Rubén Edgardo Cruz Mata

**Impreso en El Salvador por:** Editorial e Impresora Panamericana

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. "Manual de Capacitación en Género y Salud". San Salvador, El Salvador. C.A.

1ª. Edición, San Salvador, El Salvador, C.A.

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia de Cooperación Española para el Desarrollo (AECID), con cargo al Convenio, 14-C01-063 "Apoyo a la Reforma del Sector Salud: Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud y las Redes Integrales e Integradas de Salud y Participación Comunitaria en Salud, en El Salvador". El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.



Convenio "Apoyo a la reforma del sector salud:  
Fortalecimiento del INS, RISS y Participación  
comunitaria en salud en El Salvador"  
(14-C01-063)

Financiado por:



## Equipo técnico

Licda. Silvia Ethel Matus Licda. Zuleyma Álvarez	<i>Unidad de Género MINSAL</i>
Dra. Luzmila Argueta Licda. Mirella Melgar	<i>Medicus Mundi</i>
Mtra. Rosa América Laínez Villaherrera y Mtra. Sara Guadalupe Morales Hernández	<i>Consultoras</i>
M.Cs. Luis Francisco López Guzmán Dra. Patricia de Muñoz	<i>Dirección de Regulación y Legislación en Salud MINSAL</i>

## Comité Consultivo

### MINISTERIO DE SALUD

Dra. María Ángela Elías	<i>Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos</i>
Dra. Nadia Rodríguez Villalta	<i>Instituto Nacional de Salud</i>
Licda. Gloria del Carmen Arias	<i>Unidad Nacional de Enfermería</i>
Dra. Ana María Barrientos Llovet	<i>Dirección de Vigilancia Sanitaria</i>
Dr. Mario Soriano	<i>Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia</i>
Licda. Keila Albertina Peña Saravia	<i>Unidad de Promoción de la Salud</i>
Dra. Hazel Valdéz	<i>Unidad de Salud Mental</i>
Dra. Ana Estela Parada	<i>Programa Nacional de ITS/MIH</i>
Licda. Reina Margarita Arana de Serrano	<i>Unidad de atención integral a todas las formas de violencia</i>
Licda. Florencia Borja Arabia	<i>Dirección Regional de Salud Zona Metropolitana</i>
Licda. Isabel Martínez de Funes	<i>Dirección Regional de Salud Zona Paracentral</i>
Lic. Diego Manuel Guerra	<i>Dirección Regional de Salud Zona Occidental</i>
Dr. Héctor Alexander Rosa Mina	<i>Dirección Regional de Salud Zona Central</i>
Maritza Ramirez	<i>Dirección Regional de Salud Zona Central</i>
Licda. Reina Isabel de Santín	<i>Dirección Regional de Salud Zona Oriental</i>

### SOCIEDAD CIVIL

Licda. Morena Guadalupe Murillo Licda. Rina E. Abrego	<i>Foro Nacional de la Salud</i>
Dra. Angélica Gutiérrez Licda. Karen Rivas	<i>Las Méridas</i>
Licda. Maira Bolaños	<i>ORMUSA</i>
Lic. Estela Beatriz Rivas de Preza	<i>Save The Children</i>
Licda. Nilda Rios	<i>Médicos del Mundo</i>

### INSTITUCIONES

Licda. Karla Roxana Rodríguez	<i>ISDEMU</i>
-------------------------------	---------------



## Presentación

El Ministerio de Salud (MINSAL), presenta el Manual de Capacitación en Género y Salud, este corresponde a ejes prioritarios de la Reforma en Salud tales son el Talento Humano como piedra angular del Sistema Nacional de Salud, el de Violencia y Salud, así como el de Fortalecimiento Institucional, que conllevan en su desarrollo estrategias de formación para disminuir las brechas en los conocimientos y habilidades para abordar de cara a la población la salud integral de las personas, las familias y las comunidades.

El contenido del Manual tiene en cuenta Convenios y Tratados internacionales, las Políticas públicas y el marco normativo nacional e institucional con el propósito de enfrentar las desigualdades de género y combatir la discriminación y la violencia contra las mujeres, en ese sentido, cumplir con los objetivos establecidos en la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud (2015). El objetivo del Manual es el de: "Fortalecer las competencias del personal multidisciplinario del MINSAL, para desarrollar procesos formativos en género con enfoque y abordaje de determinación social de la salud, en la intervención intersectorial, investigación y otros campos de la salud".

Este manual parte de la rica experiencia previa de formaciones en Género y Salud, Género e Investigación, Género y Planificación, Género y Violencia, desarrolladas desde la Unidad de Género apoyándose en capacitadoras y capacitadores con experiencia y conocimientos a profundidad de los temas impartidos.

El manual fue validado en 2 jornadas, una con el personal del MINSAL y otra con la sociedad civil y otras instancias, que incluyó al Foro Nacional de la Salud, organizaciones feministas, ISDEMU y cooperación internacional. El proceso de elaboración del Manual de Capacitación de Género y Salud, fue apoyado y financiado por la ONG internacional Medicusmundi.

Esperamos que el Manual de Capacitación en Género y Salud, sirva de valiosa herramienta para la formación de mujeres y hombres de los distintos niveles y regiones que comprende el Ministerio de Salud.



  
**Dra. Elvia Violeta Menjívar**  
**Ministra de Salud**





## Contenido del manual

<b>I.</b>	<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>II.</b>	<b>Objetivos de manual</b>	<b>12</b>
<b>III.</b>	<b>Marco conceptual</b>	<b>13</b>
<b>IV.</b>	<b>Marco legal</b>	<b>14</b>
<b>V.</b>	<b>Ámbito de aplicación</b>	<b>18</b>
<b>VI.</b>	<b>Metodología</b>	<b>18</b>
<b>VII.</b>	<b>Contenidos por módulos</b>	<b>25</b>
	<b>Módulo 1. Construcción social de género</b>	<b>25</b>
a)	El género como categoría de análisis	25
b)	Patriarcado y machismo	29
c)	Género y salud	30
d)	Guía metodológica día 1 Construcción social del género	33
	<b>Módulo 2. Determinación social de la salud</b>	<b>37</b>
a)	Enfoque de género, como categoría de análisis desde la determinación social de la salud	42
b)	El derecho a la salud desde la perspectiva de género	44
c)	Género y proceso salud enfermedad	45
d)	Género desde la visión epidemiológica y científica	46
e)	Guía metodológica día 2. Determinación social de la salud – análisis desde el enfoque de género.	48
	<b>Módulo 3. Normativa Nacional e Institucional de Género y Salud</b>	<b>51</b>
a)	Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres (LIE)	51
b)	Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres (LEIV)	53
c)	Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)	57
d)	Política de Salud Sexual y Reproductiva	58
e)	Guía metodológica día 3 normativa nacional e institucional de género	60
	<b>Modulo 4. Violencia contra las mujeres</b>	<b>63</b>
a)	La violencia contra las mujeres	63

b) Conceptualización de la violencia contra las mujeres	64
c) Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia	70
d) Sistema nacional de atención (SNA) para mujeres que enfrentan violencia	70
e) Violencia obstétrica	72
f) La trata de personas	77
g) Guía metodológica día 4 Violencia contra las mujeres	82

**Módulo 5. Violencia de género en la atención de salud 85**

a) Prácticas institucionales que se constituyen en violencia de género	85
b) Derecho a la salud y principios de la atención en salud	86
c) Violencia en salud sexual y reproductiva	87
d) Violencia y discriminación hacia las personas trabajadoras sexuales	92
e) Violencia hacia las personas LGBTI	93
f) Guía metodológica día 5. Violencia de género en la atención de salud	97

**Módulo 6. Investigación en salud con enfoque de género 101**

a) Aportes del feminismo al conocimiento científico	102
b) Sesgos de género que existen en la investigación de la salud	102
c) Incorporación de principios, valores y metas en la investigación	105
d) Guía metodológica día 6 Investigación en salud con enfoque de género	108

**VIII. Caja de herramientas 111**

Módulo 1. Construcción social del género	112
Módulo 2. Determinación social de la salud	113
Módulo 3. Marco normativo nacional e institucional	117
Módulo 4. Violencia contra las mujeres	127
Módulo 5. Violencia de género en la atención de salud	141
Módulo 6. Investigación en salud con enfoque de género	149

**X. Anexos 156**

**XI. Bibliografía 158**

# I. Introducción

El Ministerio de Salud (MINSAL), establece en la *Política Nacional de Salud* que «*La reforma se sustenta en el enfoque de la Determinación Social de la Salud, que destaca la importancia de las condiciones históricas en que viven, trabajan y se relacionan las personas, tanto a nivel individual como colectivo, evidenciando que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos, si no se actúa sobre dichas condiciones*». Esto implica tomar en cuenta la clase social, etnia, género, medioambiente, entre otros aspectos que afectan tanto la respuesta que se brinda desde el Sistema Nacional de Salud (SNS), como los resultados que se obtienen con las estrategias, programas y proyectos que se desarrollan con la finalidad de garantizar la salud.

El MINSAL, orienta su trabajo desde la perspectiva del desarrollo científico y social centrado en la persona. Y de acuerdo lo establecido en la *Política para la igualdad y equidad de género en salud*, su labor se sustenta en el enfoque de derechos humanos, enfoque de género, de inclusión, de curso de vida, enfoque Integral e Integrado y en el enfoque de determinación social.

El presente manual aborda la reforma de salud en dos de sus ejes prioritarios que son: *Desarrollo del talento humano en salud* como piedra angular del SNS y *Violencia y Salud*, juntos desarrollan estrategias de formación para disminuir las brechas en los conocimientos y habilidades del personal de salud, para abordar de cara a la población usuaria, la salud integral de las personas, las familias y las comunidades. En ese sentido el presente manual de capacitación se vuelve una herramienta de trabajo para el personal de salud de los diferentes niveles de

atención, para desarrollar competencias que permitan abordar la salud de manera integral, más allá de atender la salud biológica, se trata de abordar y conservar la salud sin olvidar el contexto socio histórico, político y económico en el que se encuentran y junto a este análisis combatir las inequidades y la discriminación por género que afectan la salud y la atención de la misma.

El MINSAL, empezó a posicionar el tema de género en la institución a partir del año 2011 como parte de la Reforma de salud. Y en el año 2015 se creó la Unidad de Género, en ese año se elaboró también el primer *Manual de Capacitación en Equidad de Género*, que constituyó la primera herramienta para el proceso formativo. Durante los años 2015, 2016 y 2017, la Unidad de Género ha impulsado diversas capacitaciones en género, en la investigación en salud, planificación estratégica, prevención de la violencia contra las mujeres, derechos humanos, la atención en salud y no discriminación, entre otros temás prioritarios. Todo ello con el propósito de incorporar el tema de género y salud, en el quehacer de la institución. Es a partir de estas distintos esfuerzos que surge la iniciativa de crear un manual que permita al MINSAL capacitar con un modelo estandarizado en género y salud que la Unidad de Género impulsa para todo el personal de salud de la institución.

Es en este marco, que se presenta el *Manual de Capacitación en Género y Salud*, como una herramienta para desarrollar los procesos formativos con el personal de salud desde una experiencia práctica. Con el propósito de fortalecer las competencias, desarrollar procesos didácticos en materia de género, con

enfoque y abordaje de determinación social de la salud, para la intervención intersectorial, la atención en salud inclusiva, la investigación y el desarrollo de los distintos campos de la salud.

El contenido del *Manual de capacitación en género y salud* está basado en convenios y tratados internacionales, en las políticas públicas y en el marco normativo nacional, con el propósito de cumplir con los objetivos establecidos en la Política para la igualdad y equidad de género en salud del MINSAL. Los objetivos y personas a las que va dirigida el Manual, se definen en el mismo, así como la metodología a utilizar y los principios en los que

se basa. También se describen las características y condiciones necesarias de la formación-facilitación, junto con las características generales del proceso formativo. Se presenta un esquema de la estructura y organización del manual para mayor comprensión del mismo y se desarrollan los seis módulos de los que consta esta herramienta. Cada módulo contiene un marco conceptual, seguido de una carta metodológica en la que se describe el proceso a desarrollar en las jornadas-talleres de trabajo, además de una caja de herramientas, por módulo, para facilitar la capacitación, a la que se remite al final del documento.

## II. Objetivos de manual

### General

Fortalecer las competencias del personal multidisciplinario del MINSAL, para desarrollar procesos formativos en género con enfoque y abordaje de determinación social de la salud, en la intervención intersectorial, investigación y otros campos de la salud.

### Objetivos específicos

- Aplicar una herramienta conceptual y metodológica para la facilitación de procesos formativos en materia de género y del enfoque y abordaje de determinación social de la salud.
- Desarrollar un proceso formativo dinámico, reflexivo y crítico que propicie una atención a la población usuaria con calidad y calidez, basada en el principio igualdad y no discriminación.
- Incentivar al personal que presta los servicios de salud para aportar desde su experiencia a la generación de una práctica enriquecida técnica y éticamente que promueve la equidad de género en la salud de mujeres y hombres

## III. Marco conceptual

### Conceptos básicos

En el presente manual se parte de enfoques y conceptos que se desarrollan en los diferentes módulos, para efectos de este documento se han priorizado los más relevantes.

**Androcentrismo:** sistema de pensamiento que pone al hombre como centro del universo, como medida de todas las cosas. Se fundamenta en el factor biológico que diferencia a las mujeres de los hombres, lo cual es una visión distorsionada y empobrecedora de la realidad que oculta las relaciones de poder.(9)

**Atención en salud sin discriminación:** en todas las acciones que desarrolle el MINSAL, tendrá como lineamiento, que la atención en salud se realice sin ningún tipo de discriminación, posibilitando que mujeres y hombres en todo el curso de vida puedan acceder a la atención en salud integral.(30)

**Discriminación:** toda distinción, exclusión, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, identidad sexual, estado familiar, procedencia rural o urbana, origen étnico, condición económica, nacionalidad, religión o creencias, discapacidad física, psíquica o sensorial, o cualquier causa análoga, sea que provenga del Estado, de sus agentes o de particulares. (31)

**Determinación social de la salud:** las bases de la determinación social de salud, establecen que los fenómenos de salud y enfermedad no pueden interpretarse en términos exclusivamente médicos. Estos fenómenos, responde a procesos más complejos que comprenden en una misma explicación las dimensiones psico-biológicas y sociales. Por tanto, la salud y la enfermedad son hechos biológicos y sociales, no obstante, en el campo

de la salud pública, la Determinación Social sigue "oculta", reducida a determinantes sociales aislados, que se han hecho parte del discurso sanitario, convertidos en los tradicionales factores de riesgo y las políticas públicas, siguen centradas en la atención a la enfermedad. (28)

**Diversidad sexual:** se definen tomando en cuenta las diferentes orientaciones sexuales de las personas: LGBTI. L: lesbianas, G: Gays, B: Bisexuales, T: Transexuales, T: Transgénero, I: Intersexuales. Se agrupa en dos, los que tienen una orientación sexual distinta a la exclusivamente heterosexual, es decir, lesbianas, gays y bisexuales; y los que tienen una identidad de género diferente a la de su sexo biológico: transexuales, transgéneros e intersexuales. (3)

**Enfoque basado en los derechos humanos:** es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano cuya base normativa son los estándares internacionales de derechos humanos y que operativamente está dirigido a promover y proteger estas prerrogativas. El objetivo de este enfoque es empoderar a las personas (titulares de derechos) para que ejerzan sus derechos y fortalecer al Estado (garante de derechos) para que cumpla con sus deberes y obligaciones en relación a los derechos humanos. Este enfoque, aplicado al género revela cómo los temas de derechos humanos afectan a las mujeres y los hombres de diferente manera y cómo las relaciones de poder y las discriminaciones de género afectan el disfrute efectivo de los derechos por parte de los seres humanos. (104)

**Enfoque de género:** supone tener en cuenta cómo las relaciones de género son construidas socialmente; hombres y mujeres tienen asignados distintos roles en la sociedad, y estas diferencias de género vienen determinadas por factores ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales, generadores de desigualdad.(5)

**Estereotipos de género:** son creencias que asignan características y roles típicos a mujeres y hombres en una sociedad, que encasillan su pensar, sentir y actuar. (7)

**Género:** es la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base en su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados. También, este concepto alude a la relación de poder entre ellos, porque sobre la base de dicha diferenciación se realiza una desigual asignación y control de los recursos tanto materiales (dinero, tierra, vivienda, etc.) como no materiales (tiempo, ideología, instituciones, normas sociales, símbolos) entre ambos, colocando a las mujeres en una situación desventajosa frente a los hombres.(5)

**Igualdad sustantiva:** Se define como práctica de igualdad como un Derecho Humano, y que lleva consigo una obligación legal por parte del Estado. Posee tres principios; No discriminación, responsabilidad Estatal e igualdad ante la ley.(103)

**Trata de personas:** Se define legalmente, como el que entregue, capte, transporte, traslade, reciba o acoja personas, dentro o fuera del territorio nacional o facilite, promueva o favorezca, para ejecutar o permitir que otros realicen cualquier actividad de explotación humana. Es un delito que conlleva la vulneración de los derechos humanos de las personas afectadas, que daña su integridad, dignidad y restringe su libertad. (65)

**Violencia contra las mujeres:** Cualquier acción, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado.(31)

**Violencia obstétrica:** La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (52)

**Investigación en salud:** es la investigación emprendida para incrementar los conocimientos acerca de la salud. Incluye cualquier disciplina o combinación de disciplinas que procure determinar y mejorar las repercusiones de las políticas, programas e intervenciones que se originan dentro y fuera del sector salud, incluidas las investigaciones biomédicas, de salud pública y de salud ambiental, las ciencias sociales y de la conducta y el estudio de sus relaciones con factores sociales, económicos, políticos, jurídicos e históricos, con el propósito de lograr un nivel más alto posible de salud y la ausencia de enfermedades en la población en general y en los individuos. (94)

**Misoginia:** son las conductas de odio, implícitas o explícitas, contra todo lo relacionado con lo femenino tales como rechazo, aversión y desprecio contra las mujeres. (103)

**Patriarcado:** sistema de organización social en el cuál los puestos clave de poder, tanto político como religiosos, social y militar, se encuentran, de forma exclusiva y generalizada, en manos de los hombres. (103)

## IV. Marco legal

Para efectos de enfatizar la normativa internacional y nacional se han incluido los vinculados a los objetivos del presente manual. En el contenido de los módulos se citan y hacen referencia a otros instrumentos: reglamentos, lineamientos, protocolos y otros, que han sido elaborados con base a los preceptos legales correspondientes.

### Marco internacional

#### ***La convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW)***

*D.O. n.º 105, tomo 271, de fecha 9 de junio de 1981*

Esta convención tiene como base los siguientes instrumentos jurídicos internacionales: La Carta de las Naciones Unidas, que reafirma la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres. La *Declaración Universal de Derechos Humanos*, que reafirma el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamados en esa Declaración, sin distinción alguna y, por ende, sin distinción de sexo. Los pactos internacionales de derechos humanos, que promueven la obligación estatal de garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. Las resoluciones, declaraciones y recomendaciones aprobadas por las Naciones Unidas y los organismos especializados para favorecer la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.

La convención, afirma que la discriminación contra las mujeres viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad.

#### ***Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará, OEA, 1994)***

*Adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el 24º periodo de sesiones de la Asamblea General, firmada por El Salvador el 14 de agosto de 1995 y ratificada el 26 de enero de 1996.*

La Convención establece que toda violencia contra la mujer en el ámbito público o privado, constituye una violación de derechos humanos y de las libertades fundamentales, lo que limita total o parcialmente a la mujer en el reconocimiento, goce y ejercicio de



tales derechos y libertades. Asimismo, establece que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica la cual podrá tener lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer.

### ***La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebradas en Beijing (China).***

Realizada en septiembre de 1995, reconoce que la violencia contra las mujeres se constituye en un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, impidiendo que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Asimismo, obliga a los Estados firmantes, entre ellos El Salvador, a proyectar programas especiales para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres.

## **Marco jurídico nacional**

### ***Constitución de la República de El Salvador***

La Constitución de la República de El Salvador, en su artículo 3. Establece que todas las personas son iguales ante la Ley. Para el goce de los derechos que este principio implica, no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión. art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

### ***Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres***

Esta Ley especial, surge en aplicación al principio constitucional de igualdad de las personas y como resultado del compromiso estatal de promover la igualdad y la no discriminación en contra de las mujeres, a partir de la ratificación de la CEDAW, de ahí que su objetivo principal sea el respeto y la garantía efectiva del derecho de igualdad y no discriminación contra las mujeres en todas las ámbitos y esferas de su vida personal y colectiva; a partir de la prevención de la violencia en sus diferentes manifestaciones.

### ***Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV)***

Esta Ley reconoce y garantiza el derecho de las mujeres, a una vida libre de violencia durante todo su ciclo de vida a través de políticas públicas preventivas y sancionatorias, a fin de proteger su derecho a la vida, integridad física y moral, a la libertad, a la dignidad y a la no discriminación, incluyendo expresamente la distinción por razón de identidad sexual. Para alcanzar estos objetivos la Ley establece la intervención intersectorial de las instituciones públicas, con competencia en la atención, prevención, detección y sanción de la violencia contra las mujeres, en sus diferentes manifestaciones, independientemente del ámbito donde ocurran, quienes tendrán la obligación de realizar acciones encaminadas a la erradicación de la discriminación y violencia contra las mujeres de acuerdo a su naturaleza y competencia.



### ***Ley Especial contra la Trata de Personas***

Esta tiene por objeto la detección, prevención, persecución y sanción del delito de trata de personas, así como la atención, protección y restitución integrales de los derechos de las víctimas, personas dependientes o responsables procurando los mecanismos que posibiliten este propósito.

### ***Política Nacional de Salud 2015-2019***

Aprobada bajo el Acuerdo del Órgano ejecutivo en el Ramo de Salud, n.o 1422, en San Salvador, 28 de Septiembre de 2016.

La política tiene por objetivo garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

### ***Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)***

La política fue aprobada en el 2015 bajo el Acuerdo n.o 676 y publicada en el Diario Oficial Tomo 407, número 96, del 29 de mayo del 2015. El objetivo general se orienta a incorporar de forma transversal el enfoque de género en las políticas, programas, proyectos del Sistema Nacional de Salud, así como también fomentar relaciones equitativas e igualitarias, sin violencia y sin discriminación, en todas las personas prestadoras de servicios de salud que contribuirá a mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas en salud que benefician a la población en general de forma integral.

### ***Política de Salud Sexual y Reproductiva***

La política se aprobó por Acuerdo del Organo Ejecutivo en el Ramo de Salud, Bajo Acuerdo n.o 1181, en San Salvador, 9 de agosto de 2012.

Tiene por objetivo garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad.

## V. Ámbito de aplicación

Este manual de formación es de obligatoria consulta para todas aquellas personas que desarrollarán en su ámbito procesos formativos sobre el tema de género, salud e investigación en salud.

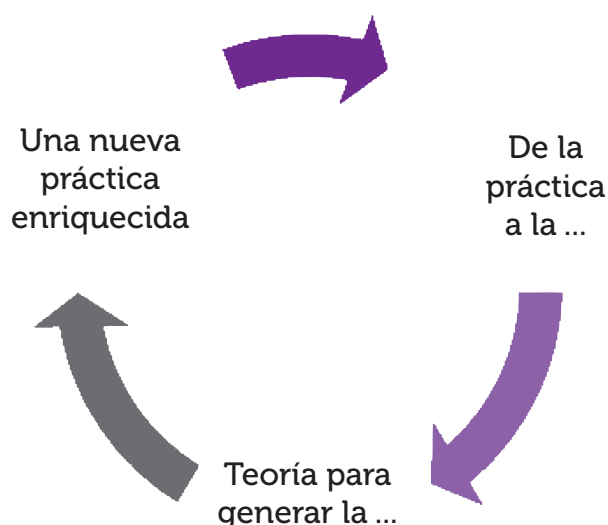
## VI. Metodología

Se propone utilizar la metodología participativa, en la que las personas son protagonistas de la construcción del conocimiento y se promueve el intercambio de experiencias centradas en la práctica personal, laboral y social. Se recomienda que el grupo de personas este integrado por mujeres y hombres. Para este propósito se retoman los principios básicos de la metodología participativa, en la que las personas son sujetos de su propia realidad y son protagonistas activos del proceso. Mientras que, las personas facilitadoras lo hacen a través de vías horizontales que promueven el potencial crítico y creativo de quienes participan.

Asimismo, se aplica el principio de partir de la realidad (de la práctica real y cotidiana) de los grupos y de su experiencia, que lleva a la reflexión teórica que posibilita una nueva práctica enriquecida. Se parte del conocimiento, la experiencia práctica de los equipos de coordinación y facilitación del proceso formativo. En el proceso se promueve una participación plena que conlleve a una práctica consciente y transformadora de la realidad; una participación como vía para alcanzar libertades. Los aportes a través de la reflexión de los grupos participantes, que han contribuido a sistematizar la experiencia de aplicación de este Manual.

Figura 1:

### Principios básicos de la metodología participativa



Fuente: UNICEF. Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación participativa, 1988 (1).

## Metodología para su aplicación

El manual de capacitación tiene como propósito establecer una ruta formativa sistemática que permita el abordaje conceptual, así como los enfoques, métodos y herramientas que contribuyan a fortalecer las competencias técnicas de quienes facilitan los procesos formativos en género. Se utiliza una metodología participativa orientada a lograr un aprendizaje significativo; así como una sensibilización en la perspectiva de género que posibilite un cambio en las percepciones, las concepciones y las acciones en el quehacer laboral y en la propia vida de las y los participantes.

La metodología se caracteriza por la generación de espacios para el intercambio, de reflexión conceptual y discusión grupal; en los que se privilegia el respeto y validación de los saberes colectivos. En el proceso, se espera que el grupo asigne nuevos significados a los conocimientos previos y aplique en su trabajo otras maneras de intervención en salud en consonancia con los nuevos aprendizajes, en los que sea la persona, el centro de esta atención.

## Personas a las que se dirige el manual

El Manual de Capacitación está dirigido a personal profesional multidisciplinario de salud (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, educativo, de promoción, administrativo), que conoce y asume el marco normativo y las políticas institucionales, con interés en formarse y contribuir a la creación de espacios de sensibilización en género y salud en diferentes ámbitos de trabajo; para la construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres desde la igualdad y que asumen el compromiso de incorporar la perspectiva de género y el enfoque y abordaje de determinación social de la salud en los diferentes campos y niveles institucionales.

Personal técnico que cuenta con una base de formación en género, pero ante todo que tiene la firme convicción de transversalizar este enfoque en la práctica cotidiana y está en disposición de apropiarse de las bases conceptuales y de aplicar las herramientas metodológicas idóneas para multiplicar estos conocimientos con los equipos de mujeres y hombres que en el diario vivir brindan atención y están en contacto directo con la población usuaria que acude al sistema para ejercer el derecho humano a la salud.

## ¿Cómo utilizar el manual?

Este manual es una herramienta básica de trabajo para la persona o equipos que facilitan el proceso formativo. Para su aplicación se plantean algunas sugerencias:

- Se propone conformar un equipo de facilitación, dado que posibilita una presentación más diversificada del material, permite una mejor cobertura del trabajo en grupo y facilita los preparativos logísticos. Este equipo puede conformarse por otras instituciones del estado que trabajan cada temática o población civil como las ONG, movimientos sociales, organizaciones, FNS, y todos aquellos presentes en su localidad que puedan aportar a la facilitación de los procesos.

## **Manual de capacitación en género y salud**

- Toda persona facilitadora debe conocer el contenido del manual a profundidad.
- El marco conceptual proporciona la base teórica, que se desarrolla a través de la carta metodológica a fin de generar una vinculación con el trabajo práctico y promover su aplicación de manera fundamentada.
- Revise y prepare con anticipación los materiales y equipo; en caso de no contar con algún recurso, es necesario buscar otros alternativos para cumplir con los objetivos.
- Este manual tiene referencias para facilitar la comprensión del contenido, el uso de números entre paréntesis indica la cita bibliográfica específica y la referencia bibliográfica de un párrafo, al final del documento según numeración correlativa.
- Los módulos contienen temáticas y enfoques comunes que se desarrollan durante el proceso formativo, por lo que es importante establecer esa vinculación para seguir el hilo conductor.
- Al iniciar el proceso se aplica una prueba de entrada que contiene preguntas referidas los contenidos que se desarrollan en cada módulo, recalque estos contenidos a fin de que el grupo se apropie de los mismos. Al final del proceso se aplica el postest, con las mismas preguntas iniciales.
- Durante el proceso, desarrolle ejercicios de retroalimentación para abrir espacios y aclarar dudas o reforzar aprendizajes.
- En cada jornada es importante tomar nota de las ideas, temáticas u otros que generan interés y debate en el grupo, así como el registro de aportes significativos que indican que los objetivos se van alcanzando.
- De similar forma, es necesario registrar las situaciones o temáticas que generan resistencia, a fin de desarrollar estrategias que posibiliten su discusión y planteamiento de manera fluida para ir rompiendo esas barreras o resistencias.
- Se debe estar preparada para afrontar que puede ser desencadenadas por temas sensibles desarrollados durante las jornadas de formación, algunas personas podrían estar subseptible a entrar en crisis cuando han experimentado situaciones adversas relacionadas con los temas en discusión, como por ejemplo la violencia sexual, tan naturalizada en la cotidianidad. Para lidiar con estas situaciones debe hacer uso del manual de OPS para la atención en crisis, en la caja de herramientas módulo 5 y posteriormente referir a un centro de salud que pueda dar seguimiento.
- Finalmente, es importante registrar los cambios y aportes que el equipo hace en la ejecución en lo metodológico a fin de enriquecer el proceso formativo.

## Características y condiciones de la formación-facilitación

La persona responsable del taller desempeña un papel que busca propiciar el cumplimiento de las siguientes condiciones:

- Generar la confianza para propiciar un ambiente cálido y relajado, de forma que las personas participantes se sientan con libertad de expresarse.
- Establecer una comunicación, que supone la escucha activa, la empatía, la asertividad, el diálogo intercultural.
- Promover el respeto activo y la tolerancia, que consiste en tener y mostrar un interés positivo por comprender a quienes piensan de forma diferente y trabajar en armonía.
- Inducir a la cooperación, que además de colaboración, implica superar la competencia o rivalidad, para cambiar la lógica del «yo» por la del «nosotras o nosotros» y cuya finalidad última es la creación de redes de trabajo.
- Exhortar la autonomía, que unida a la responsabilidad, permite decidir libremente, a fin de hacer lo que se considera correcto para nuestra vida, sin que ello sea perjudicial para otras personas (2).
- Manejar adecuadamente situaciones emergentes (quiebre, desborde o crisis), permitir que la persona se exprese, dejar que fluyan sus emociones y brindar soporte y apoyo hasta que la persona se sienta más tranquila.
- Asumir que desarrollar el tema de género suele ser difícil, dado que está estrechamente vinculado a los valores de las personas, sus creencias y su cultura permeada por la misoginia y la discriminación. En este marco, no se debe suponer que las personas participantes son sensibles a la dimensión de género o estén convencidos de la necesidad de la igualdad de género.

## Características generales del proceso formativo

<b>Perfil del grupo</b>	El manual de capacitación tiene como principales destinatarios a formadores, capacitadores y personal profesional multidisciplinario del MINSAL que tienen la disposición para multiplicar los procesos a los equipos técnicos que brindan atención a las personas usuarias.
<b>Número de participantes</b>	Se conformarán grupos con un mínimo de 15 y un máximo de 25 participantes
<b>Duración del proceso</b>	56 horas presenciales, divididas en siete jornadas de ocho horas cada una.

<b>Espacio y mobiliario</b>	<p>Se requiere de un espacio amplio, iluminado y ventilado que permita desarrollar diversas actividades lúdicas, dinámicas, ejercicios colectivos, de trabajo en equipo, plenaria, entre otras.</p> <p>Que se cuente con mobiliario que se pueda mover y colocar de diferentes formas, para trabajo en pequeños grupos, semicírculo, etc.</p>
<b>Recursos y Materiales</b>	<p>Computadora, proyector, pantalla, bocinas para potenciar audios.</p> <p>Papelógrafos, plumones, tarjetas de colores, tijeras, papel de diferentes tamaños, etc.</p> <p>Disposición de material de apoyo y acceso a reproducción de copias o de archivos electrónicos.</p>
<b>Estrategia de evaluación</b>	<p>Se aplicarán dos modalidades de evaluación: la primera consistirá en la administración de una prueba inicial diagnóstica sobre los conocimientos previos (perfil de entrada) y percepciones sobre enfoque de género en la salud y la determinación social. Y una prueba al final para constatar los avances y cambios a partir del proceso formativo.</p> <p>Durante el proceso, en cada módulo se realizarán sondeos de conocimientos previos a través de técnicas participativas para introducir de manera didáctica las temáticas y al final de las mismas, se aplicarán diversas técnicas orientadas a identificar los aprendizajes significativos. No se desarrollarán pruebas tradicionales de conocimientos, dado que el objetivo está enfocado a alcanzar cambios actitudinales y que se enriquezca la práctica laboral a partir de los aprendizajes colectivos.</p> <p>Si se tomará en cuenta el nivel de participación, calidad de los aportes, trabajo en equipo, entre otros.</p>

## ¿Cómo está estructurado u organizado el manual?

El material que conforma el manual de capacitación se organiza en seis módulos temáticos. En la primera parte de cada módulo se establece un planteamiento teórico que fundamenta los temas y se adjunta el proceso, descrito en una carta metodológica. En cada módulo se remite a la caja de herramientas, apartado que contiene diferentes instrumentos, guías, lecturas, dinámicas, descripción de ejercicios, esquemas y otros que se citan en los módulos. Se sugiere revisar los ejercicios, previo al desarrollo de cada módulo a fin de contar con todo el material requerido para cada jornada.

Los contenidos de cada capítulo se describen a continuación:

**Figura 2:**

## Estructura de los módulos

MODULO 1.	MODULO 2.	MODULO 3.
<p><b>Construcción Social de Género</b></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Reconocer la construcción del género como un proceso histórico, psicosocial y la necesidad de su deconstrucción para avanzar a una sociedad con igualdad y sin discriminación.</p> <p>Desarrollar habilidades para el manejo de las herramientas conceptuales y analíticas que facilite la comprensión del género.</p> <p><b>Temas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El género como categoría de análisis</li> <li>• Género y salud</li> </ul>	<p><b>Determinación social de la salud</b></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Comprender el enfoque de la determinación social de la salud como categoría de análisis en la intervención en salud desde la perspectiva de género</p> <p>Caracterizar y diferenciar la determinación social de la salud con las determinantes sociales de la salud</p> <p><b>Temas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinación social de la Salud</li> <li>• Enfoque de Género, análisis desde la determinación Social de la Salud</li> <li>• El Derecho a la salud, desde la perspectiva de género</li> </ul>	<p><b>Normativa Nacional e Institucional de Género</b></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Conocer y analizar la aplicación la normativa nacional para la igualdad de género en el ámbito de la salud desde un enfoque de derechos humanos</p> <p>Establecer estrategias en su ámbito de trabajo para la aplicación de la normativa institucional para la igualdad de género en el ámbito de la salud desde un enfoque de derechos humanos</p> <p><b>Temas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres - --Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres</li> <li>• Política de Igualdad y Equidad de Género en Salud (MINSAL)</li> <li>• Política de Salud Sexual y Reproductiva (MINSAL)</li> </ul>

## Estructura de los módulos

### MODULO 4.

#### Violencia contra las mujeres

##### Objetivo:

Reconocer la construcción del género como un proceso histórico, psicosocial y la necesidad de su deconstrucción para avanzar a una sociedad con igualdad y sin discriminación.

Desarrollar habilidades para el manejo de las herramientas conceptuales y analíticas que facilite la comprensión del género.

##### Temas:

- El género como categoría de análisis
- Género y salud

### MODULO 5.

#### Violencia de género en la atención de salud

##### Objetivo:

Comprender cómo la discriminación en la atención en salud representa una vulneración de derechos a las personas LGBTI.

Promover el aprendizaje del personal multidisciplinario sobre la diversidad sexual.

##### Temas:

- Violencia en salud sexual y reproductiva
- Violencia y discriminación hacia las personas trabajadoras sexuales
- Violencia hacia las personas
- LGBTI

### MODULO 6.

#### Investigación con Enfoque de Género

##### Objetivo:

Conocer los elementos de aplicación práctica de la dimensión de género en la investigación en salud

##### Temas:

- Investigación en salud con Enfoque de Género
- Aportes del feminismo al conocimiento científico
- Sesgos de género que existen en la investigación de la salud
- Incorporación de principios, valores y metas en la investigación.



## VII. Contenidos por módulos

### Módulo 1. Construcción social de género

#### a) El género como categoría de análisis

El género, es una categoría analítica que surge en la década de los años setenta, a partir de estudios en las ciencias sociales y del movimiento académico de mujeres que centraron su atención en el análisis de las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres, las cuales se expresan en todas las áreas de la existencia humana, incluida la salud (2).

El análisis de estas relaciones también implicó la revisión del concepto sexo, entendido como «la clasificación de personas como hombre o mujer, basada en una combinación de características biológicas: cromosomas, hormonas, órganos reproductivos internos y genitales» (3). Sin embargo, el sexo no debe considerarse como un concepto rígido e inalterable, ya que existen personas que presentan características sexuales femeninas y masculinas, a quienes se denomina intersexuales. También, a través de intervenciones quirúrgicas y hormonales, las personas transexuales han cambiado de sexo (4). Contrario al concepto de sexo, **el género**, es entendido como «la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base en su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados...» (5), que se traducen en claves sobre las cuales se construye lo que cada sociedad considerará femenino y masculino.

La combinación de estos dos conceptos, explica cómo a partir de lo biológico (el sexo), las sociedades realizan interpretaciones de elementos simbólicos, códigos mediante los cuales se concibe de forma diferenciada a mujeres y hombres (6). Realizándose además una valoración jerárquica de los roles de género, adjudicando funciones de dominación y control a ellos y de sumisión y obediencia a ellas (7).

Por lo que a la base de la diferenciación biológica (sexual), se construye una relación de poder que materializa «...una **desigual asignación y control de los recursos** tanto materiales (dinero, tierra, vivienda, etc.) como no materiales (tiempo, ideología, instituciones, normas sociales, símbolos), en la que las mujeres son situadas en una situación de desventaja frente a los hombres» (5).

Este sistema de relaciones desiguales se justifica y se perpetúa a través de la cultura (6), la cual incide en que las actuaciones de mujeres y hombres, sean naturalizadas y se consideren como algo «normal». Sin embargo, se expresa la imposición de un modelo de masculinidad, en el caso de los hombres, basado en la demostración continua de la fuerza, la sobrevaloración del espacio público lo que les hace dar menos valor al espacio privado; la represión de rasgos relacionado a lo femenino (la afectividad, sentimientos como el miedo o la tristeza); y el uso de la violencia como un medio para imponerse a las mujeres y a otros hombres (7).

Mientras que, a las mujeres, se les impone un modelo de feminidad, centrada en el ser para las demás personas, con énfasis en la afectividad, en la dependencia afectiva, la obligatoriedad de la maternidad, la heterosexualidad obligada para ambos y la homofobia.

A continuación, se presentan algunas características del género que permiten una mayor comprensión de esta categoría analítica:

**Cuadro: 1**

### Características del género

Característica	Descripción
<b>Es una construcción psico-sociocultural</b>	Lo psicológico se refiere a la construcción de subjetividades conscientes e inconscientes. Lo social se refiere a las actividades que realizan mujeres y hombres y a las relaciones que establecen entre sí. Lo cultural, se refiere a la forma en que se representa y valora lo femenino y lo masculino.
<b>Naturaliza la diferencia</b>	Se asimila como «natural» la forma diferencial de comportarse de mujeres y hombres.
<b>Relacional</b>	Se centra en las relaciones sociales entre mujeres y hombres. Al hablar de mujeres se habla de hombres y viceversa.
<b>Jerárquico</b>	La relación que se establece entre las personas, basada en el género, implica una relación desigual de poder, donde a lo masculino se le da mayor valor que a lo femenino.
<b>Contextual</b>	Las características atribuidas a mujeres y hombres, varían de una cultura a otra; además pueden cambiar según el espacio y el tiempo.
<b>Institucional</b>	Se perpetúa a través de instituciones sociales (familia, escuela, Estado, Iglesias, medios de comunicación), de sistemas simbólicos (lenguaje, costumbre, ritos) y normas y valores (Jurídicos, científicos, políticos).

Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Equidad de Género en Salud. *Manual para conducir talleres de sensibilización*, 2009.

El género también está relacionado con otras categorías de la vida de las personas como la etnia, orientación sexual, condición de discapacidad, edad, entre otros aspectos. Por ejemplo, una mujer indígena, que no hable español, sería triplemente discriminada. En primer lugar, por su género, por su etnia y por el lenguaje.

A continuación, se presentan algunos conceptos esenciales relacionados con las categorías de sexo y género:

- **Identidad de género** «define el grado en que cada persona se identifica como femenina, o masculino. Es el marco de referencia interno, descubierto y construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar una autoimagen y a comportarse según lo socialmente establecido en relación a la percepción de su propio sexo y género» (3).
- **Los estereotipos de géneros** son creencias que asignan características y roles típicos a mujeres y hombres en una sociedad, que encasillan su pensar, sentir y actuar. Por ejemplo, a ellas se les atribuyen rasgos de expresividad y afectividad; mientras que a ellos, rasgos como la competencia, la independencia, el espíritu emprendedor o la dominación (7).
- **La Identidad sexual**, expresa la identificación con el sexo biológico, mediante la cual se adoptan comportamientos, actitudes y apariencias que concuerdan con el género atribuido<sup>1</sup>; sin embargo, puede ocurrir que algunas veces no haya coincidencia entre el sexo biológico con la identidad de género, por eso la existencia de las personas transgénero. Por ejemplo, una persona que biológicamente nació mujer, pero se vivencia como hombre y viceversa.
- **La expresión de género** son las formas en que una persona se expresa a través de su apariencia física y comportamientos, etiquetados socialmente como “femeninos” o “masculinos” (3).
- **La Orientación sexual** es la “atracción emocional, afectiva, física y sexual que una persona siente por otra (heterosexual, homosexual [véase lesbiana y gay] y bisexual). Representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género, por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma. No se deben usarse términos como preferencia sexual, inclinación sexual, degeneración sexual, opción sexual y elección sexual, como sinónimos de orientación sexual, pues son imprecisos y discriminatorios” (3). Es importante considerar que la orientación sexual no se «elige», por el contrario se siente, se descubre y por eso forma parte de la persona.

A través de la **socialización** se aprende o interioriza, los modelos sobre el género, así como otras determinaciones de la estructura social en la que se encuentran las personas. De esta forma el orden social se mantiene y se reproducen los valores, creencias y actitudes que influyen en la manera en que las personas piensan y actúan. Se aprenden también las consecuencias de no adaptarse a estos mandatos sociales.

Entre los agentes socializadores se encuentran: la familia, la escuela, los medios de comunicación social y el lenguaje (7).

- **La familia:** es la primera instancia, donde se enseña cómo debería ser una mujer y un hombre, reforzando (positiva o negativamente) conductas y actitudes. En este sentido, los juegos y los juguetes, modelan roles y estereotipos que se piensa desempeñaran a futuro niñas y niños.

---

1 Entrevista a Licda. Silvia Ethel Matus, Unidad de Género, Ministerio de Salud.

- **La escuela:** Tiene un papel importante en la socialización de género, dentro del currículo oculto<sup>2</sup>, hay estereotipos y conductas que refuerzan la idea de cómo deben ser las niñas y los niños. Entre los estereotipos puede mencionarse el creer que los niños son mejores en una asignatura como las matemáticas y las niñas en lenguaje; o creer que los niños están más orientados al desarrollo científico; mientras que las niñas tienen más facilidad para asignaturas humanísticas.
- **Medios de comunicación masiva:** transmiten (explícita o sutilmente) y ayudan a mantener estereotipos de género. A las mujeres se les presenta en su papel de amas de casa, madres abnegadas, cuidadoras, y enfocadas en el cuidado personal para gustar al hombre. Asimismo, se tiende a presentarlas con atributos de belleza, feliz con su vida, desempeñándose como madre, esposa y en el ámbito laboral. Los medios de comunicación utilizan el cuerpo de las mujeres para promover productos orientados al consumo masculino, cosificando a las mujeres. En estos medios, no se cuestiona la doble jornada laboral del trabajo reproductivo y productivo de las mujeres, ni la división sexual del trabajo.
- **La imagen masculina** se relaciona con el éxito y el poder, raras veces con el cuidado del hogar o de otras personas. En éstas ocasiones, se presenta como «apoyo» a las mujeres.

Estos modelos de masculinidad y femineidad tradicionales pueden deconstruirse, tal como plantea el *Plan Nacional de Igualdad 2016-2020* (8) que reconoce la necesidad de establecer políticas públicas que favorezcan la igualdad de género través de una cultura de corresponsabilidad entre hombres y mujeres sobre los cuidados.

- **El lenguaje:** expresa la discriminación por razón de sexo o sexismo, que se traduce en el uso o significación que se da a las palabras. Cuando se usa el término masculino u hombre como genérico de la humanidad, se invisibiliza la realidad de las mujeres y sus aportes. La utilización de palabras con un significado denigrante para las mujeres, por ejemplo: *mujer pública*, relacionado con trabajadora sexual (prostituta). En cambio, en el hombre la misma palabra, adquiere una valoración positiva: *hombre público*, relacionado con el desempeño político.

También a través del sexismo en el lenguaje en el caso de los hombres, pueden identificarse frases que, al compararlos con lo femenino, el significado es denigrante para ellos: «no seas maricón», «está bajo las faldas de la mujer», entre otros ejemplos.

Tanto el género femenino y masculino, son construidos socialmente con base a estereotipos y cargas negativas especialmente para las mujeres, por eso es necesario su deconstrucción. Por ejemplo, una mujer puede disfrutar de actividades etiquetadas socialmente como «masculinas» como jugar fútbol y disfrutar de actividades consideradas «femeninas» como cocinar o cuidar de su cuerpo en función de gustarse a sí misma.

---

2 El currículo oculto se refiere a aquellos valores y estereotipos sexistas que el profesorado transmite de manera inconsciente, concretizado en aspectos tales como la distribución del alumnado en el aula, las relaciones que se fomentan entre ellas y ellos, las actitudes diferenciadas del profesorado hacia las alumnas y alumnos, entre otros aspectos.

- **Ejes de opresión de las mujeres :** Algunos aspectos naturalizados en la cultura patriarcal, son la base para justificar la dominación ejercida hacia las mujeres:
  - **La división sexual del trabajo,** relega a las mujeres a las actividades de reproducción de la especie y cuidado de la familia. Estas actividades generalmente no conllevan remuneración monetaria y carecen de reconocimiento social (trabajo reproductivo). Mientras que los hombres asumen el trabajo orientado a la producción de bienes y servicios, el cual es remunerado, se le concede valor social y facilita la propiedad de bienes (trabajo productivo). Aunque ahora en día, muchas mujeres participan en el trabajo productivo, eso no ha implicado una redistribución de las tareas de cuidado de la familia, lo que lleva al desempeño de una doble jornada; que puede ser triple, cuando las mujeres participan en el trabajo comunitario: actividades para mejorar la comunidad, la participación en grupos, actividades políticas a nivel local, entre otras (9).
  - **La apropiación del cuerpo de las mujeres y su ser para otros.** Tanto el cuerpo como las ideas de las mujeres están en función de los hombres, de las hijas e hijos, entre otros (9). Esto explicaría cómo muchos hombres imponen su decisión sobre el cuerpo femenino, de ahí que muchas mujeres no tengan control sobre el ejercicio de su sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos.
  - **La maternidad obligatoria:** socialmente se le impone a la mujer ser madre y se vincula a su identidad femenina. Con lo cual, se garantiza la reproducción de la especie y la reproducción del patriarcado (9). Este concepto se revisará en el módulo dos.
  - **La violencia contra las mujeres en sus distintas formas** (desarrollada en el módulo 4).
  - **La heterosexualidad obligatoria** (desarrollada en el módulo 5).

## b) Patriarcado y machismo

El machismo es una conducta, una práctica generada por el Patriarcado, que implica la creencia de la superioridad de los varones sobre las mujeres, y de las prácticas tradicionalmente consideradas "masculinas" sobre cualquier otra que no sea propia del estereotipo. Incluye en sí mismo varios niveles de discriminación, opresión y dominio.

La discriminación, la opresión y el dominio están justificados por la cultura patriarcal, ya que el varón, como ser superior, debe "encaminar" a toda persona que se "descarrile" de lo esperado para su cultura. Lo diferente es visualizado como una amenaza y por tanto, debe ser eliminado. Cualquier intento de subversión o liberación debe ser rápidamente aplacado.

De esta manera, el machismo no sólo ejerce violencia contra las mujeres, sino contra todo lo que sea diferente al macho tradicional. Es así que esta violencia se vuelca a todo grupo llamado "minoritario": mujeres, homosexuales, clases sociales consideradas inferiores, culturas y razas no dominantes, (como ser indígenas, afrodescendientes), etc.

El macho alardea de su superioridad golpeando a otros, y sobretodo y lamentablemente con frecuencia, golpeando a otras.

El Patriarcado, es por otra parte "el sistema" de organización social en el que la autoridad recae en el hombre. Este Sistema es el generador de todas las opresiones, todas las discriminaciones y todas las violencias que vive la humanidad y la naturaleza. Es en el patriarcado donde se aprende la explotación que ejerce el capitalismo. El Patriarcado está construido históricamente sobre el cuerpo de la mujer, es allí donde la humanidad aprende y reproduce la explotación. Allí se aprende a explotar y a dejarse explotar. Todos vivimos a la par de alguna mujer que está siendo explotada: la madre, la esposa, la abuela que realizan todo el tiempo trabajo que no es reconocido como tal. Allí es donde se naturaliza la explotación y la violencia.

Si bien el Patriarcado es anterior al capitalismo, es con el capitalismo que las relaciones inequitativas y violentas se generalizan, profundizan y naturalizan. Es allí donde se aprende la explotación que ejerce el capitalismo. La base de la explotación capitalista se gesta históricamente en el trabajo no remunerado que realizan las mujeres en sus casas, en el ámbito privado, donde permanece relegada porque así conviene a la sociedad capitalista pues para que la ciudadanía acceda al ámbito político, público y sus derechos, es necesario que se garanticen sus necesidades vitales en el ámbito privado. Por tanto, esta forma de organización patriarcal, se basa en relaciones de explotación y expropiación no solo entre clases sociales, si no entre hombres y mujeres. La visión de una ciudadana o la mujer en el ámbito político y público es aberrante para este modelo de sociedad, más bien trata permanentemente de naturalizar esas relaciones de explotación y se vinculan a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Por ello es que no basta con denunciar y combatir el machismo, ni se trata tampoco solo de que los hombres ayuden a cuidar a los niños, a lavar la ropa o aprendan a cocinar. Es necesario trascender de solo el combate al machismo. La lucha debe ser contra el patriarcado. Patriarcado capitalista, neoliberal, racista, transnacional, colonial o neocolonial.

### **c) Género y salud**

Desde el género, puede evidenciarse cómo ciertas enfermedades o padecimientos y su falta de prevención tienen a la base una explicación en aspectos culturales relacionados a las creencias, valores y roles de género. Por ejemplo, La detección temprana de cáncer de próstata se puede hacer mediante un examen, pero los hombres lo rechazan por temor a dañar su «hombría» (7). En el caso de las mujeres en los países en desarrollo, el riesgo de padecer de cáncer de cuello uterino, está asociado a que la pareja no «la autoriza» para hacerse la citología. La planificación familiar también es restringida, ya que el hombre se opone a que ella utilice métodos anticonceptivos. Por otra parte, la violencia sexual es dos terceras partes mayor en mujeres que en hombres.

El género, también brinda herramientas para comprender mejor la dinámica entre los servicios de salud y las personas usuarias, ya que se suele reforzar los roles de género, al explicarles y responsabilizar a las mujeres por el seguimiento de los tratamientos indicados y no fomentar la corresponsabilidad de los hombres sobre los cuidados de las otras personas del grupo familiar (10).

El sexo también tiene efectos diferenciales sobre el estado de salud de mujeres y hombres; por tanto, hay factores de riesgo asociados a los aspectos biológicos de las personas y otros originados en las relaciones desiguales de poder que se basan en los aspectos socioculturales del género. Según estudios recientes la influencia de ambas categorías influye sobre los perfiles de salud de las personas (2), como se puede observar a continuación.

**Cuadro: 2****Influencia del sexo y del género en la salud**

Sexo	Género
<b>Mujer</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osteoporosis (pérdida de calcio vinculada a proceso reproductivos y poseen una masa ósea menor)</li> <li>- Mortalidad materna relacionada al parto</li> <li>- Prolapso del útero</li> <li>- Incontinencia urinaria.</li> <li>- Cáncer cérvico uterino.</li> <li>- Anemia (relacionada a la pérdida de hierro por la menstruación, el embarazo y la lactancia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osteoporosis relativa a la falta de ejercicio ya que la mujer limita esta actividad debido al acoso que sufre en el espacio público.</li> <li>- Violencia sexual especialmente durante la niñez, adolescencia y adultez temprana en entornos familiares.</li> <li>- Violencia de género.</li> <li>- Trastornos afectivos: ansiedad, depresión, entre otros (vinculado primero a la violencia contra la mujer y en el mal diagnóstico de enfermedades cardiovasculares e HTA debido al reforzamiento de estereotipos de características afectivas y de dependencia emocional, histeria).</li> <li>- Hernias y lumbago (por cargar con trabajo doméstico de alto rendimiento físico)</li> <li>- Anemia (debido a prácticas culturales de dar más comida rica en proteínas, hierro, y balanceada a los hombres que es quien "produce").</li> <li>- ITS/VIH (culturalmente no se refuerza la autonomía de la mujer para la negociación del uso del preservativo y no se permite decidir sobre su propio cuerpo en la sexualidad y reproducción).</li> </ul>
<b>Hombre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer de próstata.</li> <li>- Hemofilia.</li> <li>- Balanitis y postitis</li> <li>- Orquitis</li> <li>- Cáncer de testículo</li> <li>- Disfunción eréctil</li> <li>- Andropausia</li> <li>- Fimosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirrosis del hígado (asociada a patrones culturales de consumo de alcohol en exceso y la figura de macho)</li> <li>- Cáncer de pulmón (asociado al consumo de cigarro y la figura dominante masculina).</li> <li>- Cáncer de próstata (debido a baja detección precoz por patrones culturales que reafirman la figura de macho y que rechazan los exámenes de próstata)</li> <li>- Muertes por accidentes de tránsito<sup>1</sup>(asociados a estereotipos del hombre temerario)</li> <li>- Muertes por violencia social</li> <li>- ITS/VIH (debido al refuerzo de la sexualidad masculina, muchos hombres tienden a tener varias parejas sexuales).</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005"; OPS. Género y Salud Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud.



La insistencia en focalizar a la mujer al abordar los temas relativos al género, en el área de la salud, se debe, entre otros aspectos a (11):

- Las mujeres enfrentan una sobrecarga debido a las desigualdades de género ya que presentan una situación socioeconómica inferior, enfrentan discriminación relacionada con el género, así como mayores responsabilidades reproductivas.
- El hombre ha sido el parámetro para determinar las causas y la forma en que expresan las enfermedades, así como en estudios clínicos e investigación en salud.
- La salud de la mujer se ha enfocado muchas veces en la salud reproductiva en lugar de su salud integral.
- La atención en salud proporcionada en un centro de salud, cuando acude un hombre y una mujer con síntomas de infarto. Al primero se le refiere al cardiólogo; mientras que a ella se le da un ansiolítico porque se considera que está «histérica», por eso las mujeres fallecen más por esta sintomatología.<sup>3</sup>
- El acceso a la red de establecimientos de salud está determinado por el género, las mujeres llevan a sus hijas e hijos cuando acuden a los servicios de salud o no asiste a la consulta, debido a su papel reproductivo.
- A veces las mujeres por vergüenza rechazan hacerse la citología, si es atendida por un médico.

Es importante, también reconocer que las normas sociales tienen repercusiones negativas en la salud de los hombres (10):

- La resistencia de los hombres a realizarse exámenes cuando presentan síntomas relacionados al cáncer de próstata, porque este «procedimiento» cuestiona su sexualidad masculina.
- La mayor cantidad de muertes por accidentes de tránsito y por hechos violentos relacionado con modelos de masculinidad que se basan en valores como el control, la competencia, la agresividad, el desafío a la muerte, el abuso de alcohol afecta principalmente a hombres.
- La permisividad social para que los adolescentes inicien precozmente la actividad sexual, que genera tener múltiples parejas sexuales, puede derivar en la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH.

Estas normas sociales son asumidas por algunos hombres como guiones tradicionales de género que aumentan la posibilidad de que tengan comportamientos poco saludables. Sin embargo, es importante considerar que no todas las características masculinas se convertirán en riesgos para los hombres, ya que existen diferencias en el modelo de masculinidad que se adopte en una sociedad, el cual cambia además con el tiempo (12). Lo mismo ocurre con el modelo de femineidad, en el cual las mujeres de la actualidad, se diferencian de quienes vivieron hace 50 años.

---

<sup>3</sup> Según datos de 2017 del Instituto Nacional de la Salud (INS), en la red de hospitales del MINSAL, entre el año 2012 y 2015, se atendieron en promedio a un 68.9 % de hombres, mientras el 31.1 % de las atenciones fueron a mujeres.



## d) Guía metodológica día 1 Construcción social del género

Jornada 1		Construcción social del género	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer la construcción del género como un proceso histórico, psicosocial y la necesidad de su deconstrucción para avanzar a una sociedad con igualdad y sin discriminación.</li> <li>- Desarrollar habilidades para el manejo de las herramientas conceptuales y analíticas que facilite la comprensión del género.</li> </ul>		
<b>Ideas principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sexo se refiere a las características biológicas, anatómicas y fisiológicas de las personas; mientras que el género, es la manera de actuar, pensar y desenvolverse que la sociedad asigna de acuerdo a si se es mujer u hombre.</li> <li>✓ Las diferencias establecidas entre mujeres y hombres generan relaciones desiguales que afectan especialmente a las mujeres.</li> <li>✓ La salud es impactada por el sexo y por el género.</li> </ul>		

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar a las personas participantes.</b>	Inscripción de participantes	Inscripción a la jornada.	Lista de asistencia	30 minutos
<b>Inauguración del proceso formativo.</b>	Apertura del curso	Expositiva. Se inaugura el taller enmarcando el proceso formativo como un esfuerzo del MINSAL en formar al personal multidisciplinario de salud en el tema de género.		15 minutos
<b>Identificar los conocimientos sobre género, la Determinación social y la violencia contra las mujeres.</b>	Compromisos e identificación de conocimientos previos	Expositiva: Se motiva a que cada participante se comprometa a participar en el curso de formación a través de la firma de la Carta compromiso. Luego en forma individual se completa la prueba diagnóstica para identificar los conocimientos previos al curso	Carta compromiso Perfil de entrada ( Anexo 1) Lapiceros	30 minutos
<b>Generar clima de integración y conocer expectativas.</b>	Presentación- expectativas	Se colocan cinco carteles sobre la pared con imágenes de diversos pasatiempos paisaje (playa, montaña, cafetería, momentos en familia, cine, entre otros). Se indica que cada persona se ubicará en uno de los carteles que refleje lo que le gusta hacer en su tiempo libre, cuidando que queden equilibrados los subgrupos.	Cartel con lugares (paisajes) Cinta adhesiva.	30 minutos

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
		<p>Luego conversarán sobre las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué me gusta hacer en mi tiempo libre y porque?</li> <li>• ¿Qué espero de este proceso formativo?</li> </ul> <p>Cada subgrupo elige un nombre, se presenta y comparten lo discutido. Posteriormente, una persona voluntaria de cada grupo presenta a cada integrante y las expectativas</p>		
<b>Concertar acuerdos para el desarrollo del proceso formativo.</b>	Acuerdos de convivencia.	Lluvia de ideas: Establecer acuerdos que promuevan el desarrollo ordenado de cada jornada de trabajo.	Paleógrafos Plumones Cinta Adhesiva.	10 minutos.
<b>Receso</b>				
<b>Reflexionar sobre los mandatos sociales en relación al deber ser mujer y el deber ser hombre.</b>	Los mandatos sociales.	<p>Presentar el video "La Vida de Juan y María" <sup>4</sup> (Ver Caja de Herramientas, Video V1.M1); posteriormente se forman grupos de trabajo, en los cuales se discutirán las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué representa el lápiz?</li> <li>• En la niñez ¿qué se permite a niñas y niños hacer en relación a los juegos, comportamientos, cuerpo, etc.?</li> <li>• En la adolescencia, ¿cuáles prohibiciones y permisividad se tenía en relación al cuerpo, uso del tiempo libre, juegos, comportamientos, expectativas?</li> <li>• Ahora durante la adultez, ¿qué nos dicen sobre cómo ser mujeres u hombres?</li> </ul> <p>Plenaria: Se pide a una persona relatora que comente lo discutido en su grupo y se invita a que el grupo también aporte elementos que abonen a la discusión.</p>	Laptop Proyector Video La Vida de Juan y María  Guía de preguntas	20 minutos.  1 hora 15 minutos
<b>Brindar herramientas conceptuales y analíticas que permita integrar una visión de género en su práctica</b>	Integración teórica.	Se presentan los conceptos centrales del módulo: sexo, género y sus características, estereotipos de género; el impacto de esta variable en la salud de las personas según sexo y según su género. Usar el cuadro 2 del marco conceptual.	Laptop Proyector	20 minutos  30 minutos

4 Tiene una duración de 23 minutos.

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Almuerzo</b>				
<b>Favorecer un clima de atención para el desarrollo de la Jornada vespertina.</b>	Integración grupal.	<p>Dinámica. Pasar el regalo (13). La persona que facilita envuelve un pequeño regalo y le coloca adentro tantas tarjetas como participantes haya en el grupo.</p> <p>En cada uno escribe una actividad o una pregunta. Ejemplos de actividad: cantar una canción, silbar, saltar o abrazar a la persona a la izquierda, etc.</p> <p>Ejemplos de preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es su color favorito?</li> <li>• ¿Qué le gusta más de su personalidad?</li> </ul> <p>A su señal, la persona que facilita indica que cuando comience la música (pueden aplaudir), se irá pasando el regalo y cuando acabe ésta, la persona que lo tiene, lo destapa y sigue la indicación que le saltó.</p> <p>Pueden tirarle el regalo a otra persona. Se hace en forma rápida para promover dinamismo.</p>	Caja de regalos con tarjetas	1 hora 10 minutos
<b>Reflexionar sobre las posibilidades de deconstruir el género.</b>	La deconstrucción del género.	<p>Presentar video "Sueño Imposible"<sup>5</sup> (Ver Caja de Herramientas, Video V2.M1) luego se realiza una discusión grupal con base a las preguntas generadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué observaron en el video?</li> <li>• ¿A qué se dedican los personajes?</li> <li>• ¿Cuáles son los roles que cada personaje juega?</li> <li>• ¿Cómo se aprenden?</li> <li>• ¿Será posible una nueva convivencia entre mujeres y hombres?</li> <li>• ¿Qué obstáculos a nivel personal, familiar, laboral y comunitario se deben enfrentar para nuevos modelos de convivencia?</li> </ul>	Laptop, proyector Video El sueño imposible	40 minutos

5 Tiene una duración de 4 minutos.

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Receso</b>				
<b>Favorecer la aplicación práctica de los contenidos de la jornada.</b>	Haciendo práctica la teoría.	A cada participante se le entregan tres tarjetas de color diferente, en la cual escribirán: ¿Cómo combatiré los estereotipos de género en mi vida personal, comunitaria y laboral? Se indica, que quienes desean pueden compartir con el resto del grupo lo escrito.	Tarjetas de colores, lapiceros.	20 minutos.  30 minutos.
<b>Conocer aspectos que deben mejorarse para las jornadas.</b>	Evaluación y cierre.	En dos tarjetas que se proporcionan a cada participante, se escribirán en forma de Telegrama, aspectos que fueron positivos o que necesitan mejorarse para las próximas jornadas.	Tarjetas.	20 minutos.

## Módulo 2. Determinación social de la salud

Para analizar la determinación social de la salud, se establece que la salud-enfermedad, constituye parte del proceso vital humano, y es necesario reconocer que este proceso es multidimensional y complejo; dado que sus manifestaciones individuales y colectivas implican dimensiones psico-biológicas y socioculturales (14).

Desde esta perspectiva, las bases de la determinación social en salud, establecen que el proceso de salud y enfermedad no pueden interpretarse en términos exclusivamente médicos, como la infección por un agente patógeno, el cual no niega la relación biológica causal, pero trasciende a procesos más complejos socio históricos que determinan que las personas enfermen o estén sanas.

Es en este sentido, la medicina social busca explicar los estados de salud y enfermedad de las personas y poblaciones, el ámbito individual y colectivo. La salud y el bienestar están en gran parte explicada «por cómo es la sociedad, en el sentido de los estilos de vida y las inequidades sociales que se generan como sociedad a lo largo de la historia de las personas». En esta interpretación, es necesario considerar siempre las inequidades de género, las cuales son injustas, innecesarias y evitables como una de las injusticias primarias construidas a lo largo de la historia y que explica mucha de la morbimortalidad que sufren las mujeres.

El planteamiento no es nuevo, los antecedentes se remontan a los años setenta, época en que la determinación social de la salud nace como concepto en el marco del desarrollo incipiente de la Medicina Social en contraposición a la visión biomédica hegemónica presente hasta esa década y en la que la salud era vista en términos exclusivos de la persona y de la persona hombre y no de las sociedades. A partir de entonces, sus planteamientos han sido enriquecidos por una amplia producción científica en múltiples documentos y publicaciones. Esta categoría de análisis, se planteó y consideró indispensable para trabajar por la transformación de la realidad en sus diversas dimensiones y “como una respuesta del pensamiento crítico al pensamiento reducido que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan” Afectando a la gran mayoría de mujeres de comunidades que viven en riesgo social. (15, 16).

En este marco se propuso la determinación social, a fin de devolver «al proceso salud-enfermedad su carácter complejo y multidimensional, que abarca los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo se piensa la salud y de los fundamentos de cómo se construyen las prácticas (praxis) (16)». Se recalca que, esta perspectiva sirvió de base para las reformas sanitarias progresivas en varios países de América Latina, incluido El Salvador.

La determinación social, como herramienta teórico metodológica, es decir una categoría de análisis, la constituyó la lucha de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza, genera pensamiento crítico y una acción emancipadora.

La determinación social de la salud que identifica al proceso salud-enfermedad como el resultado de las interacciones que el modelo hegemónico de desarrollo ejerce entre la naturaleza y la forma en que la sociedad se organiza y funciona mediante la interacción contradictoria de componentes socio históricos, económicos, políticos, culturales, demográficos, ambientales y biológicos. Esta interacción entre naturaleza y sociedad es la que determina que las personas gocen o no de una vida saludable, plena y productiva, superando y ampliando la visión estática de la ausencia de enfermedad al incorporar a diversos sectores y actores para garantizar este derecho (17).

De acuerdo a Breilh (18), teórico de la determinación social, el debate sobre cómo enunciar la salud y sobre todo cómo actuar, es una lucha de ideas que responde a intereses sociales, políticos, económicos y estratégicos de las clases sociales, desde un ángulo que debe visualizar las relaciones de poder, incluidas relaciones de género que determinan inequidades que impactan y determinan la salud.

Por lo anterior, la determinación social de la salud, en el desarrollo e incidencia de las enfermedades (la epidemiología), renuncia a ser únicamente descriptiva, ya sea descripción de comportamiento de la enfermedad de manera individual (casos) o de grupos poblacionales; Y en su lugar busca evidenciar la relación que existe entre los problemas de salud identificados (en términos de incidencias, o prevalencias) con el modelo de sociedad que se tiene a partir de la realidad económica, que es excluyente, inequitativa, acumuladora y consumidora y que construye desigualdades sociales.

Es necesario entonces, que en el estudio del comportamiento de las enfermedades se visualice cómo el modelo económico capitalista ha excluido de acceso a poder y bienes a la mujer, de tal forma que no es posible invisibilizar el enorme efecto que tienen las desigualdades de género, en la carga de enfermedad que sufre la mujer salvadoreña. Por tanto, implica que la manera de estudiar los procesos de salud y enfermedad o la epidemiología convencional, debe de abordar las relaciones de la ciencia con el poder.

Para comprender estas diferencias, se hace necesario revisar los distintos enfoques que se utilizan para abordar los procesos de salud-enfermedad y los distintos criterios que se utilizan para explicar la causalidad y definir el abordaje de los problemas de salud a partir de los distintos lentes en que se ven reflejados los distintos enfoques. Así, el enfoque de determinantes de la salud (que es un enfoque moderno del antiguo enfoque de riesgo) versus Determinación social de la salud debe ser comparado para una mejor comprensión de los mismos.

El enfoque de determinación social se contrapone al enfoque tradicional de riesgo y al enfoque moderno de determinantes sociales. La determinación social analiza los fenómenos de salud y enfermedad como el resultado de un todo y de una misma realidad en la que se une lo biológico con lo psicosocial estructural; en el enfoque de riesgo y la determinantes sociales la explicación se reduce a la existencia de factores de riesgos específicos que es posible abordar de manera aislada e individual con programas preventivos puntuales y limitados a dicho factor de riesgo.

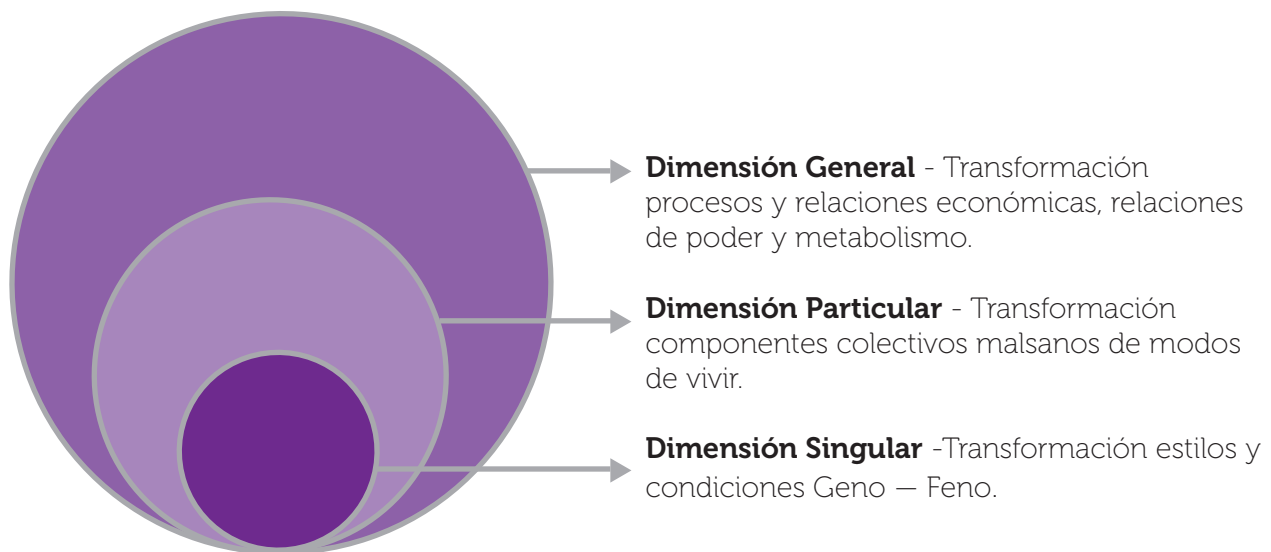
En la determinación social de la salud, la prevención implica cambios en la realidad que explica el problema de salud, es decir, exige el abordaje de las desigualdades e inequidades de género y en consecuencia la lucha para transformarlas.

Es posible ejemplarizar el conflicto en el caso del embarazo en adolescentes: en el enfoque de riesgo y de determinantes sociales, de manera reducida se privilegia el carácter y características individuales de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y posparto; lo que determina un abordaje preventivo limitado a las mujeres y niñas en esta situación y sus características individuales (nivel educativo, conocimiento de anticonceptivos, pobreza, desintegración familiar, etc.) y que también se pueden abordar de manera colectiva por ejemplo a mujeres de bajo nivel educativo, grupo de mujeres pobres, etc. Sin tomar en cuenta la estructura patriarcal que las rodea. En cambio el enfoque de determinación social de la salud sitúa también el interés en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres que culminan con la normalización de la violencia sexual estructural que ocultan muchos de estos embarazos en adolescentes.

Jaime Breihl propone tres niveles para la acción e incidencia en la salud desde el enfoque de la determinación social de la salud, que comprende una dimensión singular una particular y una general. Y las plantea como una forma compleja e integradora de tomar decisiones para el abordaje de los procesos de salud-enfermedad desde la salud pública y los sistemas de salud. (18)

**Figura 3:**

**Dimensiones: niveles de acción e incidencia**



Fuente: Jaime Breihl. Revista Facultad Nacional de la Salud Pública. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. 2013.

En el enfoque de determinación social, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que, según el autor, muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual (18).

Para precisar los puntos claves de la determinación de la salud, se presenta el siguiente esquema; desde el cambio de la concepción de salud, hasta también las variaciones en las acciones para abordarla:

**Cuadro: 3****Lógica conceptual e implicaciones en la acción, desde la determinación social de la salud.**

Lógica conceptual	Implicaciones en la acción
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La salud y la enfermedad son parte del mismo proceso</li> <li>- Lo social es un nivel de organización superior a lo biológico en el orden humano</li> <li>- Tiene sus propias leyes de producción y reproducción</li> <li>- El orden biológico está subsumido en el orden social, en niveles de complejidad ida y vuelta: general, particular, singular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La acción se orienta en los diferentes niveles con responsabilidades diferentes</li> <li>- La acción intersectorial es necesaria desde la identificación de los problemas y su determinación</li> <li>- Es necesario superar la medicalización y el complejo médico industrial y financiero</li> <li>- Los sujetos políticos son transformadores de su propia realidad (emancipación)</li> </ul>

Fuente: MINSAL (2018). Dirección de Vigilancia Sanitaria. Presentación: Enfoque de Género, análisis desde la determinación social de la salud.

Tal como se ha recalcado, desde la determinación social de la salud, se establece que la salud y la enfermedad son hechos biológicos y también sociales. En el campo de la salud pública, la determinación social de la salud sigue «oculta», reducida al enfoque de determinantes sociales aislados, que se han hecho parte del discurso sanitario<sup>6</sup>, pero convertidos y abordados como los tradicionales factores de riesgo, que siguen centradas en la atención a la enfermedad y no en la transformación social necesaria para un abordaje integral. Para comprender esas diferencias se presenta el siguiente cuadro.

**Cuadro: 4****Resumen de las principales diferencias conceptuales entre enfoque de riesgo, determinantes sociales de la salud y determinación social de la salud**

Criterios	Enfoque de riesgo	Enfoque de determinantes sociales de la salud	Enfoque de determinación social de la salud
<b>Concepto de salud</b>	Brindan un enfoque meramente descriptivo, sin movilización social.	Enfrenta las expresiones singulares y colectivas del proceso salud-enfermedad aisladamente unas de otras.	Estimula a un análisis del proceso o articulación de causas estructurales atravesando el plano individual y colectivo de esta manera se devela las consecuencias negativas del modelo capitalista neoliberal de desarrollo y promueve la movilización social para su transformación.

6 Por ejemplo las empresas de laboratorio le conviene que se siga centrando la atención en la enfermedad como mercancía y no como prevención de la enfermedad como un bien común, el cual es un derecho humano a la salud, por lo que reproduce el discurso de la determinación social.



Crterios	Enfoque de riesgo	Enfoque de determinantes sociales de la salud	Enfoque de determinación social de la salud
<b>Causa de la enfermedad</b>	Valiéndose de modelos estadísticos supone una probabilidad de ocurrencia de un evento o situación la describe en términos de tiempo, lugar y persona.	Incorpora al discurso y práctica sanitaria el concepto de determinantes sociales como factores de riesgo pero las aísla del contexto socioeconómico. No aborda la causa de la inequidad.	Hace la relación entre las inequidades sanitarias y las injusticias sociales, las cuales se originan por la acumulación inequitativa de las riquezas y el poder afectando diferencialmente a la sociedad, en términos de género, etnia, condiciones de discapacidad, orientación sexual, edad, clase social entre otras
<b>Concepto del proceso salud enfermedad</b>	Enfoque biomédico, basado en el combate de estilos de vida malsanos (como una decisión únicamente individual), desvinculados de la sociedad, la comunidad, la cultura y naturaleza	Los determinantes vistos aisladamente son agua, vivienda, empleo, educación, etc., es decir, los viejos factores de riesgo desvinculados del modelo hegemónico de desarrollo y de la relación entre los procesos sociales y la naturaleza. Es una ampliación del enfoque biomédico que visualiza las condiciones de vida reduciéndolas a factores de riesgo	Relaciona el contexto social, histórico, cultural y étnico de la población. Atravesando el plano singular, particular y general
<b>Abordaje del proceso salud enfermedad</b>	Privilegia los servicios de salud curativos y atenciones preventivas individuales (como charlas educativas)	Esta es una concepción más avanzada del enfoque de riesgo, porque reconoce la existencia de diferencias colectivas generadas por condiciones de vida o características individuales (condiciones de discapacidad, género, orientación sexual, etnia edad o clase social). Como consecuencia, las políticas públicas siguen centradas en la enfermedad.	Su abordaje incluye la organización comunitaria, el liderazgo comunitario, los espacios de participación, la intersectorialidad, el derecho humano a la salud y la cobertura y el acceso universal a salud de sistemas públicos unificados y fuertes, financiados por impuestos generales, sin copagos y gratuitos para la población.
<b>Niveles de participación social</b>	Las personas asisten a atenciones en salud de forma pasiva	Se involucra a la comunidad en acciones preventivas y colaborativas en programas específicos.	Hay organización y participación social, con empoderamiento para la incidencia política, y toma de decisiones.

Fuente: Adaptado de: *Sistematización de la experiencia de desarrollo de los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (UISP) y el Ministerio de Salud de El Salvador en el periodo 2011 – 2017*. MINSAL2018

Así, en los enfoques de riesgo y de determinantes sociales no se profundiza en el contexto general, en la sociedad, sus formas de producción y consumo ni en las relaciones de poder ligadas al género.

En cambio, la determinación social señala que el proceso salud enfermedad se origina y modifica por el contexto socioeconómico y político de cada país, afectando de forma diferente a cada grupo poblacional, develando la articulación de cada elemento y su interdependencia, es decir ampliando la mirada hacia los procesos que de forma dinámica transforman la vida y la salud de mujeres y hombres de manera desigual.

Desde el inicio de la Reforma de Salud en el 2009 (19), la determinación social de la salud, es asumida por el MINSAL, como una de las principales categorías de análisis para generar las transformaciones sociales y de salud que esta Reforma persigue.

La determinación social de la salud, como categoría de análisis, posibilita considerar «la urgente necesidad de pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual (que siguen siendo vitales) a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales colectivos que se extienden necesariamente al entorno y al equilibrio con otras formas de vida (16 )». Y se complementa con la categoría de análisis de género, social e históricamente construida por las luchas de los movimientos feministas. En esa medida, el MINSAL asume como principios fundamentales, de cuyo cumplimiento integral depende la determinación social de la salud:

- La sustentabilidad soberana de la producción de los bienes de los que depende la vida;
- La vigencia de relaciones sociales solidarias;
- La bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos;
- El estudio a profundidad del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza.

## **a) Enfoque de género, como categoría de análisis desde la determinación social de la salud**

*Las inequidades más antiguas, más interiorizadas y por lo tanto, más difíciles de modificar, son las inequidades de género (28)*

MINSAL (2018). Dirección de Vigilancia Sanitaria. Presentación: Enfoque de Género, análisis desde la Determinación social de la salud.

Tal como se señaló en el Módulo uno, el género es la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base en su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados. También, este concepto alude a la relación de poder entre ellos, porque sobre la base de dicha diferenciación se realiza una desigual, asignación y control de los recursos tanto materiales (dinero, tierra, vivienda, etc.) como no materiales (tiempo, ideología, instituciones, normas sociales, símbolos) entre ambos, colocando a las mujeres en una situación desventajosa frente a los hombres (5).

Las desigualdades sociales, desde la determinación social de la salud, se interpretan como las diferencias que existen entre los grupos humanos; las inequidades son la expresión de una desigualdad que expresan valores éticos, relacionados a la justicia y la garantía de derechos, es decir son situaciones injustas, evitables, sistemáticas y prevenibles.

Las inequidades de género tienen relevancia crítica en el análisis epidemiológico y en el desarrollo de estrategias y políticas públicas de salud, por lo que ignorarlas imposibilita una adecuada profundización en el análisis de problemas de salud, en la investigación, al mismo tiempo que limita las acciones de promoción de la salud que se impulsen desde los servicios de salud.

Para comprender la influencia del género en la determinación social de la salud, se hace necesario

remitirse a los antecedentes históricos del patriarcado: este es un orden de poder, un modo de dominación, en el que se reproducen las estructuras de género, cuyo paradigma es el hombre y está basado en la supremacía de lo masculino, sobre la ubicación en un espacio inferior de las mujeres y lo femenino, en la mayoría de las sociedades.

Por tanto, el ejercicio del poder ha tenido una dirección masculina y las mujeres han sido sometidas a la subordinación y a la discriminación en los diferentes ámbitos: sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros.

El poder es definido como una categoría multidimensional que se instituye en las relaciones interpersonales, estas pueden variar de acuerdo a la coyuntura y contexto dominante. Las fuentes de poder son diversas, entre las personas, el control de los recursos, la ideología dominante, así como las estructuras e instituciones sociales, económicas, políticas, legales y judiciales que de ellas dependen (23, 9).

En este marco, la inequidad de género existe en casi todos los países del mundo y se presentan en todos los ámbitos de la vida, incluida la salud (24). Estas inequidades pueden adoptar formas diversas que pueden afectar la salud de mujeres y hombres, tales como:

### **Desigualdades e inequidades de género en salud**

- **Índice de mortalidad de las mujeres:** en muchos lugares del mundo es mucho más alto que el de los hombres, debido en parte a que reciben menos atención y cuidados médicos.
- La natalidad: en muchas sociedades existe una mayor preferencia por el nacimiento de hijos, en lugar de hijas.
- **Oportunidades básicas:** el acceso a la educación de los niños sobre las niñas, repercutirá en una entrada desigual al mundo laboral, con salarios menores y trabajos más precarios para las mujeres; lo que a su vez repercute en niveles desiguales de pobreza y exclusión social directamente vinculados a los estados de salud.
- **Oportunidades especiales:** en aspectos considerados «privilegiados» en algunas sociedades del mundo, por ejemplo, en el acceso a la propiedad de la tierra o a la educación superior. Esto repercute en el desarrollo de las mujeres, quienes disponen de menos recursos y por tanto de una menor calidad de vida.

### **Desigualdades e inequidades de género en el ámbito laboral (10):**

- **En el hogar:** la naturalización del trabajo del hombre fuera de la casa, mientras que las mujeres sólo pueden acceder a este tipo de trabajo si lo compaginan con las obligaciones domésticas, repartidas desigualmente entre los sexos generándose para las mujeres una doble o triple jornada). Cuanto más tiempo invierte la mujer en los trabajos domésticos, peor es su salud (25). El hecho de que los hombres no compartan el trabajo doméstico significa que la mujer suele tener menos tiempo para dedicar al ejercicio y a la actividad física que favorecen la salud (26). Este hecho genera en las mujeres una sobrecarga de trabajo, que incide en su estado de salud.

- **En el ámbito laboral (trabajo formal)** las situaciones que afectan la salud mental y el bienestar producidos por el bajo reconocimiento social, la alta exigencia que provoca estrés, la exigencia de un mayor nivel de empatía, el menor acceso a cargos directivos, el acoso sexual y el acoso moral (mobbing)<sup>7</sup>. Muchos de los trabajos remunerados desarrollados por mujeres, son considerados una extensión de lo doméstico o «típicamente femeninos», como el servicio doméstico, la enfermería o el magisterio, están desvalorizados socialmente y en ocasiones sus salarios son inferiores. Todo esto esconde una desigualdad y una jerarquía social.

Estos datos se corroboran al establecer que, en El Salvador, un 53.7 % de las mujeres representaban la Población Económicamente Inactiva<sup>8</sup>, mientras que en el caso de los hombres, el dato correspondía al 19.4 %. Asimismo, se evidencia una brecha salarial, dado que las mujeres percibieron \$ 276.60 dólares en promedio al mes, en tanto que los hombres, \$330.05. Se registra una diferencia salarial de \$53.45, 16.19 por ciento, en contra de las mujeres (27).

Tal como puede constatarse, la asignación social y valoración jerárquica que se adjudica con base en los roles de género y que atribuye funciones de dominación y control a los hombres, y de sumisión, dependencia y respeto a la autoridad a las mujeres, está marcada por el poder entre unos y otras, y a un acceso diferenciado a los recursos, entre estos los concernientes al ámbito de la salud, lo que determina posibilidades de desarrollo diferenciado (7). En estas relaciones de poder, se sustenta la violencia ejercida contra las mujeres y las niñas, tal como se ha abordará en el Módulo 4. Violencia contra las mujeres.

## **b) El derecho a la salud desde la perspectiva de género**

El derecho a la salud, analizado desde el enfoque de género implica identificar y reconocer de qué manera este derecho es vulnerado y limitado por pertenecer a uno u otro sexo.

Una interpretación de bases científicas sobre la inequidad y el análisis de toda propuesta de construcción de equidad tienen que abordar el conjunto de las relaciones sociales, interétnicas y de género. Para combatir la inequidad, ya sea como propuesta global en el campo de las políticas sociales o como aspecto particular de las políticas de salud, se tiene que asumir un marco interpretativo integral, el de determinación social de la salud (28).

En este marco, la situación de género como proceso social se establece entre el disfrute de bienes y soportes y el padecimiento de peligros y carencias. El mayor o menor acierto y competencia de un análisis de la situación de género, depende entonces, además del grado de contacto con la realidad concreta, del empleo de categorías y un marco conceptual que permita reconocer las contradicciones u oposiciones más importantes que determinan la vida de género y su proyección en el tiempo.

---

7 En el contexto laboral, se aplica a situaciones en las que una persona es sometida a aislamiento social o exclusión, sus trabajos o esfuerzos son devaluados o sufre amenazas frecuentes. esta forma de persecución u hostigamiento psicológico que la persona trabajadora sufre en su lugar de trabajo se caracteriza por la sutileza y la continuidad en el tiempo, y persigue como fin último, la autoexclusión o el abandono del puesto por parte de la víctima tras haber sido arrinconada e inutilizada

8 La tasa de inactividad, se refiere a la población que, siendo parte del PET, no está trabajando ni buscando activamente un trabajo, por lo tanto, se clasifica como Población Económicamente Inactiva, para referirse en términos relativos a esta condición se utiliza la tasa de inactividad

De esta forma no es posible aplicar un enfoque de derechos, sin considerar cómo los derechos han sido ejercidos de manera asimétrica entre hombres y mujeres a partir del poder desigual entre los géneros a lo largo de la historia. Todo esto, se evidencia en el simple hecho de que las mujeres, primero debieron ser consideradas ciudadanas; en gran parte del mundo no fue hasta hace menos de tres siglos que se logró que la mujer fuera considerada como ciudadana con algún tipo de derecho. Un ejemplo concreto de lo que significa la ciudadanía en las mujeres, es el derecho al voto, no fue hasta el siglo pasado, y gracias a la lucha feminista, que la mujer pudo ejercer su derecho al voto al igual que los hombres. Así se tiene el ejemplo de la salvadoreña Prudencia Ayala, la primera sufragista y candidata autoproclamada a la presidencia a la República en 1930.

Los Estados deben ser garantes de derechos, entre estos la salud, no obstante, en el caso de las mujeres, éstos derechos, han sido reconocidos a «regañadientes» y muchas veces desde visiones paternalistas y machistas. Esta deuda histórica queda aún evidenciada en el mundo por sistemas y políticas públicas débiles en la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

En El Salvador, a partir de 2009 se han evidenciado avances significativos en la protección y ejercicio del derecho a la salud de la mujer; entre éstos se destacan por su importancia: la *Política de salud sexual y reproductiva* (2012) (29), *Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres* (2011) (30), *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres* (2012) (31) y la *Política de igualdad y equidad de género en salud del MINSAL* (2015) (5). Para mayor profundización, ver Módulo 3. Marco normativo nacional e institucional).

## **c) Género y proceso salud enfermedad**

### **Consideraciones del proceso salud enfermedad:**

- Se construye en medio de contradicciones sociales y de las condiciones específicas de reproducción social.
- Estas determinaciones moduladas por la asignación de roles y valoraciones de género que impone el sistema neoliberal y patriarcal definen vulnerabilidades, capacidades de respuesta y efectos terminales
- El reconocimiento de esta problemática por la sociedad y el compromiso de involucrarse de manera vital para transformarla, es una expresión del papel que ha cumplido el movimiento feminista y su producción.
- Las relaciones asimétricas, de género, de clase, de etnia y las diferentes expresiones de subordinación, son destructivas de manera distinta, para dominadores y dominados, porque niegan valores y principios universales de la racionalidad humana y la construcción colectiva.
- El mundo actual que es un mundo descomunemente injusto, y es además “un mundo de hombres”.
- La reivindicación de lo femenino se inserta como instrumento de reivindicación global de lo humano.

Fuente: Adaptado de MINSAL (2018). Dirección de Vigilancia Sanitaria. Enfoque de Género, análisis desde la Determinación social de la salud

Más allá del debate sobre si la opresión de lo femenino antecede o es secundaria a la opresión social estructural, lo relevante es, comprender que en la actualidad las dos formas de subordinación coexisten y conservan cada una, sus condicionamientos y expresiones propias, pero con una clarísima complementariedad. Lo que se evidencia a través de:

**Figura: 4**

### **Inequidades en el ámbito económico y social**

La feminización de la pobreza
La exposición a la triple carga
La desvalorización de actividades productivas a las que se integra la mujer
La potenciación de los valores femeninos para lograr mayor rentabilidad como el caso de las maquilas o para atenuar el efecto de las políticas de disminución del gasto social
Las mujeres sufren distintos tipos de violencia por su condición de género.
El cuerpo y la sexualidad de ellas es menoscabado en su autonomía — se limita el poder de las mujeres sobre sus propios cuerpos

Fuente: MINSAL (2018). Dirección de Vigilancia Sanitaria. Enfoque de Género, análisis desde la Determinación social de la salud.

Tomando como base los planteamientos anteriores, en el campo de la salud se hacen especialmente visibles las contradicciones de género, especialmente cuando se trasciende del plano individual de los padecimientos personales y se asciende al plano colectivo en el cual se estudian las condiciones de salud de las poblaciones y grupos humanos. En consecuencia, pocos campos de la investigación se prestan, tanto para el avance de una mirada integral sobre el género, como el de la Medicina Social.

#### **d) Género desde la visión epidemiológica y científica**

- Existe una necesidad impostergable de profundizar sobre el desarrollo teórico, metodológico, instrumental de la perspectiva de género en la interpretación de los procesos de salud enfermedad y para el desarrollo de propuestas de salud más integrales.
- Este enfoque no puede reducirse a la incorporación de unas variables, sino a un replanteamiento profundo del objeto de estudio y sobre todo a una posición humana y política para la defensa de la salud y la vida.
- La epidemiología de género no se reduce a la investigación de indicadores de morbilidad y mortalidad que afectan a la mujer, total o principalmente, ni a los contrastes estadísticos entre sexos, por importante que ese tipo de análisis sea.
- Persigue incluir las inequidades de género en el enfoque de la determinación social que afectan

a la salud de la población, generando información que permita un abordaje de políticas y servicios de salud que rompan con patrones machistas que se implican en generar el problema de salud

- La idea que se pretende recalcar es que "género" no es una variable interesante para estratificación, y no es sólo un problema conceptual como categoría teórica, **es fundamentalmente una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud y la defensa de la vida.**
- En esta lógica las investigaciones científicas, como capital social y de conocimiento, deben de considerar dentro de su enfoque analítico las inequidades de género en el marco de la determinación social de los fenómenos que se pretenden investigar.

Fuente: Adaptado de MINSAL (2018). Dirección de Vigilancia Sanitaria. Enfoque de Género, análisis desde la Determinación social de la salud

Finalmente es necesario recalcar que la lucha por una sociedad que trastoque las fuentes del poder actual y destruya toda forma de subordinación hace necesario y urgente la construcción de relaciones que dignifiquen y enriquezcan la vida de las personas; implica la ruptura la práctica de dominación de los hombres sobre las mujeres, la sobrevaloración de lo masculino y la promoción de la igualdad como principio fundamental de los derechos humanos.

## e) Guía metodológica día 2. Determinación social de la salud – análisis desde el enfoque de género.

Jornada 2		Determinación social de la salud – análisis desde el enfoque de género		
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender el enfoque de la determinación social de la salud como categoría de análisis en la intervención en salud desde la perspectiva de género</li> <li>- Caracterizar y diferenciar la determinación social de la salud con las determinantes sociales de la salud</li> </ul>			
<b>Ideas principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La determinación social de la salud, devela las inequidades y su vinculación con el ejercicio del poder</li> <li>✓ Relaciona el contexto social, histórico, cultural y étnico de la población, atravesando el plano singular, particular y general y revela las consecuencias negativas del modelo capitalista neoliberal de desarrollo</li> <li>✓ Establece la relación entre las inequidades sanitarias y las injusticias sociales y promueve la movilización social para su transformación.</li> </ul>			
Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar asistencia de las y los participantes</b>	Inscripción	Se pasa la lista a todas las personas a fin de llevar registro de sus asistencias	Lista de asistencia	25 minutos
<b>Compartir los objetivos de la jornada</b>	Presentación jornada	De manera expositiva se presentan los objetivos relativos a Comprender y asumir la determinación social de la salud como categoría de análisis en la intervención en salud desde la perspectiva de género	Laptop, proyector	5 minutos
<b>Analizar situaciones sociales vinculadas a la salud y derechos humanos, desde la DDS y el enfoque de género.</b>	Derechos Humanos, desde la DDS y el enfoque de género	<p>Análisis de casos. Se conforman 4 grupos de trabajo y se solicita que definan la problemática, establezcan un Estado de Situación (con referencia a indicadores), analicen las problemáticas aplicando el enfoque de derechos humanos, desde la DDS y el enfoque de género. Y definen estrategias de intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El derecho al agua en El Salvador</li> <li>• Embarazo en niñas y adolescentes</li> <li>• Enfermedades crónicas</li> <li>• El acceso a la salud en El Salvador</li> </ul> <p>Se elabora cartel o se propone otra forma de presentación de resultados.</p>	<p>Paleógrafos Plumones Tirro Reportes de periódico con noticias vinculadas a los temas Capítulos de estudios e investigaciones</p>	45 minutos



Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
Compartir los aportes de cada grupo y generar un espacio de debate		Plenaria. Cada grupo presenta los principales aportes y socializa una breve síntesis de la discusión y análisis. Al final los grupos retroalimentan el producto de cada grupo, a través de la identificación de inequidades de género.	Papelógrafos Plumones	30 minutos
<b>RECESO</b>				
Presentar la base teórica de la determinación social de la salud y su aplicación en el sistema de salud salvadoreño.	Base teórica de la determinación social	Charla dialogada. Se presenta los principales aspectos de la Determinación Social de la Salud, antecedentes, principales precursores, fundamentación de la Reforma de Salud en El Salvador. La lógica conceptual y las aplicaciones prácticas. Diferencias entre Enfoque de Riesgo, Determinantes sociales de la salud y Determinación social de la salud. Análisis desde la perspectiva de género. El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de DSS.	Laptop, proyector	45 minutos
Reforzar el análisis sobre Determinación Social de la Salud		Revisión carteles: Los grupos revisan nuevamente los aportes y los enriquecen a partir de la presentación teórica sobre los DDS. Breve análisis por parte de la persona que facilita junto con los participantes	Carteles de los grupos	15 minutos
<b>Almuerzo</b>				
Analizar la relación que tienen el acceso y el control de los recursos con la mejora de la salud de mujeres y de hombres.	Acceso a los recursos, control de los recursos.	Se forma un círculo y en una caja u otro recipiente, se colocan dos sobres. Se pide una persona que se ubique de espaldas al círculo y que después de unos minutos diga: ¡Alto!, quien tenga la caja en ese momento saca el sobre y lee en voz alta testimonios seleccionados que son verdicos. Se lee un caso a la vez. (Ver Caja de Herramientas. Ejercicio 1.M2)  A continuación se realizarán las siguientes preguntas al grupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tenía control sobre este acceso? ¿Qué aspectos determinan su falta de control? ¿Creen que esta falta de control ha tenido repercusiones en su estado de salud?</li> <li>• En el segundo caso ¿Tiene la mujer control sobre su cuerpo y su salud? ¿Quiénes ejercen ese control? ¿Ha podido tener repercusiones esta falta de control en su estado de salud?</li> </ul>	Copia de caso Guía de preguntas	40 minutos

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Reflejar las diferentes situaciones con las que se enfrentan las mujeres en el sistema de atención en casos de violencia y las alternativas de solución.</b></p>	<p>Sistema de Atención</p>	<p>Dramatización. Se explica a los grupos la dinámica a realizar y se solicita a 12 personas voluntarias para representar diferentes roles. Se distribuye en guion e indicaciones y se asignan de 5 a 10 minutos para que las parejas se preparen. Se procede a la representación del caso. (Ver Caja de Herramientas. Ejercicio 2.M2)</p>		
<p><b>Analizar cómo mujeres y hombres enfrentan diferentes riesgos vinculados al género.</b></p>	<p>La dimensión de género. Las inequidades de género en la salud.</p>	<p>Las demás personas del grupo son espectadoras y al final se les solicita que, en parejas, discutan e identifiquen desde el enfoque de derecho y de la DDS, con enfoque de género las diferentes situaciones que vulneran los derechos de las mujeres. Posteriormente en plenaria se identifican propuestas de mejora en el sistema de atención, se elabora un Decálogo en un paleógrafo y se lee en voz alta.</p>	<p>Copias con las ideas generales Tarjetas indicando rol y actitudes a representar</p>	<p>40 minutos</p>
<p><b>Analizar cómo mujeres y hombres enfrentan diferentes riesgos vinculados al género.</b></p>	<p>La dimensión de género. Las inequidades de género en la salud.</p>	<p>Se forman cuatro grupos y a cada uno se le entrega una hoja con información sobre las situaciones de salud vinculadas al género (Ver Caja de Herramientas. Ejercicio 3.M2) y la siguiente guía de trabajo: Se trabaja con base a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores sociales y de género que hace más vulnerables a mujeres y a hombres en estas situaciones?</li> <li>• ¿Se evidencian esas situaciones en el Sistema Nacional de Salud? En caso afirmativo. Escriba un ejemplo</li> </ul> <p>Una vez finalizado el análisis se procede a socializar los aportes y se genera una discusión y debate.</p>	<p>Copias de los hallazgos sobre investigaciones género y salud papelógrafos y plumones, tirro.</p>	<p>45 minutos</p>
<p><b>Evaluar y cerrar la jornada</b></p>	<p>Ejercicio baúl y maleta</p>	<p>Aplicar ejercicio de la maleta: 2 hojas con un dibujo del baúl (lo que dejo) y un dibujo de maleta (Lo que me llevo). Engrapadas. O una copia utilizando la misma hoja. Solicitar que complementen en la figura del baúl todas las cosas que deja a partir de este taller (ideas, percepciones, acciones) Luego en la figura de la maleta se solicita que escriban: Lo que aprendí, lo que más me gusto y que me llevo para aplicar en el trabajo y/o en mi vida. (Ver Caja de Herramientas. Ejercicio 4.M2)</p>	<p>Páginas con copia</p>	<p>10 minutos</p>

## Módulo 3.

# Normativa Nacional e institucional de Género y Salud

El Estado salvadoreño ha desarrollado avances significativos en materia de derechos humanos y derechos de las mujeres. La normativa vigente (32) se fundamenta en los preceptos de la *Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)*<sup>9</sup>, la *Plataforma de Acción de Beijing*<sup>10</sup>, la *Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará)*<sup>11</sup>.

En su quehacer institucional, el MINSAL ha tomado en cuenta los compromisos adquiridos por el Estado para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (33) Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, Objetivo 5: Mejorar la salud materna y Objetivo 6: Combatir el VIH /SIDA, el paludismo y otras enfermedades y a partir de la Agenda 2030. Y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (34), específicamente el ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

En este marco, se ha dado respuesta a los compromisos asumidos por el Estado, para armonizar la legislación nacional con base a la normativa internacional. De manera específica, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), elaboró la *Política Nacional de las Mujeres* en 2011, (35) la cual fue revisada en el 2014. Gracias al activismo y la lucha del movimiento de mujeres feministas con el apoyo de mujeres parlamentaria, se logró aprobar por unanimidad la *Ley de igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres (LIE)*<sup>12</sup>, y la *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV)*<sup>13</sup>.

### **a) Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres (LIE)**

La LIE, establece que las instituciones del Estado deberán integrar los principios de Igualdad y No discriminación en todas las políticas, normativas, procedimientos y acciones desarrolladas en el ejercicio de sus respectivas competencias, en función de dar cumplimiento a los compromisos regionales e internacionales contraídos en materia de políticas de igualdad y erradicación de la discriminación. (art.9).

Con base a lo establecido en el art.38, la Procuraduría General de la República, será la encargada de defender, garantizar y fomentar la igualdad y no discriminación de las mujeres, para lo cual deberá crear la dependencia pertinente dentro de su estructura y organización.

9 La CEDAW, es el instrumento internacional más exhaustivo para proteger los derechos humanos de las mujeres. Define el significado de la discriminación contra las mujeres y establece obligaciones legales para los Estados partes con el objetivo de poner fin a la discriminación. (1979).

10 Define objetivos y medidas incluidos en 12 esferas de especial preocupación con el fin de promover los derechos de las mujeres. (1995).

11 Define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y califica ésta, como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. (1994)

12 Aprobada el 8 de abril de 2011.

13 Fue aprobada el 25 de noviembre de 2010. Entró en vigencia el 1 de enero de 2012.

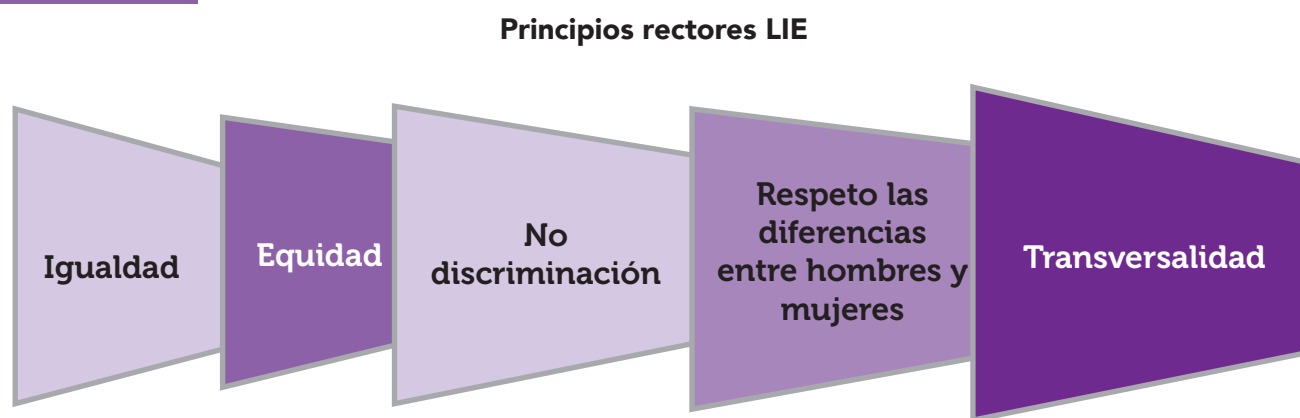
Algunos enunciados claves de la LIE son:

Se establece en el art. 3. Que la ley es de interés social y de aplicación general e involucra a todos los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural de la República de El Salvador.

En el art.4. Relativo al alcance la ley, en el numeral 5, se propone la armonización de las leyes, reglamentos, resoluciones o cualquier otro acto jurídico o administrativo originado en las instituciones del Estado que limiten o nieguen los principios de igualdad, no discriminación y los derechos entre mujeres y hombres.

El Art.5. Establece los principios rectores en lo que se fundamenta la Ley:

Figura 5:



Fuente: ISDEMU (2011). *Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres*

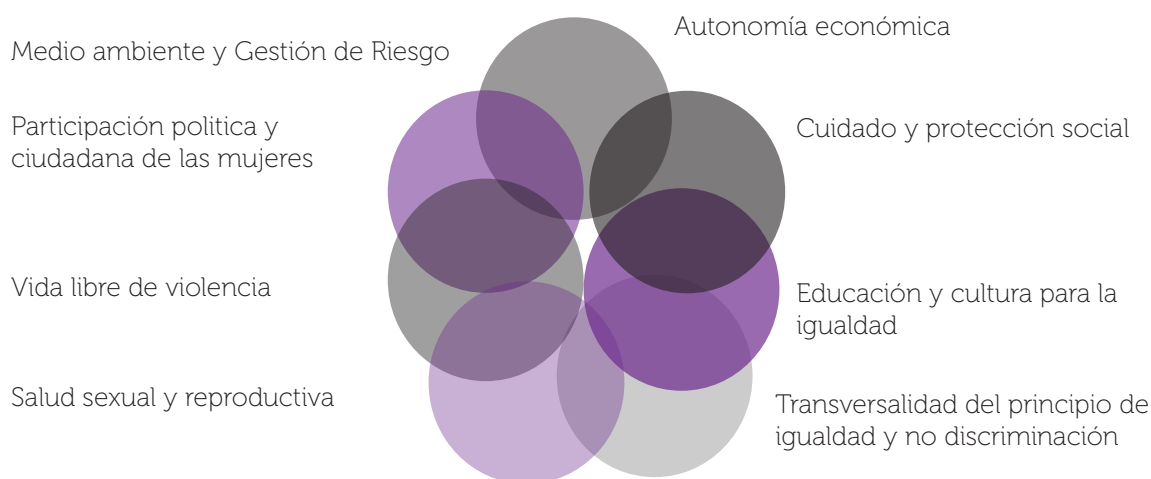
(Ver Caja de Herramientas. Lectura 1. Modulo 3 Definición de Principios)

En lo relativo a la atención en salud, la LIE establece en el Art. 26. Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva, que el Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud. En este mismo artículo se postulan los derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución de la República y además plantea los lineamientos generales para aplicar en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud. A partir de este mandato, el MINSAL debe planificar y articular la atención en salud para dar cumplimiento a estos principios.

A nivel programático se ha diseñado el *Plan Nacional de Igualdad 2016-2020*, instrumento que, «constituye la principal herramienta de política pública del Estado salvadoreño en materia de igualdad para las mujeres, con alcance nacional, sectorial y municipal». Este plan, operativiza la LIE y la *Política Nacional de la Mujer*. El Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), es la institución rectora (8).

Figura 6:

### Ámbitos Plan Nacional de Igualdad



Fuente: ISDEMU (2016). Plan Nacional de Igualdad 2016 – 2020

## b) Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres (LEIV)

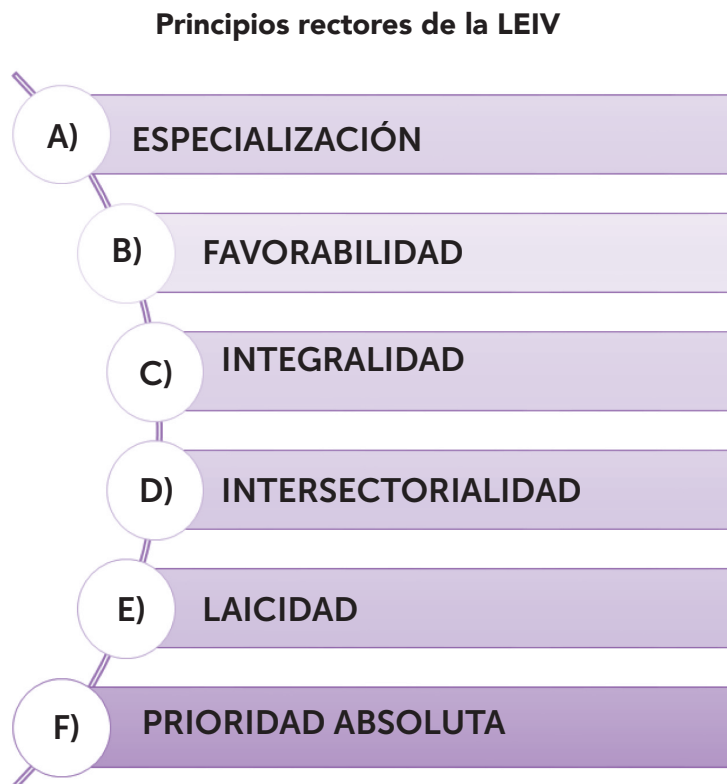
Esta Ley fue aprobada el 25 de noviembre del 2010 y entró en vigencia el primero de enero del 2012. El ISDEMU, es la institución rectora de la Ley.

La LEIV, tiene por objeto establecer, reconocer y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, por medio de Políticas Públicas orientadas a la detección, prevención, atención, protección, reparación y sanción de la violencia contra las mujeres; a fin de proteger su derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la no discriminación, la dignidad, la tutela efectiva, la seguridad personal, la igualdad real y la equidad (art.1).

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia comprende, ser libres de toda forma de discriminación, ser valoradas y educadas libres de patrones estereotipados de comportamiento, prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Así mismo, se refiere al goce, ejercicio y protección de los derechos humanos y las libertades consagradas en la Constitución y en los Instrumentos Nacionales e Internacionales sobre la materias vigentes. (art. 2). Reconocer este derecho tiene como base, que las mujeres son sujetas de derecho y que la violencia contra ellas, obstaculiza el ejercicio pleno de la ciudadanía, la participación política y económica, situación que repercute en el desarrollo del país (37).

Los principios rectores de la LEIV se establecen en el art. 4 y son los siguientes:

Figura 7:



Fuente: ISDEMU (2012). *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres*.

Figura 8:

**De estos destacan para el presente manual:**

**Especialización:**

- Es el derecho a una atención diferenciada y especializada, de acuerdo a las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y de manera especial, de aquellas que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad o de riesgo.

**Integralidad:**

- Se refiere a la coordinación y articulación de las Instituciones del Estado para la erradicación de la violencia contra la mujer.

**Intersectorialidad:**

- Es el principio que fundamenta la articulación de programas, acciones y recursos de los diferentes sectores y actores a nivel nacional y local, para la detección, prevención, atención, protección y sanción, así como para la reparación del daño a las víctimas.

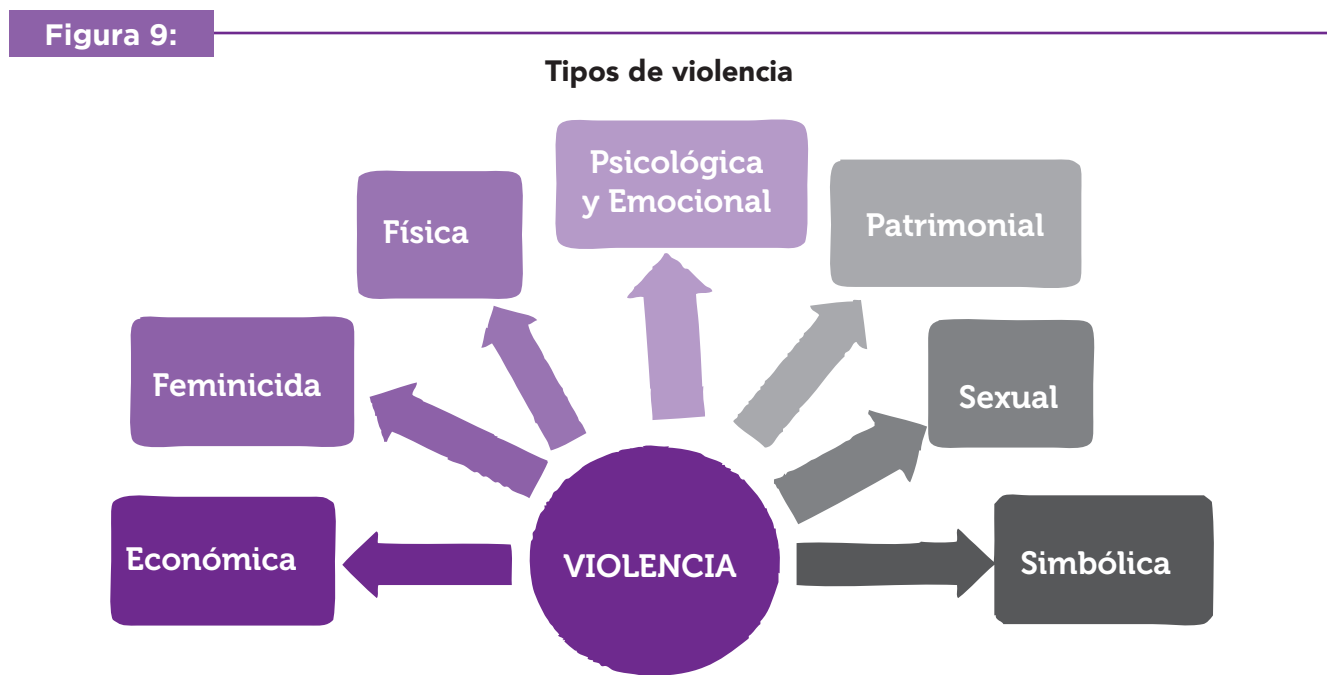
**Laicidad:**

- Se refiere a que no puede invocarse ninguna costumbre, tradición, ni consideración religiosa para justificar la violencia contra la mujer.

La LEIV, se aplicará en beneficio de las mujeres, sin distinción de edad, que se encuentren en el territorio nacional; para ello se prohíbe toda forma de discriminación, entendida ésta, como toda distinción, exclusión, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, identidad sexual, estado familiar, procedencia rural o urbana, origen étnico, condición económica, nacionalidad, religión o creencias, discapacidad física, psíquica o sensorial, o cualquier causa análoga, sea que provenga del Estado, de sus agentes o de particulares. (art. 5. Sujetos de Derechos).

La violencia contra las mujeres es un problema de derechos humanos, ya que se afirma que este tipo de violencia, es la violación de los derechos humanos más habitual, dado que afecta a un número de personas alrededor del mundo y está presente en todas las sociedades.(38)

La LEIV, define en el art. 9 los Tipos de Violencia que se presentan a continuación:



Fuente: ISDEMU (2012). Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres.

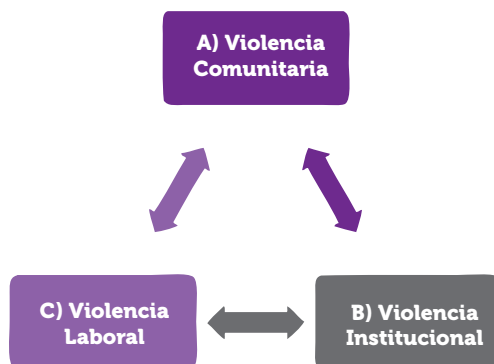
De estos tipos de violencia el MINSAL atiende tres: psicológica, física y sexual. En el Módulo 4, se describirán los tipos de violencia.

Los tipos de violencia citados, pueden ser ejercidos en distintos ámbitos de la vida de las mujeres y por lo tanto constituyen modalidades de violencia. Las que la LEIV reconoce son: violencia comunitaria; violencia institucional y violencia laboral y se revisarán en el módulo 4. *La Ley contra la violencia intrafamiliar* (36)<sup>14</sup> reconoce la violencia intrafamiliar, es decir, la violencia en el ámbito del hogar y la familia.

14 Decreto Legislativo n.º 902 de fecha 28 de noviembre de 1996, publicado en el Diario Oficial: 241 Tomo: 333 de fecha 20 de diciembre de 1996.

Figura 10:

### Modalidades de violencia (art.10)



Fuente: ISDEMU (2011). *Ley Especial Integral para un Vida Libre de Violencia para las Mujeres*.

En el Capítulo IV. Responsabilidades del Estado, sección primera se enuncian las responsabilidades ministeriales. En este marco, de acuerdo al art. 23, son responsabilidades del MINSAL las siguientes:

- a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.
- c) La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.
- d) Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.
- e) Registrar estadísticamente casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública.
- f) Elaborar un informe anual relativo al número de mujeres que han sido atendidas e identificadas en situaciones de violencia, el cual se remitirá al Comité Técnico Especializado y al Sistema Nacional de Datos y Estadísticas.
- g) Garantizar el cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud, de las Normativas Internas en materia de procedimientos de atención para mujeres, así como, el conocimiento y acceso de las mismas a esos procedimientos.

En el marco de políticas públicas y marco programático se identifica que a partir de lo establecido en el art. 16 de la LEIV, el ISDEMU define la creación de la *Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (38) y a nivel programático se cuenta con el *Plan de Acción de la Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2016 – 2021* (39), instrumento político a través del cual se definen estrategias para que las instituciones del Estado puedan alcanzar los objetivos propuestos.



### c) Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)

La política fue aprobada en el 2015 bajo el Acuerdo n.º 676 y publicada en el Diario Oficial, tomo n.º 407, número 96, del 29 de mayo del 2015. El objetivo general se orienta a incorporar de forma transversal el enfoque de género en las políticas, programas, proyectos del sistema nacional de salud (SNS), así mismo fomentar relaciones equitativas e igualitarias, sin violencia y sin discriminación, en todas las personas prestadoras de servicios de salud que contribuirá a mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas en salud que benefician a la población en general de forma integral (5).

En su estructura se contemplan considerandos, se establece que incluir el género en las políticas de salud implica un desafío en materia de voluntad política y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de la información y disposición de recursos entre otros. En su contenido se hace una reseña de la situación general de El Salvador y se reflejan aspectos demográficos, sobre economía, educación, protección social violencia, participación política y ciudadana, así como la situación en salud.

Se hace una reseña de los avances institucionales relacionados con igualdad de género y no violencia contra las mujeres. Se incluye un marco conceptual en el que se definen los conceptos de género, enfoque de género, igualdad de género en la salud, equidad de género en la salud, empoderamiento, transversalización del enfoque de género y acciones afirmativas de género. Esta política, establece el marco jurídico nacional y marco jurídico internacional, así como los principios rectores y enfoques los cuales se presentan a continuación:

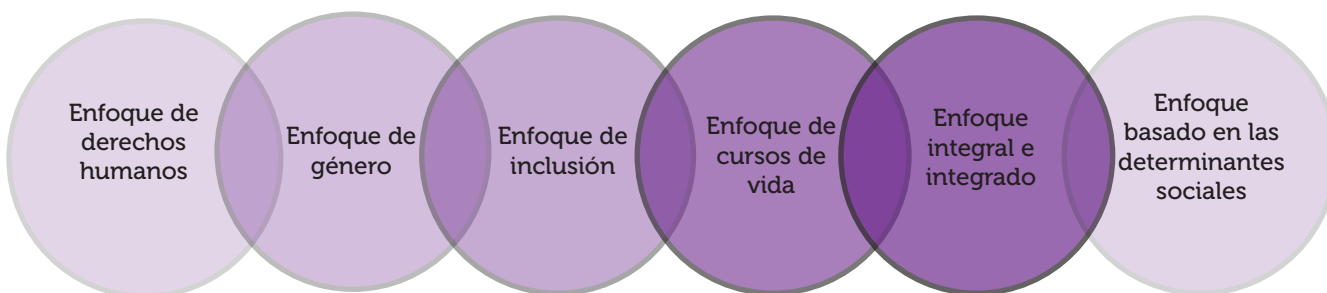
**Figura 11:**

#### Principios rectores de la política



**Figura 12:**

**Enfoques de la política para la igualdad y equidad de género en salud**



Fuente: Ministerio de Salud. *Política para la Igualdad y equidad de Género en Salud*, 2015.

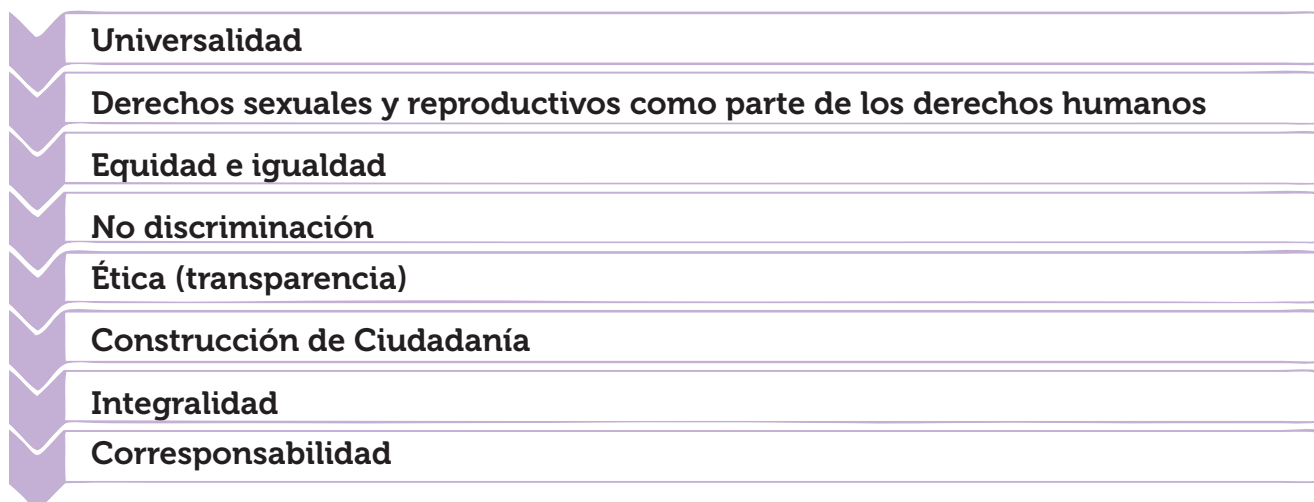
Para la operativización de la política se establecen ocho objetivos específicos, con las respectivas estrategias y líneas de acción. (Ver caja de herramientas. Cuadro 12.M3 Síntesis Objetivos general y específicos, estrategias y líneas de acción de la *Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)*).

**d) Política de Salud Sexual y Reproductiva**

Aprobada por Acuerdo n.º 1181, con fecha de agosto del 2012, por el Órgano Ejecutivo, Ramo en Salud. Tiene como objetivo, garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad (29).

**Figura 13:**

**Principios rectores de la política**



Fuente. *Política de Salud Sexual y Reproductiva* 2012.

*La Política de Salud Sexual y Reproductiva* comparte los mismos enfoques que la *Política para la igualdad y equidad de género en salud*.

Para la operativización de la política se establecen ocho objetivos específicos, con las respectivas estrategias y líneas de acción. (Ver caja de herramientas. Cuadro 13.M3. Síntesis Objetivos general y específicos, estrategias y líneas de acción de la *Política Salud Sexual y Reproductiva* (MINSAL).

## e) Guía metodológica día 3 normativa nacional e institucional de género

### Carta metodológica Día 3 Normativa nacional e institucional de género

Jornada 3		Normativa nacional e institucional de género
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer y analizar la aplicación la normativa nacional para la igualdad de género en el ámbito de la salud desde un enfoque de derechos humanos</li> <li>- Establecer estrategias en su ámbito de trabajo para la aplicación de la normativa institucional para la igualdad de género en el ámbito de la salud desde un enfoque de derechos humanos</li> </ul>	
<b>Ideas principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Armonización de la legislación nacional con base a los compromisos establecidos en el marco de la igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres y para una vida libre de violencia para las mujeres</li> <li>✓ Compromisos del MINSAL en el marco de la legislación para brindar una atención integral y a la salud sexual y reproductiva</li> <li>✓ Apropiación de la Política para la igualdad y equidad de género en salud del MINSAL</li> </ul>	

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar asistencia de las y los participantes</b>	Inscripción	Se pasa la lista a todas las personas a fin de llevar registro de sus asistencia	Lista de asistencia	30 minutos
<b>Sondear los conocimientos sobre legislación</b>	Escala de conocimientos	Se colocan sobre el piso carteles con números del 1 al 10, se solicita que se coloquen según su conocimiento en la legislación. El número uno, corresponden a lo básico y el 10 se vincula a un amplio saber. El grupo explica porque se ubicó en ese lugar.	Carteles con números del 1 al 10 Cinta adhesiva (tirro)	20 minutos
<b>Compartir los objetivos de la jornada</b>	Presentación jornada	De manera expositiva se presentan los objetivos relativos a revisar las principales elementos de la LIE, LEIV y Política de igualdad y equidad de género en salud del MINSAL	Laptop, proyector	5 minutos

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Establecer los antecedentes del marco internacional sobre los derechos humanos y de la mujer</b>	Derechos humanos	Por medio de charla dialogada se hace una reseña a través de la historia de los principales convenios, pactos, de las declaraciones vinculadas a los derechos humanos.	Laptop, proyector	10 minutos
<b>Conocer en marco normativo para la Igualdad de género. LIE.</b>	Marco normativo para la Igualdad de género. LIE	Charla dialogada. Se presenta la Ley de igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres (LIE). Objeto de la LIE, principios de igualdad, equidad y no discriminación. Bases de la LIE, constitución, tratados, convenciones internacionales: estructura, objetivo, alcances, principios rectores. instancia responsable PGR. art 26. 26 de la LIE. Atención en salud (ver en caja de herramientas Figura 18 Modulo 3)	Laptop, proyector	25 minutos
		RECESO		20 minutos
<b>Conocer los principales componentes de la normativa y planes para una vida libre de violencia.</b>	Normativa y planes para una vida libre de violencia	Charla dialogada. Se presenta los antecedentes de la LEIV, exposición de motivos, estructura, objeto de la Ley, principios rectores, tipos de violencia, modalidades de violencia. Responsabilidades institucionales, abordaje de la violencia contra la mujer. Responsabilidades del MINSAL. Delitos y sanciones (art.45 al 55). Denuncia y tipos de procedimientos. Sistema nacional de atención.	Laptop, proyector	60 minutos
<b>Reforzar los conocimientos sobre la Política para la igualdad y equidad de género en salud del MINSAL</b>	Política para la igualdad y equidad de género en salud del MINSAL Trabajo Grupal	Política Nacional para el Acceso de Mujeres a una vida Libre de Violencia. (ver en caja de herramientas figura 19, Modulo 3)  Conformar cinco grupos de trabajo y facilitar una copia de la política y dividir los temas en los siguientes sub apartados: G1. Marco conceptual; G2. Marco jurídico internacional. G3. Marco jurídico nacional. G4. Principios rectores y enfoques G5. Objetivo general y específicos y estrategias. Un ejemplo de objetivo con estrategias y líneas de acción.  Los grupos elaboran una síntesis – punteo y comparten en plenaria.	Papelógrafos Plumones Tirro	35 minutos
		ALMUERZO		60 minutos hora

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Conocer la aplicación de la normativa en la práctica laboral</b></p>	<p>Aplicación práctica de la normativa</p>	<p>Elaboración de casos. Se conforman grupos de trabajo de 3 integrantes. Conejos y conejeras (ver dinámica 1.Modulo 3 en Caja de herramientas).</p> <p>Se solicita que discutan y desarrollen un ejemplo a partir de su práctica laboral, en el que han aplicado la normativa nacional e institucional para la igualdad de género en el ámbito de la salud desde un enfoque de derechos humanos. IE. LEIV o Política de género MINSAL.</p> <p>Describir el proceso que han seguido los canales correspondientes para su debida atención y los resultados de la gestión.</p> <p>Se presentan los casos en plenaria y al final se establece un punteo de aplicación de las estrategias en su ámbito de trabajo para la aplicación de la normativa</p>	<p>Paleógrafos</p>	<p>1 Hora y 30 minutos</p>
<p><b>Evaluación y cierre de la jornada</b></p>	<p>Preguntas generadoras</p>	<p>Se proporciona las siguientes preguntas para complementar a nivel personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál es el mayor aprendizaje de esta jornada</li> <li>• En qué tema necesito profundizar mas</li> <li>• De qué manera aplicaré lo aprendido en mi área de trabajo y en mi vida personal. Especifique ejemplos concretos.</li> </ul>	<p>Guía de preguntas impresas</p>	<p>15 minutos</p>
<p><b>Conocer el nivel de aprendizaje a partir del taller sobre legislación</b></p>	<p>Escala de conocimientos</p>	<p>Se colocan sobre el piso carteles con números del 1 al 10, se solicita que se coloquen según su conocimiento en la legislación. El número uno, corresponden a lo básico y el 10 se vincula a un amplio saber. El grupo explica porque se ubicó en ese lugar.</p>	<p>Carteles con números del 1 al 10 Tirro</p>	<p>25 minutos</p>

## Módulo 4. Violencia contra las mujeres

En este módulo se abordarán tres temas: la violencia contra las mujeres; la violencia obstétrica conceptualizada como un tipo de violencia ejercida durante el embarazo, parto y puerperio; y en el tercer tema se abordará el delito de trata de personas.

### a) La violencia contra las mujeres

La Organización de Estados Americanos (OEA) (40), afirma que a partir de la adopción de la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará)*, se reconoció su derecho a una vida libre de violencia. Sin embargo, los hechos violentos son una realidad que afecta a las mujeres, que limita y vulnera sus derechos humanos. Los Estados, frente a esta situación, han adoptado una nueva postura en la cual les compete llevar a cabo políticas para su prevención, sanción y erradicación. La percepción sobre la violencia también cambió a partir de esta convención y pasó de ser considerada un tema individual o aislado (que se da en el espacio privado), a ser un tema de interés social (se da en el espacio público).

En la Convención de Belem Do Pará, se señaló que la violencia es «*la manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres*» (40), y expresan el dominio y el poder de ellos sobre ellas. Estas relaciones por tanto, jerárquicas, como se mencionó en los módulos 1 y 2, se manifiestan en todas las áreas de la vida humana. Desde esta perspectiva, la violencia, es una forma de discriminación que impide a la mujer ejercer sus derechos (9).

En El Salvador esta problemática es una constante en la vida de las mujeres, según indica el *Informe sobre el Estado y situación de la violencia contra las mujeres 2017*, del cual se recoge la siguiente información: Con relación a la violencia feminicida, se reportaron en 2015 un total de 574 muertes violentas de mujeres, 524 en el 2016 y 469 durante el año 2017. Estas cifras superan las de una epidemia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que en el 2015 se tuvo una tasa de 16.79 por 100.000 mujeres, frente a la de 15.79 en el año 2016 y 13.5 en el 2017.

Este tipo de violencia se manifiesta durante todo el ciclo de vida de las mujeres, presentándose cifras más altas entre los 13 y 30 años. Sin embargo, la caracterización de feminicidio no fue consignada para todos los casos debido a cuestiones administrativas y judiciales, por esta razón, del total de las 1299 mujeres asesinadas, sólo 1046 casos se tipificaron como feminicidios. Lo cual representa una deuda para la procuración de justicia hacia los derechos de las mujeres. (41)

Con relación a la violencia sexual, la Fiscalía General de la República, recibe en promedio más de 6000 mujeres víctimas de este tipo: en el año 2015, atendió a 5573 y en el 2016, 5970 mujeres, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad sexual. Mientras que para este mismo año, el Ministerio de Educación (MINED) reportó que en el 5.18 % los centros educativos públicos del país, se tuvo conocimiento de hechos de violencia sexual ocurridos tanto en centro de estudios como fuera de éste. En estos casos, el mayor porcentaje de los agresores fueron personas de entorno familiar.

También en el 2015, el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CONNA), reportó 4180 casos relacionados a la integridad sexual, correspondientes a un total de 4304 niñas, niños y adolescentes como posibles víctimas, de los cuales el 92 % correspondían a niñas y adolescentes del sexo femenino.

Aunque no existe un estudio reciente que analice este tipo de delitos y la relación con los embarazos adolescentes, debe llamar la atención que en la red de establecimientos del MINSAL (42), se reportaron en el 2015 un total de 176 943 atenciones en niñas y adolescentes entre los 10 a 19 años, en el 2016 fueron 153 655 y 139 244 en el 2017.

## b) Conceptualización de la violencia contra las mujeres

La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, define en el art. 8, literal K la violencia como: «cualquier acción, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado» (31). La violencia, remite a acciones que dañan la integridad de una mujer, la cual puede llegar hasta la forma más extrema de violencia, el feminicidio.

A continuación se presentan la definición de cada tipo de violencia (31, 43):

**Cuadro 5:**

### Tipos de violencia y sus manifestaciones

Tipo	Manifestaciones y/o evidencias
<p><b>Feminicida:</b> es la forma más extrema de violencia de género contra las mujeres, expresa actitudes o conductas que reflejan odio o desprecio hacia lo femenino; incluye falta de atención del entorno social de la mujer o la nula / inefectiva protección que deberían brindar las instituciones públicas competentes.</p>	<p>Muerte violenta de la mujer o su tentativa; incluye muertes prevenibles por cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama precedido por negación de servicios de salud; suicidios inducidos de mujeres o como consecuencia de la violencia que viven; negación a las mujeres, de la protección institucional y al resguardo de la integridad en casos de violencia documentada.</p>
<p><b>Física:</b> toda conducta que de forma directa o indirecta, ocasiona daño o sufrimiento físico a la mujer. Estas acciones pueden ser ejercidas por el cónyuge, expareja o por una persona con la que se tenga o haya tenido una relación de afectividad, aunque no se haya tenido convivencia. Estos actos pueden ser cometidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.</p>	<p>Golpes, empujones, heridas, contusiones, fracturas, hematomas, discapacidad, entre otros. Según el Código Penal, art.142, los resultados de estas acciones, se constituyen en delitos (lesiones), cuando ocasionan incapacidad para atender las ocupaciones cotidianas o derive en una enfermedad que requiera intervención médica o quirúrgica (44).</p> <p>También pueden clasificarse violencia física no proporcionar auxilio o medicamentos necesarios en caso de enfermedad; realizar acciones que deterioran su salud, como fumar en su presencia en un lugar cerrado;</p> <p>Incumplimiento de normativa laboral de prevención de riesgos; no tomar medidas de seguridad en caso de mujeres embarazadas (por ejemplo: exponerlas a sustancias químicas nocivas; pasar mucho tiempo de pie, no autorizar asistencia a controles médicos, etc).</p>



Tipo	Manifestaciones y/o evidencias
<p><b>Psicológica y emocional:</b> es toda conducta directa o indirecta que ocasiona daño emocional, disminución de la autoestima y afecta el desarrollo de una mujer. Puede darse a través de conductas verbales o no verbales que provocan desvalorización o sufrimiento.</p>	<p>Gritos, insultos, apodos, ignorar, manipulación chantajes, amenazas, ofensas, humillaciones, uso de palabras gestos y ademanes soeces; indiferencia, aislamiento; controlar las actividades de la víctima (controlar su tiempo, limitar contacto con familiares, amistades, colegas de trabajo, revisar su celular, correo electrónico, su ropa interior, entre otros).</p>
<p><b>Sexual:</b> es toda conducta que vulnera el derecho de la mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual: desde el acto sexual en sí, como todo contacto sexual, genital o no genital.</p>	<p>Tocamientos, acoso sexual, violación, exposición de genitales, pornografía, entre otros. Estos hechos también constituyen delitos.</p> <p>Se evidencia en la prestación de servicios en salud, cuando se basan en prejuicios sexistas y religiosos; cuando se discrimina a una persona por su orientación sexual.</p>
<p><b>Económica:</b> son las acciones u omisiones de la persona agresora, que afectan la supervivencia económica de la mujer.</p>	<p>En el ámbito familiar: prohibirle a la mujer que trabaje para limitar su autonomía económica; control total o parcial del salario o las tarjetas de crédito; obligarla a realizar préstamos. Negar la cuota alimenticia; no aportar dinero al hogar, privar de las necesidades básicas, no reconocer el trabajo doméstico.</p> <p>En el ámbito laboral: recibir un salario menor que el hombre por igual tarea; exigencia de prueba de embarazo para contratar o mantener empleo; contratación sólo de hombres para ciertos empleos; limitar el ascenso de mujeres a puestos de mayor responsabilidad por el hecho de ser mujeres.</p>
<p><b>Patrimonial:</b> son acciones, omisiones o conductas que afectan que la mujer disponga de su patrimonio o del patrimonio común.</p>	<p>Apropiación o destrucción de artículos del hogar u objetos personales.</p> <p>Retención/destrucción de documentos personales (DUI, pasaporte, NIT, tarjetas de crédito; escrituras de la casa o de inmuebles).</p> <p>Prohibición de uso de bienes comunes; disposición de bienes en común en contra de la voluntad de la mujer; aparentar venta de bienes muebles (vehículo) o inmuebles (casas, terrenos, etc.) para evitar que se pruebe la capacidad económica de la persona agresora en un proceso de cuota alimenticia; o para evitar que las mujeres tengan acceso a la parte que les corresponde en un proceso de divorcio.</p>
<p><b>Simbólica:</b> son mensajes, valores, imágenes, símbolos que transmiten, reproducen y naturalizan la posición subordinada de la mujer en la sociedad.</p>	<p>Los anuncios de comerciales, programas de televisión y radio, que representan a la mujer como la encargada del cuidado de las hijas e hijos, de las tareas del hogar y cosifican el cuerpo de la mujer. A los hombres, por el contrario se les representa como fuertes, proveedores propietarios de bienes, con derecho a tiempo libre, intelectual, arriesgado, con liderazgo, etc.</p>

Fuente. Adaptado de *Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para las Mujeres*, artículo 9 y MINSAL. Presentación Violencia contra las mujeres. Material de apoyo, Curso Género y Salud; 2017.

Tanto los tipos como las modalidades en que se expresa la violencia, tienen como origen las relaciones desiguales de poder o de confianza, donde la mujer se encuentra en una relación de desventaja frente al hombre (LEIV, Art. 7).

### Modalidades de la violencia

Cuando estos tipos de violencia se presentan en el espacio público, puede ser comunitaria, institucional o laboral; también pueden ocurrir en situaciones relacionadas al crimen organizado y en otros contextos sociales. En el ámbito privado, se expresa en las relaciones establecidas en el grupo familiar y con la pareja.

La LEIV en el artículo 10, define las modalidades en que se expresa la violencia en el ámbito público, manifestándose en los siguientes elementos (45):

Cuadro 6: Modalidad de violencia	
Definición	Manifestaciones y/o evidencias
<p><b>Institucional:</b> Es toda acción u omisión abusiva de cualquier servidor público, que discrimine o tenga como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y disfrute de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres; así como, la que pretenda obstaculizar u obstaculice el acceso de las mujeres al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia conceptualizadas en la ley.</p>	<p>Cuando representantes de instituciones públicas tratan de manera familiar a las mujeres; se les vocea, o se emplean con ellas términos que reproducen los estereotipos de género al abordarlas como seres frágiles, dependientes, inferiores o desvalidas: «Hijita», «Que te ocurre vos?» «¿Venís sola?» «Madrecita».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No tomar las denuncias por violación.</li> <li>- Comentarios, actitudes, juicios de valor o acciones que revictimicen a la usuaria que ha sido víctimas de violencia sexual, etc.</li> </ul>
<p><b>Laboral:</b> Son acciones u omisiones contra las mujeres, ejercidas en forma repetida, y que se mantiene en el tiempo en los centros de trabajo públicos o privados, que constituyan agresiones físicas o psicológicas atentatorias a su integridad, dignidad personal y profesional, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, o que quebranten el derecho a igual salario por igual trabajo.</p>	<p>Obstaculizar que la mujer sea ascendida; no permitir acceso a sanitarios durante jornada laboral, tener un salario menor que un colega masculino por la realización de la misma tarea. Acoso sexual de parte de compañeros o jefes hombres (miradas lascivas, bromas sugerentes, invitaciones persistentes para tener citas o sexo; insultos o burlas con contenido sexual; fotos, afiches, protectores de pantalla, correos electrónicos, twitter, mensajes de texto sexualmente explícitos.</p>
<p><b>Comunitaria:</b> Toda acción u omisión abusiva que a partir de actos individuales o colectivos transgreden los derechos fundamentales de la mujer y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión.</p>	<p>Acoso sexual en las calles y en el transporte público (tocamientos, rozamientos, «piropos» con contenido sexual o sugerentes; violencia sexual; denigrar la reputación de la mujer y hacerlo público; no elegir a una mujer a un cargo en la junta directiva de una colonia por considerar que este tipo de actividad «no son cosas de mujeres»; entre otros.</p>

Fuente: Adaptado de Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para las Mujeres y el documento de ORMUSA "La violencia laboral contra las mujeres. Desafíos para la justicia laboral". Mujer y Mercado Laboral 2017. El Salvador

Es importante conocer que la violencia contra las mujeres puede darse de un tipo o combinar varios tipos. Generalmente el abuso psicológico está presente en todas sus manifestaciones. Esto ocurre, porque la persona agresora utiliza la desvalorización como un mecanismo para justificar el daño o sufrimiento que causa y porque al destruir la autoestima de la mujer, limita también sus recursos personales, con lo cual, se le facilita controlarla: «Nadie te va a querer»; «no servís para nada», «sós una inútil», etc.

Algunos factores socioeconómicos asociados a la violencia contra las mujeres son los siguientes:

### Cuadro 7:

#### Factores socioeconómicos asociados a la violencia contra las mujeres (46):

Relación/Familiares	Comunitarios	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflicto en la pareja.</li> <li>- Dominio masculino en la pareja.</li> <li>- Presiones económicas.</li> <li>- Disfunción familiar.</li> <li>- Asilamiento social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanciones débiles hacia la violencia contra la mujer.</li> <li>- Pobreza.</li> <li>- Poco capital social.</li> <li>- Normas tradicionales de género que ordenan el comportamiento de mujeres y hombres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas tradicionales de género.</li> <li>- Normas sociales que apoyan la violencia.</li> <li>- Desigualdades.</li> <li>- Falta de aplicación de las leyes.</li> </ul>

Fuente: Adaptado. MINSAL. Viceministerio de Servicios de Salud. Unidad de atención a todas las formas de violencia. *Violencia de Género hacia las mujeres. Material de apoyo, para el Curso Género y Salud; 2017*

Debe considerarse, que las mujeres durante toda la vida, están expuestas a este abuso, lo anterior porque las causas de la violencia tienen un origen estructural basado en las desigualdades de género; y esta vulnerabilidad se potencia al combinarse con otras variables como la clase social, etnia, condiciones de discapacidad y la edad (entre los 13 a 18 años), entre otras.

Con respecto, a las mujeres que presentan una condición de discapacidad por lo general, están más expuestas a sufrir violencia tanto en su ámbito familiar como en el público (47), por su condición genérica y de discapacidad. Por esta razón, es importante, que en la LEIV, en su artículo 5, se reitera como sujetas de derechos a todas las mujeres sin ningún tipo de distinción.

#### Mantenerse en una relación de violencia- El ciclo de la violencia

La violencia contra las mujeres más visibilizada es la que se ejerce usualmente en la relación de pareja. Una de las explicaciones teóricas elaborada por la doctora Leonor Walker, el Ciclo de la Violencia, el cual explica cómo su dinámica cíclica, mantiene a las mujeres en estas relaciones abusivas (9). :

Figura 14:



Fuente: ISDEMU (2014). ABC Vida libre de violencia para las mujeres. Serie 1

**Acumulación de tensiones:** en esta fase ocurren pequeños incidentes que generan temor e inseguridad en la mujer, ya que la pareja (esposo o compañero de vida), se molesta por pequeñas cosas, gritándole o amenazándola. La mujer racionaliza o justifica las reacciones de su pareja, pero teme realizar alguna acción que desencadene nuevamente su enojo.

**Explosión o incidente agudo:** La tensión es descargada mediante golpes, empujones, bofetadas, entre otras acciones físicas contra la mujer, o puede manifestarse un abuso psicológico excesivo. En esta fase, el hombre actúa en forma destructiva y la mujer pierde la capacidad para controlar la situación y protegerse de estas reacciones excesivas. El miedo que experimenta en estas circunstancias puede ocasionar que se paralice en las primeras horas luego de ocurrido el incidente o que tarde hasta varios días para tomar valor y buscar ayuda, motivada por los daños contra su integridad o a la de sus hijas e hijos. Sin embargo, para llegar a tomar esta decisión, muchas veces requerirá que pueda superar el terror a su pareja y sus amenazas constantes.

Posterior a este incidente, la mujer experimenta incertidumbre por el futuro y suele anticipar que será nuevamente golpeada, por lo que cuida lo que dice o lo que hace para no molestarlo.

**Respiro de calma o cariño o tregua amorosa:** se desarrolla posteriormente al hecho de violencia, dándose un periodo de aparente calma. El hombre actúa en forma cariñosa, atento, se muestra arrepentido por sus acciones, pide perdón y promete no volver a actuar agresivamente, condicionando a la mujer a que «no lo vuelva a enojar». Es decir, el agresor no se responsabiliza de sus acciones y traslada la responsabilidad a la mujer.

Entre más avanza el tiempo, esta fase desaparece y las otras se suceden cada vez más frecuentemente en la relación y las agresiones aumentan su intensidad.

El comportamiento ambivalente de su pareja, a veces «cariñoso» y otras «violento», confunde a la mujer, quien puede ser influida por ideas del amor romántico o de que «el amor duele», presentes en la sociedad, aunado a la falta de redes de apoyo que concreten una alternativa viable para salir de esta relación abusiva; creándose así, las condiciones para que muchas mujeres permanezcan en este tipo de relaciones.

Algunos casos de feminicidio han ocurrido sin pasar por todo el ciclo de violencia.

### Consecuencias en la salud de las mujeres

Según la OMS (48), estas consecuencias pueden afectar de forma inmediata o mantenerse incluso haya finalizado la situación de violencia. La afectación puede darse a nivel físico, psicológico y conductual y los efectos catalogarse como inmediatos y agudas, crónicos o mortales. La gravedad de estas consecuencias, dependerá de la exposición a más de un tipo de violencia o la repetición de estas situaciones a lo largo de la vida. A continuación se presentan algunas de estas consecuencias:

#### Cuadro 8:

#### Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres

Físicas	Sexuales y reproductivas	Psicológicas y comportamentales	Sociales
<p>Contusiones, abrasiones, laceraciones, fracturas, cicatrices, marcas de mordeduras o quemaduras.</p> <p>Estas lesiones, incluso pueden causar discapacidad grave y la muerte.</p>	<p>Infecciones de transmisión sexual, VIH, tasas más altas de embarazos no deseados y abortos. Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, se asocia a complicaciones obstétricas (abortos espontáneos, partos prematuros y mortinatos).</p>	<p>Depresión, ansiedad, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, baja autoestima,</p> <p>Disminución de la capacidad para establecer lazos afectivos en el ejercicio de la maternidad; prácticas sexuales arriesgadas; mayor adopción de comportamientos nocivos para la salud (consumo de alcohol o drogas ilegales); falta de autonomía.</p>	<p>Aislamiento, bajo rendimiento escolar o laboral; dificultad para relacionarse con otras personas.</p>

Fuente: Adaptado de OMS. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud* y MINSAL *Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia*. 2012.

Algunos estudios recientes sobre la violencia contra las mujeres, la relacionan con el sistema económico y político. Durante la época colonial, la violencia coadyuvó el orden colonial, posteriormente el liberal y el dictatorial. En la globalización la violencia es parte del sistema patriarcal y neoliberal y lo reproduce. Dado que es parte estructural de un sistema globalizado de violencia. Como ejemplos se puede mencionar los asesinatos de mujeres en Ciudad de Juárez en México, las 300 niñas secuestradas en Ruanda, los feminicidios de América Latina, entre otros. La violencia es parte del sistema patriarcal y neoliberal y la reproduce. Al estar la violencia vinculada al contexto social, político y económico de los países, está determinada socialmente en la estructura social.

### c) Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia

Tienen como objetivo general proporcionar orientación básica al personal de salud para las intervenciones en las Redes Integrales e integradas de Salud (RIIS), para la ejecución de acciones de promoción, de prevención, atención y recuperación de la salud de las personas en situación de violencia, en el ciclo de vida, desde la perspectiva de derechos, género e intersectorialidad. Al respecto, establece los sectores con los cuales el personal de salud coordinará para proporcionar una atención integral a la violencia.

Para el caso del presente manual, se tendrán en cuenta las directrices para la atención de los tipos de violencia física, psicológica y sexual, tanto en mujeres como en niñas, niños y adolescentes. Ver Algoritmos de atención en caja de herramientas del Módulo 4. El personal de salud del MINSAL, está obligados a la aplicación y cumplimiento de estas orientaciones.

### d) Sistema nacional de atención (SNA) para mujeres que enfrentan violencia

Es el conjunto de procedimientos encaminados a facilitar la coordinación de las diferentes instituciones públicas a las que les corresponde la atención integral, protección y acceso a la justicia de las mujeres que enfrentan violencia.

Mediante el SNA, se articulan las competencias y actuaciones de cada una de estas instancias, que busca operativizar la *Política Nacional para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres* y la *LEIV*, que mandata la creación de unidades institucionales de atención especializadas para las mujeres (UIAEM), consistentes en servicios de atención inmediata, especializada e integral, que permitan proporcionar la atención psicológica, social, en salud y jurídica para restablecer los derechos de las mujeres.

Este sistema está estructurado en tres niveles de atención (50):



Fuente: ISDEMU, Sistema nacional de atención para mujeres que enfrenta violencia. El Salvador, 2016.

En el SNA, el MINSAL se sitúa en el segundo nivel, atiende la violencia psicológica, física y sexual, según logaritmos de atención antes mencionados y le corresponden las siguientes competencias:

- a. Detectar e identificar hechos de violencia contra las mujeres en todos los servicios de atención, y específicamente en las áreas de atención especializadas a la mujer; brindar intervención en crisis, asesoramiento, información y acompañamiento.
- b. Dar aviso a la Fiscalía General de la República, en caso de lesiones y violación sexual. En todo caso de atención a niña que se encuentre embarazada, aunque el motivo de consulta por hecho de violencia sea otro, deberá dar aviso a la Fiscalía General de la República por «violación sexual», conforme a la tipificación de violación del Código Penal, ya que el embarazo de niñas es un indicador jurídico de violación sexual.
- c. Como parte de las medidas específicas en los casos de lesiones y violación sexual se priorizará la atención médica.
- d. Aplicar de manera urgente servicios de profilaxis para infecciones de ITS, VIH y anticoncepción de emergencia y terapias correspondientes, en casos de violación sexual.
- e. Realizar la primera protección cuando la mujer corra peligro, y gestionar con la Fiscalía General de la República, la PNC, las medidas de protección que necesite.
- f. Realizar el seguimiento médico y psicológico de las mujeres que enfrentan violencia física, psicológica y sexual.
- g. Referir a la mujer a los grupos de autoayuda que funcionan en el MINSAL, el ISDEMU, Ciudad Mujer o las ONG de mujeres y de niñez. Para tratamientos psicológicos prolongados referir a la mujer a los servicios de salud mental del MINSAL, ONG que brinden dicho servicio, y Juntas de Protección de la Niñez y la Adolescencia, según corresponda. Referir a Ciudad Mujer, para el seguimiento a procesos de empoderamiento de la mujer atendida.
- h. Realizar las coordinaciones necesarias en aquellos casos en que la mujer requiera alojamiento de emergencia para su protección.
- i. Detectar, prevenir y realizar las referencias que correspondan a través del trabajo que promotores y promotoras de salud, realizan en las comunidades, así como la incorporación del indicador de violencia contra las mujeres en los mapas de riesgos elaborados por el MINSAL.

Es importante destacar que el SNA también define que los servicios orientados a las mujeres víctimas de violencia de género deben contar con el principio de calidad, consistente en «...una atención especializada, integral e integrada, que incluye atención inmediata, por personal especializado en violencia basada en género (de preferencia mujeres); la atención debe brindarse desde equipos multidisciplinarios que garanticen la atención psicosocial, legal y servicios de salud de acuerdo a las necesidades de las mujeres que han enfrentado los hechos de violencia» (49).



La calidad en la atención implica que sea proporcionada con base a evidencia, acorde a los derechos humanos y desde las expectativas y necesidades de las usuarias.

Otro principio que plantea el SNA, es la calidez en la atención, que se expresa «ofreciendo una escucha empática, y una orientación e intervención profesionales, libres de estereotipos y prácticas culturales sexistas y discriminatorias» (50).

### **El apoyo de primera línea (ANIMA) (51)**

Una de las competencias del MINSAL, es la detección e identificación de aquellas mujeres que sufren hechos de violencia, para lo cual el Apoyo de primera línea es una herramienta útil que puede ser usada también por personas que no tienen especialización en este tema, ya que brinda indicaciones prácticas y sencillas para realizar este abordaje (ver caja de herramientas Resumen R.M4 Apoyo de Primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja).

### **e) Violencia obstétrica**

La violencia obstétrica ha comenzada a ser visibilizada como un tipo de violencia de género y ha sido definida como: «La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres» (52).

Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son las siguientes:

- La usuaria es tratada en forma humillante, cruel, descalificadora, al Ignorar sus necesidades, al atemorizarla o coaccionarla.
- Aplicación de procedimientos médicos cuando son innecesarios como: las cesáreas, episiotomías, rasurado, enema, monitoreo fetal permanente lo que restringe a la mujer a la cama, o la aplicación de oxitocina para acelerar el trabajo de parto a conveniencia del establecimiento de salud y no con prioridad en la mujer y su proceso natural. En el caso de las cesáreas, la OMS (53), plantea que a nivel de la población mundial no hay evidencia de que las tasas superiores al 10% sean efectivas para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Al tener una visión patologizada de los procesos naturales de las mujeres durante su ciclo vital: La menstruación es definida como la pérdida o desgaste; la menopausia es presentada como un declive hormonal; el embarazo y parto son abordados como enfermedades (54).
- Al quitarle a la mujer su capacidad de decisión sobre el embarazo y el parto.

En El Salvador, este tipo de violencia aún no ha sido reconocida en la legislación nacional; sin embargo, esto no quiere decir que no ocurra y que no deba abordarse. Por eso se considera importante que se inicie el debate sobre el tema y para abonar a esta reflexión, se apunta lo siguiente:



A nivel regional, ya existen países que incorporaron en sus normativas, la violencia obstétrica como un delito: En Venezuela se integró en el año 2007 y en Argentina en el año 2009. En México se han presentado diversas iniciativas para agregarla a la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (55).

### **Modelo tecnocrático en la atención del parto**

El proceso del nacimiento bajo los parámetros del modelo tecnocrático, predominante en muchos países de occidente, se ha caracterizado por un marcado énfasis en la ciencia y la tecnología, la búsqueda de beneficios económicos y la organización jerárquica de los cuidados durante el parto, en los cuales, el personal médico tiene la autoridad para decidir sobre este proceso (54).

La legitimización de la intervención médica y la estandarización de prácticas innecesarias en embarazos y partos sanos, justifica la imposición del poder-saber médico/sanitario sobre la mujer y su grupo familiar al definir los procedimientos y la toma de decisiones, vulnerando los derechos de las mujeres a estar informada, a decidir y a no recibir un trato inhumano y cruel. Por tanto, Galimberti (56) plantea que la violencia obstétrica es una violencia institucional en salud, basada en la violencia estructural de género, a través de la cual se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Este tipo de violencia posiblemente se presente más en mujeres adolescentes, mujeres solteras, de bajo nivel socioeconómico, mujeres pertenecientes a minorías étnicas, migrantes y aquellas que presentan la condición de VIH (56). Sin embargo, se presenta tanto en el ámbito privado como público de la atención en salud. En el primero, pese a que en forma aparente, se brinda un trato más «amable», en el fondo se identifican las mismas estrategias de adiestramiento que en el sistema público de salud e inclusive puede haber mayor número de intervenciones médicas innecesarias, relacionados a la mercantilización de este proceso (54).

### **Dinámica de la violencia obstétrica**

Para Sadler (54), en la violencia obstétrica hay ciertos mecanismos simbólicos mediante los cuales se desautoriza a las mujeres y se le transmiten mensajes que refuerzan la dominación, desigualdad y discriminación hacia ellas. Estos mecanismos se concretan a través de prácticas y actitudes que la infantilizan y refuerzan su posición de subordinación en relación a los hombres (se dan en el personal de salud) y de mecanismos que operan en las mujeres usuarias (la sumisión, la culpa):

- Las mujeres son vistas como historias clínicas, números estadísticos.
- La patologización y fragmentación de sus cuerpos: en el parto se les trata como enfermas.
- La sexualización en el entorno a ellas. Ejemplos: «Te gustó hacerlo, ahorita, calladita la boca», «hay que dejarla cerradita para el esposo», entre otros.
- La mujer como cuerpo-objeto que contamina la asepsia médica: «no toque, que contamina» cuando la mujer intenta tocar a su recién nacido);

- La mujer, puede llegar a sentirse culpable, si «no coopera lo suficiente con los procedimientos que se le realizan», «está ahogando a su hijo o hija». Este sentimiento deriva del reforzamiento de conductas de obediencia pues es vista sólo como una ayuda al personal en salud a hacer su trabajo.
- La desvaloración de los conocimientos, opiniones y emociones de las usuarias.

Es tipo de violencia contra las mujeres está arraigada en prácticas institucionales de salud, que conlleva a la vulneración de sus derechos, entre ellos a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a recibir información; no ser discriminada, a vivir una vida sin violencia y a no ser sometida a tortura o tratos humillantes, entre otros. Algunas acciones en que se concreta esta violencia son (57):

**Cuadro 9:**

**Expresiones de la violencia obstétrica**

Acciones directas contra la mujer	Aplicación de medicación	En cuanto al personal médico y paramédico	A nivel institucional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser amarrada o inmovilizada contra su voluntad.</li> <li>- Ser obligada a callar.</li> <li>- Agresiones verbales de carácter sexual (chistes y comentarios sexuales, referencias negativas a la sexualidad de la mujer)*</li> <li>- Impedir la presencia de una persona que la acompañe (esposo, pareja, madre).</li> <li>- No detenerse cuando se realizan procedimientos dolorosos, innecesarios o violentos a pesar de solicitarlo (por ejemplo tactos excesivos o muy dolorosos, ruptura de membranas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación anestesia epidural u otros procedimientos sin consentimiento.</li> <li>- Aplicación de intervenciones innecesarias en contra de su voluntad (enemas, rasurado).</li> <li>- Episiotomía innecesaria sin informar los riesgos del procedimiento.</li> <li>- Interferir con la lactancia materna, no brindando información ni acompañamiento</li> <li>- Ser víctima de esterilización sin consentir el procedimiento o sin ser informada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia verbal por parte del personal médico o enfermeras, técnicas etc.: «Puje, no grite! Bien que se dejó cuando lo hizo, ahí no le dolía»</li> <li>- Ignorar a la usuaria como si no estuviera presente o no contestar sus preguntas, dudas y peticiones.</li> <li>- Filmar, tomar fotos u otros registros audiovisuales sin consentimiento de la mujer.</li> <li>- Inducción de parto y otras intervenciones sin consentimiento y sin informar riesgos y opciones: aplicación oxitocina, episiotomía.</li> <li>- Negar el acceso a la historia clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No asignar recursos suficientes para la atención.</li> <li>- No se cuenta con insumos (batas, camas, incubadoras, alimentación).</li> <li>- No se cuenta con personal suficientes o capacitado.</li> <li>- Establecimiento de protocolos de atención que estandarizan procedimientos que pueden ser personalizados pasando por alto el consentimiento de la pacientes. (episiotomía, rasurado, oxitocina, etc.).</li> <li>- No garantizar la privacidad, la intimidad y el acompañamiento.</li> </ul>

Acciones directas contra la mujer	Aplicación de medicación	En cuanto al personal médico y paramédico	A nivel institucional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser separada de su bebé por demasiado tiempo sin explicaciones.</li> <li>- Ser humillada por personal de salud, durante el embarazo cuando se pide información/ opciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No querer esterilizarla irrespetando la voluntad de la mujer o pedir consentimiento al esposo cuando ella ya lo ha decidido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar a la madre sin su consentimiento, como instrumento para la enseñanza a estudiantes de medicina de procedimientos dolorosos, riesgosos (para ella y el recién nacido) o innecesarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No garantizar las condiciones para la lactancia y el apego.</li> <li>- No capacitar a su personal en el enfoque de género para la atención sin discriminación.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Soliz C. *Violencia Obstétrica: Un tipo de violencia silenciosa* [Internet] Los Tiempos. (24 de febrero de 2017).

La gravedad de estas acciones, radica en el hecho de que la mujer se encuentra en una situación de completa vulnerabilidad, mientras que el personal de atención en salud en este momento tiene todo el poder (conocimientos y recursos) sobre ella y la situación.

Es importante tener claro que este tipo de violencia, es un problema global que implica la responsabilidad del Estado y abarca la carencia de recursos, la utilización inadecuada de protocolos, entre otros (56).

### Consecuencias de la violencia obstétrica

- Efectos negativos en salud integral de niños y niñas, madres (familias), personal de salud.
- Los malos tratos derivan en depresión, estrés postraumático, trastornos de ansiedad, incapacidad para el cuidado de sus hijas o hijos.
- Intervenciones obstétricas innecesarias pueden derivar en problemas de salud a corto, medio y largo plazo.
- Aumento de los costos en salud.
- Puede darse poca adherencia al sistema de salud, si se han tenido experiencias negativas.
- Se refuerzan las inequidades de género.

### Modelo de atención personalizado

Se basa en el respeto a los tiempos y desarrollo de los procesos fisiológicos asociados al embarazo, parto y posparto. En este sentido, significa restar el énfasis en el intervencionismo del modelo hegemónico de atención. Implica además, que el personal de salud desarrolle la actitud de paciencia y se enfoque en adoptar un papel de acompañamiento a la mujer. En este sentido, su implementación, representa un reto para cambiar prácticas instaladas durante años en protocolos rígidos que no toman en cuenta la individualidad de las mujeres y que han fomentado actitudes en algunos casos irrespetuosas.

Algunas resistencias que pueden generarse a partir de este modelo, es que sus nuevas prácticas sean interpretadas como «perder el tiempo» al acompañar el ritmo de los procesos y la pérdida de autoridad que se puede experimentar con ese nuevo abordaje (58).

### **Calidad de la atención /Buenos tratos**

La OMS (59) plantea que con la finalidad de establecer buenas prácticas para el trabajo de parto, el parto sin complicaciones y lograr una atención de alta calidad, basada en evidencia, que permita mejorar resultados, es importante que estos procesos se enfoquen en la usuaria y en la consideración que el parto es un proceso fisiológico normal, que en la mayoría de veces se desarrolla sin complicaciones para las mujeres y sus hijos e hijas.

Este tipo de atención se fundamenta en un enfoque holístico desde los derechos humanos; y reconoce «la experiencia del parto positiva»: que se cuente con personal técnicamente capacitado, respetuoso y amable que también brinde apoyo emocional durante el parto. Esta experiencia retoma el supuesto de que las mujeres desean también el logro de un parto y tener algún control sobre esta experiencia participando en la toma de decisiones, incluso cuando se requiera algún tipo de intervención médica.

Para lograr esto, se han propuesto y actualizado una serie de directrices que garantizarán la calidad de la atención durante este proceso y las cuales están basadas en evidencia (59):

- Atención respetuosa a la usuaria, de manera que se guarde su dignidad, privacidad, confidencialidad, así como su integridad física y el buen trato.
- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto.
- No hacer episiotomía de rutina.
- No hacer rasurado y enema de rutina.
- No hacer monitoreo fetal electrónico permanente de rutina.
- Permitir toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto.
- Restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia.
- Limitar la tasa de cesáreas al 10-15 %.

El MINSAL, desarrolla esfuerzos para asegurar el derecho a la salud de las mujeres en relación a la sexualidad y la reproducción, proporcionando una atención con calidad y calidez, expresados en su *Política de Salud Sexual y Reproductiva*, a través de sus principios rectores, objetivos, estrategias y líneas de acción. Principios que también se han retomado con la aprobación de las *Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia* (60).

Se cuenta además, con Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio, así como a las y los recién nacidos (61). Asimismo, en el 2018, el MINSAL comenzó la ejecución del proyecto «Atención humanizada del parto, basado en la evidencia científica», orientado a la mejora y garantía de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la salud de sus hijas e hijos recién nacidos. A través del proyecto, el personal de salud ha comenzado a recibir capacitaciones teóricas y prácticas en la atención integral, de calidad y humanizada (62).

## f) La trata de personas

En el *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres, adolescentes y niñez, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional*, conocido como el *Protocolo de Palermo*, se reconoce que esta actividad ilegal afecta principalmente a mujeres, niñas y niños, e insta a los Estados a establecer medidas para proteger a las víctimas garantizando sus derechos humanos y sancionar a los tratantes. Entre las medidas, que pueden ser legislativas, educativas, culturales, entre otras, deberán orientarse a reducir la demanda de esta explotación humana (63).

Con la globalización neoliberal se han incrementado los distintos tipos de violencia contra las mujeres y la trata de personas, que manifiesta la desvalorización de la dignidad humana al cosificar a las personas (mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes), comercializándolas como una mercancía. Lo cual refleja que hay rangos de edad donde las personas presentan mayor vulnerabilidad de ser explotadas según diferentes modalidades.

La trata de personas también es un tipo de violencia basado en el ejercicio del poder para lograr la explotación de las víctimas, en la cual, puede identificarse la violencia física, psicológica, sexual y económica.

Debido a la diversidad de situaciones a las que son expuestas las personas, la trata de personas es considerada una forma de esclavitud moderna en la cual, las víctimas serán vendidas, abusadas, manipuladas, explotadas, maltratadas física y psicológicamente, privadas de libertad, obligadas a ejercer alguna de las modalidades de explotación, a cambio de un poco o nada de dinero (64). Estas acciones conllevan la vulneración de derechos afectando la integridad, dignidad y restringiendo la libertad de las personas, por lo que también se constituye en un delito.

En la *Ley Especial contra la Trata de Personas de El Salvador*, en el artículo 54 se define de la siguiente manera (65)<sup>15</sup>:

**«El que entregue, capte, transporte, traslade, reciba o acoja personas, dentro o fuera del territorio nacional o facilite, promueva o favorezca, para ejecutar o permitir que otros realicen cualquier actividad de explotación humana definidas en el artículo 3 de la presente ley, será sancionado con pena de diez a catorce años de prisión»..**

15 Asamblea Legislativa de El Salvador. Ley Especial contra la Trata de Personas. Art. 54

Por lo tanto, las personas tratantes, pueden participar en una serie de acciones logísticas que configuran este delito: entregar, captar, transportar, trasladar, recibir, acoger, promover, ejecutar, permitir, entre otras; encaminadas a explotar a las víctimas. Las víctimas, pueden ser tratadas a nivel interno o ser trasladadas a otro país para concretizar la explotación. Las modalidades de la trata de personas son descritas a continuación:

**Cuadro 10:**

**Modalidades de la explotación humana en el delito de trata de personas:**

- a) **Servidumbre:** someter (inducir u obligar) a realizar actos, un trabajo o a prestar servicios.
- b) **Explotación sexual:** inducir u obligar a realizar actos de tipo sexual o erótico, con la finalidad de obtener un beneficio económico o de otro tipo. Incluye los actos de prostitución y pornografía.
- c) **Explotación sexual comercial en el sector del turismo:** usar a la persona en actividades con fines sexuales, utilizando servicios e instalaciones turísticas.
- d) **Trabajo forzado:** labor o servicio exigido bajo amenaza o coacción.
- e) **Esclavitud:** estado o condición de una persona, sobre la cual se ejerce la voluntad o el control absoluto de otra persona, tratándola como un objeto;
- f) **Mendicidad forzada:** obligar o utilizar a la persona para pedir dinero u otro beneficio a favor del tratante.
- g) **Embarazo forzado:** inducción a una niña, adolescente o mujer a través de la fuerza o engaño para quedar embarazada, independientemente de la finalidad.
- h) **Matrimonio o unión forzada:** obligar a comprometerse o casarse, o a sostener una relación de hecho, a cambio de un beneficio a favor de la persona tratante o de una tercera persona.
- i) **Adopción fraudulenta:** hay una acción de venta, sustracción, privación de libertad, secuestro de niñas, niños o adolescentes, para fines de adopción con o sin el consentimiento de la madre y padre, personas tutoras o familiares, contradiciendo la normativa pertinente.
- j) **Tráfico ilegal de órganos, tejidos, fluidos, células o embriones humanos:** obtener, extraer, implantar, transportar, comerciar, poseer o tener de manera ilícita órganos, tejidos, fluidos, células germinativas o embriones.
- k) **Experimentación clínica o farmacológica:** realizar sin consentimiento pruebas médicas o experimentación de la persona con fármacos o medicamentos.
- l) **Comercio de material pornográfico:** distribuir, reproducir, tener y usar material pornográfico de las víctimas del delito de trata de personas por cualquier medio, naturaleza, particularmente informáticos.

Fuente: Adaptado Ley Especial contra la Trata de Personas. Art. 5.

El consentimiento de la víctima independientemente a su edad no disminuye la responsabilidad penal de los tratantes (65)<sup>16</sup>. Por ejemplo, una mujer que aceptó viajar en forma indocumentada fuera del país para escapar de la violencia ejercida por su pareja y en el viaje es captada por una red de tratantes con la finalidad de explotarla sexualmente. En este caso, ella aceptó viajar pero no ser victimizada, perder su libertad y el derecho a decidir sobre su propia vida y cuerpo.

Los tratantes, pueden ser un hombre o una mujer que pertenezca a una red del crimen organizado, puede ser parte de un negocio familiar o una persona que realice alguna de las actividades logísticas definidas en este delito. También puede ocurrir, que familiares, amistades o personas conocidas, sean quienes victimicen a la persona (66). Ejemplo: una madre o padre u otro familiar que cede a su hija para que tenga relaciones sexuales con un hombre cambio de dinero, víveres u otro tipo de beneficio.

Según la ONU (67), se estima que a nivel mundial, esta actividad ilícita obtiene ganancias anuales de 150 200 millones de dólares. Para la OIM (68), existen una serie de «...factores estructurales socioeconómicos, culturales y políticos que favorecen la demanda, la impunidad del delito y la vulnerabilidad sistemática de las víctimas» (p.18). Para complementar este tema, ver caja de herramientas lectura 1.M4. Factores que originan la trata de personas.

Uno de los factores asociados a la trata de personas, es la migración irregular, por eso es importante comprender las características de cada uno de estos fenómenos:

#### Cuadro 11:

#### Características de la trata de personas y el tráfico ilícito de personas

Trata de personas	Tráfico ilícito de personas
La finalidad principal es el lucro basado en la explotación de la persona.  La trata, a menudo, pero no siempre involucra actividades de tráfico ilícito de personas	Tiene como fin obtener beneficios de la entrada ilegal de personas a un país.  El tráfico puede convertirse en trata.
Las víctimas de la trata nunca consienten la explotación. Si al principio lo han hecho se ha debido a las acciones coercitivas o engañosas de los tratantes.	La víctima consiente y desea ser ayudada a traspasar las fronteras de un país de manera irregular.
La trata sucede sin necesidad de que la víctima sea desplazada a través de fronteras internacionales.	Siempre se da el cruce de fronteras.

Fuente: Adaptado de OIM. Trata de personas con fines de explotación laboral en Centro América: El Salvador. San José, C.R.: OIM, 2011

16 Asamblea Legislativa de El Salvador. Ley Especial contra la Trata de Personas. Art. 57

## **Perfil de las víctimas de trata y modalidades más frecuentes en el área centroamericana (69).**

En América Central y el Caribe, las víctimas afectadas por este delito corresponden en un 26 % a mujeres, 51 % niñas, 16 % hombres y 7 % niños. La modalidad de trata más frecuente fue la explotación sexual, con alrededor de 55% de los casos detectados. En segundo lugar se reportan otras modalidades como la mendicidad y adopción ilegal. Sin embargo, la trata es un fenómeno que va cambiando con las dinámicas sociales, económicas y tecnológicas, lo que puede ser reflejado en los perfiles de las víctimas y las modalidades que predominan en una región.

Estos datos, permiten visualizar que la trata de personas es una práctica ilegal donde se materializa el género: las víctimas de explotación sexual, en su mayoría son mujeres y niñas. Mientras que en el caso del trabajo forzado, la mayoría son hombres.

A nivel mundial, se presenta la misma dinámica ya que la información disponible refiere que la trata de personas afecta a mujeres, niñas, niños y hombres, pero con diferentes modalidades de explotación: Las mujeres son usadas más para la explotación sexual y el trabajo doméstico; mientras que los hombres y niños para otras formas de trabajo (70).

## **Consecuencias de la trata de personas en la salud**

La diversidad de derechos humanos que este delito vulnera, las condiciones en las que se concretiza la explotación humana, así como las variables personales, tienen un impacto en la salud de las personas victimizadas, que puede ser comparada con la sintomatología que presentan las víctimas de torturas. Por tanto, aunque cese la situación específica de trata, muchas áreas de la vida de las personas pueden estar afectadas, especialmente si el Estado no cumple con sus deberes de protección, atención y restitución de derechos (65).

Entre algunos de los efectos en la salud de las víctimas de trata pueden mencionarse (66, 70):

- La salud mental se puede ver afectada en forma permanente y de manera negativa, asociándose al desarrollo de depresión; trastorno por estrés postraumático, ansiedad; ideas suicidas; y trastornos somáticos, entre otros.
- Uso y abuso de drogas, entre ellos el alcohol, como una forma de control sobre las víctimas o como una manera de estas, para manejar esta experiencia.
- Problemas físicos como las contusiones, cortaduras, quemaduras y fractura e incluso, la muerte.
- Afectaciones en la salud sexual y reproductiva: infecciones de transmisión sexual y VIH, esterilidad, embarazo no deseado, abortos riesgosos, etc.
- Pueden presentarse condiciones médicas derivadas de la exposición a riesgos laborales debido a las situaciones inseguras o peligrosas, acordes a cada modalidad de explotación.

En la Lectura 2, Modulo 4 Una aproximación al impacto en la salud de la trata de personas (ver en caja de herramientas), pueden revisarse algunas consideraciones para el abordaje en salud.



## Atención y protección a las víctimas de la trata de personas

La *Ley Especial contra la Trata de Personas, El Salvador*, en el artículo. 29 (en el literal a), reconoce que las víctimas de este delito tienen además de los derechos reconocidos en instrumentos internacionales y nacionales, el derecho a la atención y protección integral. En cuanto a la atención, será inmediata e integral. Cuando la víctima sea una niña, niño o adolescente, además de sus derechos según las normativas pertinentes, tienen derecho a la protección especial, consistente en «recibir cuidados y atención integral especializados, adecuados e individualizados según las necesidades resultantes de su condición de sujetos en pleno desarrollo de su personalidad» (65).

El Consejo Nacional contra la Trata de Personas, es el ente interinstitucional, responsable de la formulación, seguimiento, coordinación y evaluación de la *Política Nacional contra la Trata de Personas*. El Consejo, se compone por el Consejo en pleno, la Secretaría Ejecutiva y el Comité Técnico. El MINSAL pertenece a estos tres niveles y coordina la atención en salud con los albergues para atender a NNA y personas adultas victimizadas.

### Atención desde el MINSAL a víctimas de trata de personas (49)

En los *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia* se presenta el abordaje que el personal multidisciplinario de salud debe realizar para las personas que está siendo explotadas o que han pasado por esta experiencia. Para lo cual, en estos lineamientos se presenta la Hoja de tamizaje y las orientaciones para la realización cada paso de este abordaje. En el cual se expresa, el compromiso por brindar un trato respetuoso y evitar la discriminación y revictimización.

(Ver en caja de herramientas Algoritmo 8. módulo 4, Algoritmo para la atención de víctimas de trata de personas).

## g) Guía metodológica día 4 Violencia contra las mujeres

Violencia contra las mujeres	
<b>Jornada 4</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar a los equipos multidisciplinarios para el fomento de competencias y actitudes que enriquezcan la calidad y calidez de atención en salud a mujeres que enfrentan violencia.</li> <li>- Identificar las características de un trato de calidad durante la atención del embarazo, parto y posparto.</li> <li>- Comprender las características de la trata de personas y la atención en salud requerida.</li> </ul>
<b>Ideas principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La construcción social del género crea condiciones que propician la violencia hacia las mujeres y niñas.</li> <li>✓ La calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto, impactará la vida de la mujer embarazada, su hija o hijo, así como a su familia.</li> <li>✓ Las consecuencias de la trata de personas son complejas, por lo que los equipos que brindan atención en salud deben conocer el impacto en la salud, así como las formas para su detección y atención.</li> </ul>

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar a las personas participantes</b>	Inscripción al taller	Se pasa la lista a todas las personas a fin de llevar registro de sus asistencia	Lista de asistencia	30 minutos
<b>Presentar objetivos y contenidos de la jornada</b>	Presentación de la jornada	Expositiva. Se presentan los objetivos y temas a desarrollar durante la jornada.		10 minutos
<b>Reflexionar sobre cómo la violencia ejercida contra las mujeres es una manifestación de poder basado en una construcción social y cultural</b>	Identificando la violencia contra las mujeres	Hacer 5 grupos de trabajo (depende de la cantidad de participantes) a los cuales se entrega la Hoja de testimonios (Ver caja de herramientas. Ejercicio 1, Módulo 4 Testimonios), que se analizarán con base a los siguientes aspectos: ¿Qué tipo de violencias identifica? Analice el rol de las personas prestadoras de servicios o las condiciones que favorecen la violencia contra las mujeres. En el grupo se nombre una persona relatora que socializará la reflexiones del grupo	Hojas de Testimonios	40 minutos
<b>Conocer e identificar qué es violencia y los tipos en que se expresa</b>	La violencia contra las mujeres	Exposición Teórica sobre la definición de la violencia, tipos, modalidades y consecuencias en la salud de las mujeres, para lo cual se empleará el marco conceptual		30 minutos

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
Receso				
<b>Favorecer el conocimiento sobre las directrices para el abordaje de la violencia contra las mujeres</b>	Lineamientos técnicos de atención Integral a todas las formas de violencia	Se presentan los Lineamientos técnicos de atención Integral a todas las formas de violencia (física, psicológica y sexual). Además de los Algoritmos de atención para mujeres, niñas, niños y adolescentes (ver en Caja de Herramientas)	Laptop-proyector	20 minutos
<b>Sensibilizar sobre el impacto de las condiciones en las que ocurre el embarazo, parto y posparto.</b>		Propiciar un ambiente de relajación, tener música instrumental, realizar ejercicio de respiración, que permita entrar en el tema.	Música Laptop-proyector	10 minutos
	Violencia obstétrica	Luego en grupos pequeños de tres participantes o en parejas, compartirán en forma voluntaria lo que recordaron de su embarazo (o el de su pareja), y de la experiencia del parto, relacionado al trato que recibieron por parte del personal de salud. Mencionar que este espacio es de confianza, seguridad, total respeto y cuidado de lo que las personas compartan (confidencialidad). Se enfatiza que al final, se dará un espacio para que compartan su experiencia las personas que así lo deseen.		20 minutos
		Se pregunta si hay una o dos experiencias –positivas o negativas- a compartir con el grupo, relacionadas a la atención en salud recibida. Se indica que tanto el embarazo, parto y puerperio, son etapas en las cuales se puede experimentar vulnerabilidad; por eso la importancia del trato hacia las mujeres y sus familias, de parte del personal de salud.		10 minutos
	Integración teórica	Se expone la definición de la violencia obstétrica, las formas de este tipo de violencia (usar el cuadro 10 del Marco conceptual)	Laptop-proyector	30 minutos
Almuerzo				
<b>Favorecer la integración y activación del grupo.</b>	Integración del grupo.	Dinámica. «Me voy de viaje». El grupo se sienta en círculo comenzará diciendo «Me voy de viaje y me llevo un abrazo» y abraza a la persona a su derecha. Entonces esa persona tiene que decir «Me voy de viaje y me llevo un abrazo y una palmada en la espalda» y le da a la persona a su derecha un abrazo y una palmada en la espalda. Cada persona repite lo que se ha dicho y añade una nueva acción a la lista. Continúe alrededor del círculo hasta que todos hayan tenido un turno (12).		10 minutos

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Conocer los avances que realiza el MINSAL para brindar una atención con enfoque de derechos humanos.</b></p>	<p>El Parto humanizado.</p>	<p>Se explica el modelo tecnocrático de la atención al parto y la dinámica de la violencia obstétrica. Luego, el modelo de atención personalizada y calidad de la atención/Buenos tratos. Se expone los avances que ha tenido el MINSAL en la incorporación de directrices para realizar partos humanizados.</p>	<p>Laptop-proyector</p>	<p>40 minutos</p>
<p><b>Profundizar en los conceptos básicos clave de la trata de personas.</b></p>	<p>El delito de trata de personas.</p>	<p>Propiciar la discusión sobre el delito de trata, indagando el conocimiento o la experiencia en la atención de las víctimas. ¿Qué es la trata de personas? ¿Hemos tenido experiencia con este tipo de delito como personal de salud? ¿Cómo ha sido?</p>		<p>20 minutos</p>
<p><b>Favorecer el abordaje a las víctimas de trata de personas, bajo el enfoque de derechos.</b></p>	<p>La atención a las víctimas desde el MINSAL.</p>	<p>Se presentan los conceptos básicos sobre el tema y el algoritmo de atención del MINSAL</p>	<p>Laptop-proyector</p>	<p>30 minutos</p>
<p><b>Favorecer la aplicación de nuevas prácticas en la atención a las personas víctimas de trata.</b></p>	<p>Nuevas prácticas.</p>	<p>Se piden 8 personas voluntarias que formarán 2 grupos. El primero dramatizará la atención a una víctima de trata bajo la modalidad de explotación sexual bajo un enfoque de derechos humanos y de género. El otro grupo, una atención en salud que no incluya dichos enfoques. Después de ambas presentaciones, se pregunta al grupo: ¿Qué características se identifica en cada abordaje? ¿Qué necesitamos hacer o trabajar para incorporar el enfoque de derechos humanos en la atención a víctimas de trata de personas? Deja esta pregunta como una inquietud a cada participante, reforzando la idea de que se deben trabajar primero los prejuicios que llevan a discriminar a las víctimas y en consecuencia a brindar una atención en salud no acorde los principios de calidad y calidez, y en consecuencia sin enfoque de derechos.</p>		<p>30 minutos</p>
<p><b>Cerrar la jornada</b></p>	<p>Evaluación – cierre</p>	<p>Colocar debajo de la silla de algunas personas del grupo, tarjetas con las preguntas generadoras: ¿Qué aprendí ahora? ¿Qué quiero poner en práctica en mi vida profesional? ¿En cuál tema necesito profundizar?</p>	<p>Tarjetas</p>	<p>10 minutos</p>

## Módulo 5.

# Violencia de género en la atención de salud

En este módulo se desarrolla tres temas: el primero aborda la violencia hacia las mujeres en su salud sexual y reproductiva; el segundo, la violencia y discriminación hacia las trabajadoras sexuales y en el tercer tema se abordará la violencia y discriminación hacia las personas LGBTI.

Por lo general, las instituciones prestadoras de servicios de salud son las instancias que brindan atención a las personas víctimas de hechos violentos, por lo que es contradictorio pensar que este tipo de instituciones en su organización y estructura, ejerza violencia hacia las personas usuarias y específicamente violencia de género. Para comprender este análisis, se debe partir de que la violencia, es el «resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas» (71).

A partir de lo cual, se puede entender, cómo algunas prácticas institucionales de salud discriminan a las personas en función de su sexo, su orientación sexual o su identidad de género, por lo que se constituyen en expresiones de la violencia psicológica, física y sexual, y representan además una vulneración a los derechos humanos de las personas usuarias.

### **a) Prácticas institucionales que se constituyen en violencia de género**

Las prácticas institucionales son «el conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como propuesta organizada a través de un medio institucional, personal multidisciplinario de salud, desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y la prestación de servicios de salud» (71). Estas abarcan tanto las relaciones laborales al interior de la institución, la relación entre personal de atención y población usuaria; así como la participación social de la comunidad y el personal de atención.

En las sociedades patriarcales y capitalistas, los establecimientos de salud tienen prácticas institucionales que reproducen relaciones de poder y subordinación en la cultura institucional, asumiéndose como características normales o propias de las instituciones. Donde se manifiestan relaciones de poder entre jefaturas y subordinados, entre personal médico y paciente y población usuaria.

Para Fernández Moreno (71), en el área de la salud el poder radica en los conocimientos técnicos que posee el personal de atención, en contraposición con la población usuaria, y aumenta la desigualdad de poder cuando se tiene menos información y mecanismos que le permitan a las personas usuarias ejercer sus derechos.

Las prácticas institucionales en salud, sin embargo, deben implicar la atención informada, de calidad técnica, y desarrollada con base a los principios de confidencialidad, igualdad, respeto, no discriminación y laicidad.

## **b) Derecho a la salud y principios de la atención en salud**

Según la *Constitución de la República de El Salvador*, en el artículo. 1 se plantea que el principio de igualdad se aplica a todas las personas independientemente de su sexo, edad, raza o religión, en consecuencia, podrán gozar del derecho a la salud (72), incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. El MINSAL garantizará la atención a las personas, el acceso a la salud integral, la salud sexual y reproductiva, de tal forma que los servicios de atención se brinden con igualdad y equidad (31).

El principio de no discriminación prohíbe aquellas acciones, omisiones o prácticas discriminatorias contra las mujeres, la cual se define como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga como finalidad o resultado, limitar o anular el ejercicio de sus derechos, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, étnicas, culturales, políticas y personales de cualquier naturaleza. En todas las acciones que desarrolle el MINSAL, tendrá como lineamiento, que la atención en salud se realice sin ningún tipo de discriminación, posibilitando que las personas en todo el curso de vida puedan acceder a la atención en salud integral.

En la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, en el artículo 5, reitera que tampoco se podrá argumentar creencias o costumbres culturales para menoscabar los derechos de las mujeres y su integridad, por tanto, se deben evitar prejuicios y prácticas discriminatorias hacia ellas (73).

Estos principios se aplican también a las personas privadas de libertad, a quienes se proporcionará una atención en salud basada en el enfoque de derechos humanos, libre de estigma o discriminación, según se plantea en los *Lineamientos Técnicos para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad* del MINSAL (74).

La no discriminación basada en la orientación sexual de las personas en la atención en salud, se oficializó con la aprobación del Decreto Ejecutivo n.º 202 (75). En el resto de instituciones públicas se hizo extensiva la prohibición de la discriminación por razón de identidad de género y de orientación sexual con la aprobación del Decreto Ejecutivo n.º 56 (76)

El MINSAL, como una de las instituciones públicas del Estado salvadoreño, debe realizar sus funciones atendiendo al principio de laicidad, es decir sin que medien consideraciones de tipo religiosas que obstaculicen o limiten la prestación de servicios. En la *Constitución de la República*, artículo 25, se manifiesta que el Estado garantiza la libertad de culto a la ciudadanía; sin embargo su actuar institucional debe estar apegado a las normas científicas y laicas. De igual manera, en la LEIV, Art. 4 se reitera que no se podrá ejercer violencia contra las mujeres argumentando creencia, costumbre o consideración religiosa.

## c) Violencia en salud sexual y reproductiva

La Declaración y *Plataforma de Acción de Beijing*, planteó que los Estados reconocen el derecho de las mujeres a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental en todo su ciclo de vida, requerimiento indispensable para lograr su bienestar y participación tanto en el ámbito privado y público. Además, reiteró como parte de sus derechos humanos, ejercer control y decidir sobre su sexualidad, su salud sexual y salud reproductiva; sin ser sujetas de coerción, discriminación y violencia (77).

En esta Declaración, los Estados se comprometieron a fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, proporcionarles información, haciéndolos más adecuados, asequibles y de buena calidad. Tanto los servicios de salud como las labores del personal de atención deben basarse en el respeto a los derechos humanos, normas éticas, profesionales y no sexistas.

El Salvador ha incorporado en la normativa nacional los compromisos adquiridos con la firma y ratificación de diferentes instrumentos internacionales sobre derechos humanos. Esto se ha concretizado al definir las políticas públicas, en este caso en materia de salud:

Cuadro 12:

### Políticas públicas en salud

Política Pública	Enfoques incorporados
<b>Política de Salud sexual reproductiva 2012 (29)</b>	<p>Incorpora los <b>enfoques</b> de derechos humanos y de género, promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y reconoce grupos históricamente excluidos como la población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual (LGBTI), personas con VIH, personas trabajadoras sexuales, pueblos indígenas, personas con discapacidad, entre otras.</p> <p>Tiene como <b>objetivo</b> garantizar que la salud sexual y reproductiva de la población salvadoreña, sea proporcionada en las diferentes etapas del ciclo de vida, que esté basada en los enfoques de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad.</p> <p>Se debe promover, fomentar y desarrollar la participación masculina en los procesos reproductivos, de tal forma que se refuerce su responsabilidad en forma integral.</p>
<b>Política Nacional de Salud 2015-2019 (17)</b>	<b>Eje 1 Línea de Acción 4.3.8.</b> Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, considerando las necesidades específicas de mujeres y hombres, personas adolescentes y jóvenes, personas LGBTI, trabajadoras sexuales, personas mayores, personas con discapacidad y pueblos indígenas, especialmente personas en condición de vulnerabilidad y la población que reside en el área rural.

Política Pública	Enfoques incorporados
<p><b>Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud (5)</b></p>	<p><b>Objetivo Específico 4. Línea de Acción 4.2.1</b> Materializa el enfoque de inclusión y plantea que se debe garantizar la provisión de servicios en salud, sin discriminación por género, edad, discapacidad, orientación sexual o por vivir con VIH.</p>
<p><b>Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas (78)</b></p>	<p>Algunos de los <b>enfoques</b> que incorpora son:</p> <p><b>Interculturalidad</b>, reitera el respeto a las diferencias culturales y a la convivencia respetuosa.</p> <p><b>Género</b>, que permite comprender las características específicas de mujeres y hombres, sus necesidades, posibilidades, expectativas, así como la complejidad de relaciones que se establecen entre los géneros.</p> <p><b>Derechos Humanos:</b> la atención en salud debe ser de calidad y contribuir a la garantizar este derecho humano, inseparable de la vida y de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p><b>Objetivo 4:</b> Informar, educar, comunicar y empoderar a los Pueblos Indígenas en la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida conforme a su cosmovisión.</p> <p><b>Resultados 4.1.</b> Fortalecidas las atenciones en salud sexual y reproductiva en los Pueblos Indígenas.</p> <p><b>Líneas estratégicas de acción:</b></p> <p><b>AE3</b> Fortalecer la calidad de atención y humanización en los establecimientos de salud para el acompañamiento de las comunidades y Pueblos Indígenas, en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p><b>AE4</b> Empoderar al personal médico y paramédico que brinda atención en salud sexual y reproductiva en el enfoque de la cosmovisión de los Pueblos Indígenas.</p>

Fuente: Elaboración propia

### Otros instrumentos que aseguran una atención basada en el enfoque de derechos.

El MINSAL también cuenta con una serie de directrices interrelacionadas, que contemplan acciones dirigidas a garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el transcurso de su vida. De tal forma que se generen sinergias en la atención brindada. Entre estos instrumentos, se encuentran los siguientes:



- **Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción (79).**

Tienen como objetivo general proporcionar al personal de salud las directrices técnicas y los componentes esenciales para la atención integral e integrada en la prestación de servicios de anticoncepción; los cuales se basan en evidencia científica y en los enfoques: derechos humanos, determinación social de la salud, género, riesgo reproductivo, elección libre e informada en los diferentes métodos de anticoncepción.

- **Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido (80).**

Tienen como objetivo general estandarizar en las instituciones del Sistema Nacional de Salud la oferta de servicios a brindar durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio y atención del recién nacido.

- **Lineamientos técnicos para el desarrollo de “Círculos educativos con adolescentes embarazadas” (81).**

Tienen como objetivo general proporcionar los lineamientos técnicos para la organización de una estrategia formativa dirigida a adolescentes embarazadas, en los cuales se conozcan y se apropien de sus derechos, para que puedan elaborar un plan de vida, tomar decisiones responsables e independientes en relación a su cuerpo y maternidad.

- **Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en la RIIS (82).**

El objetivo general de este instrumento es establecer disposiciones para implementar la atención diferenciada de salud integral e integrada para adolescentes y jóvenes, en los establecimientos de las RIIS, desde el enfoque de interinstitucionalidad e intersectorialidad. Los servicios enfatizarán la atención de la salud sexual y reproductiva, salud mental y la promoción de estilos de vida saludables en adolescentes y jóvenes.

- **Lineamientos Técnicos para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad (74).**

Establecer las disposiciones para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad, con enfoque de los derechos humanos, género, diversidad sexual, libre de estigma o discriminación. En estas directrices se señala que en la atención, serán implementadas medidas especiales para grupos vulnerables, entre las que se menciona a mujeres y niñas. Entre las acciones prioritarias en las regiones de salud, se privilegia el seguimiento a diversos convenios y normativa institucional para la atención en la salud sexual y reproductiva a las mujeres privadas de libertad, basado en el enfoque de género, diversidad sexual sin discriminación.

La salud sexual y reproductiva se define como «el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la salud

sexual y reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva” (29).

El MINSAL considera la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos incluyen:

- Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.
- Los derechos reproductivos incluyen los derechos a nivel individual y de las pareja a decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.
- Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

Fuente: MINSAL (2012) Política de Salud Sexual y Reproductiva, pág. 13.

Este nuevo planteamiento ha significado un avance en la lucha contra las desigualdades de género en el área de salud, al visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, los riesgos en la salud sexual y reproductiva a los que están expuestas las mujeres. Debido a patrones culturales que limitan su poder de decisión sobre su sexualidad, lo cual incrementa el riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, entre otros factores de riesgo. En esta nueva visión, los hombres son considerados en su papel de corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Sin embargo, cuando la atención en salud que se proporciona a las personas usuarias, no se ajusta a los principios del respeto a los derechos humanos, consignados en diferentes instrumentos legales mencionados previamente, se evidenciaría la modalidad de violencia institucional, definida en el módulo 4.

En este sentido, algunas personas en su calidad de representantes del Estado realizan prácticas discriminatorias, que tienen a la base estereotipos de género, cuyo resultado es limitar o anular el goce y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta modalidad de violencia se origina en las relaciones desiguales de poder, entre el personal de atención en salud y las usuarias de los servicios de salud.

Por tanto, es necesario que el personal de salud revise su actitud y conducta en la atención hacia las usuarias.

### Situaciones que vulneran la salud sexual y reproductiva de las mujeres:

- Cuando en la atención en salud proporcionada se expresan los prejuicios del personal, manifiestos en comentarios tales como: «¿Para qué tienen tantos hijos si no los pueden mantener?». O en el cuestionamiento a una mujer joven sobre el uso de métodos anticonceptivos, si no está casada o tiene una unión de hecho.
- Cuando no se garantiza los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica. Ejemplo: al imponérseles ciertos métodos anticonceptivos.
- La negativa ante la solicitud de una mujer joven de esterilizarla.
- No brindar consejería o atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes y mujeres con algún tipo de discapacidad.
- Trato inadecuado a una adolescente embarazada, como regaños, reproches o comentarios, que aluden a su irresponsabilidad. Especialmente en un país como en El Salvador, donde muchas niñas y adolescentes han resultado embarazadas luego de haber sido víctimas de violencia sexual.
- Cuando no se garantiza el derecho a la intimidad y la confidencialidad en los sistemas de registro concerniente a este campo.
- Cuando se invisibiliza las necesidades específicas y diferenciadas de atención de mujeres y hombres y la manera de abordarla.
- Cuando se invocan criterios religiosos en la prestación de servicios u omisión de los mismos.
- Facilitar asesoría que irrespete las diferencias culturales de los pueblos indígenas.

Por tanto, entre los obstáculos para el ejercicio de los derechos de las mujeres se encuentran la discriminación y violencia, expresada en actitudes sexistas y prácticas discriminatorias que refuerzan su posición subordinada en la sociedad; o actitudes adultocentristas que ejercen discriminación por razón de edad.

En el *Informe especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador 2015* (83), se señala que pese a los avances en materia de salud sexual y reproductiva, persisten algunas vulneraciones de derechos a la salud, especialmente en poblaciones de mayor exclusión social y vulnerabilidad.

Una vulneración de derechos, deriva de la penalización absoluta del aborto que genera consecuencias negativas en la vida de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas.

Sobre este tema, la titular del MINSAL, la Ministra Violeta Menjívar ha solicitado a la Asamblea Legislativa la reforma a esta normativa, considerando la salud de las mujeres y sus derechos humanos: «Quiero hacer un llamado, como ministra de Salud, a la Asamblea Legislativa para que ponga sus buenos oficios para hacer la reforma a la ley que necesitamos para poder interrumpir el embarazo en aquellos casos donde corre peligro la vida y la salud de las mujeres»(84).

## **d) Violencia y discriminación hacia las personas trabajadoras sexuales**

Una perspectiva política planteada por asociaciones feministas, agencias de derechos humanos, de salud e incluso organizaciones de trabajadoras sexuales, argumenta que el trabajo sexual es una realidad social generalmente, producto de situaciones de discriminación y violencia. Por lo cual, el trabajo sexual debería ser regulado para evitar mayores vulneraciones a los derechos humanos de quienes lo ejercen (85).

La OMS (86) define como personas trabajadoras del sexo a mujeres, hombres, personas trans adultas y jóvenes mayores de 18 años que brindan servicios sexuales, generalmente o en forma ocasional a cambio de dinero o bienes. Esta actividad puede incluir hombres que tienen sexo con hombres.

Un aspecto clave en el trabajo sexual, es el consentimiento en las relaciones sexuales, por tanto, no se consideran como tal, la explotación sexual comercial de personas menores de edad y la trata de personas. Dado que ambos son delitos que conllevan diversas vulneraciones a los derechos humanos: a la vida, la libertad, la protección frente a tratos humillantes, entre otros. En consecuencia, son cometidos contra la voluntad de las personas.

Las personas que desarrollan el trabajo sexual, enfrentan altos niveles de discriminación y violencia, ya que se les asocia con riesgos a la salud sexual (adquisición de ITS y VIH); la utilización o no del condón (86); la criminalización del trabajo sexual y las desigualdades de género. En el caso, de las trabajadoras sexuales, igual que otras mujeres, enfrentan violencia de género, pero las posibilidades de sufrirla se incrementa debido al rechazo social, comunitario y familiar. Los hechos violentos pueden provenir inclusive de clientes o las parejas, a pesar de que estos se benefician muchas veces de la actividad que ellas desarrollan (87).

En esta línea, se pueden identificar una serie de prejuicios hacia las trabajadoras sexuales, relacionadas a juzgarlas de manera negativa: considerar que todas tienen alguna infección de transmisión sexual, son malas, dan mala imagen a un lugar, son incapaces de tener sentimientos e incluso a veces, se les atribuye haber elegido el trabajo sexual como una manera «cómoda» de obtener dinero. Estos juicios negativos presentes en la población en general, también se evidencian en el personal de salud y pueden tener como resultado el no reconocimiento de sus derechos humanos (88).

Esta discriminación social y estar inmersas en contextos de violencia, puede limitar el acceso de las personas trabajadoras sexuales a los servicios de salud, entre ellos los del VIH (89). Al respecto, se ha reconocido que la vulnerabilidad frente al VIH aumenta por las desigualdades de género manifestadas en la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, la falta de sensibilidad, el desconocimiento o actitudes negativas del personal de salud.

Estos comportamientos que se expresan en violencia psicológica o física, se derivan de los prejuicios hacia los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad (90).

Algunos ejemplos de la discriminación realizada por el personal de salud a las personas trabajadoras sexuales que además representan la vulneración a sus derechos humanos son:

- El abordaje en salud, únicamente basado en la actividad a la que se dedica. Lo cual deriva en la indicación de tratamientos médicos no relacionados a su estado de salud, sino en la percepción de los riesgos asociados al trabajo sexual. Ejemplo: indicación de prueba de VIH cada vez que se consulta.
- Realizar diagnósticos sin enfoque de género e inclusión, invisibilizando la violencia de género. Ejemplo: registrar lesiones causadas por violencia como politrauma es discriminatorio.
- Negar la atención por ejercer el trabajo sexual.
- Faltar a la confidencialidad: mencionar en voz alta frente a otras personas usuarias, la actividad que desempeña.
- Expresar rechazo, cuando la persona trabajadora sexual manifiesta a qué se dedica.
- Utilizar medidas de bioseguridad (usar doble guante) para brindar la atención.

### **Guía para el personal de salud en el abordaje de trabajadoras (es) del sexo, 2007**

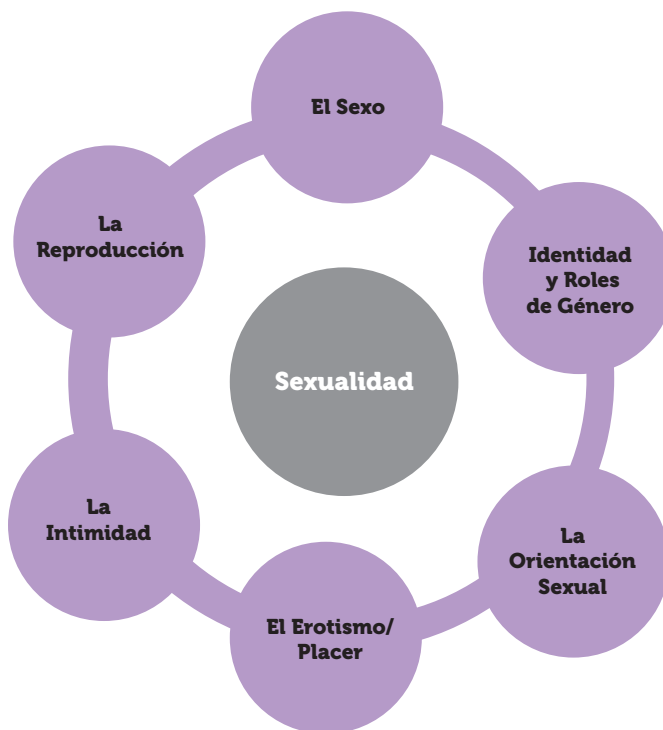
EL MINSAL impulsado esfuerzos para que el abordaje de las personas trabajadoras sexuales, desde una perspectiva de derechos. En el año 2007, se introdujo la Guía para el personal de salud en el Abordaje de Trabajadoras (es) del Sexo (87), cuyo objetivo general es proporcionar herramientas para la atención de la salud de las personas trabajadoras sexuales con características de calidad, calidez y equidad con énfasis en la prevención y atención de las ITS y el VIH-SIDA.

### **e) Violencia hacia las personas LGBTI**

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales (3).

Figura 16:

### Componentes de la sexualidad



Fuente. Elaboración propia.

No existe una única forma de vivir o expresar la sexualidad, por eso se ha reconocido el concepto de diversidad sexual que manifiesta las diferentes orientaciones sexuales: homosexual, bisexual y heterosexual y la identidad de género (3). El acrónimo LGBTI, abarca varias categorías (ver en caja de herramientas lectura 1.M5. las categorías de la diversidad sexual y corporal: lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexual) (3).

Este reconocimiento se ha logrado gracias a grupos de feministas, organizaciones de derechos humanos, comunidad LGTB y organizaciones de la sociedad civil, que han visibilizado que en el cuerpo-sexualidad, se concretizan los derechos humanos, se expresa la libertad y la democracia y por ende, se plasma el ejercicio de la ciudadanía (91).

### Violencia y discriminación hacia las personas LGBTI

Desde las teorías de género, derechos humanos y el activismo social, se ha evidenciado que la violencia y discriminación históricas hacia estas personas están basadas en la construcción social de género, el patriarcado y la heteronormatividad, que niegan, castigan y criminalizan la diversidad sexual (92).

Por tanto, la heteronormatividad plantea la heterosexualidad obligatoria, que impone la orientación sexual hacia las personas del sexo opuesto, considerándola a la vez como «lo normal». Mientras que otras formas de ejercer la sexualidad, se catalogan como «anormal o no natural» (9) e incluso en el pasado fueron definidas como enfermedades mentales (3).

La discriminación por **orientación sexual o identidad de género** se refiere a «toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o la disminución de la igualdad ante la ley o del reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Este tipo de discriminación generalmente se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica» (3; p.17).

La construcción social del género también define e impone los cuerpos, la manera en que lucirán, los roles y el ejercicio de la sexualidad tanto de mujeres como hombres. Este encasillamiento hace que aquellas personas que no se acoplen a estos parámetros, sean víctimas de diversos tipos de violencia y discriminaciones, presentes en casi todas las áreas de sus vidas (84). A la base de estos prejuicios, se encuentran una serie de creencias que avalan conductas discriminatorias manifestadas en el rechazo a la diversidad sexual.

### **Discriminación en las prácticas de salud**

Cuando el personal de salud manifiesta poca comprensión y sensibilidad hacia las personas LGTBI, puede derivar en una atención de menor calidad. A consecuencia de esto, las personas pueden mostrarse reacias a revelar su orientación sexual o su identidad de género. Dicha situación limita que se reciba una atención oportuna y adherencia a los tratamientos, ya que no se conocen comportamientos o prácticas relevantes (93).

Algunas prácticas discriminatorias en el sistema de salud pública se manifiesta así:

- Acoso de personal de seguridad en los centros de salud.
- Se les hace esperar mucho más tiempo o se les niega el servicio.
- Faltar al principio de confidencialidad: En el caso de una usuaria transgénero o transexual femenina gritar su nombre en la sala de espera, atrayendo la atención de todas las personas en la sala de espera.
- Uso de lenguaje despectivo o moralizante, culpándoles de su identidad de género o su orientación sexual.
- Brindar la atención necesaria a mujeres heterosexuales o lesbianas, sin tomar en cuenta sus particularidades sin discriminación.
- Brindar la atención necesaria a hombres heterosexuales o gais sin tomar en cuenta sus particularidades y sin discriminación.
- Falta de acceso a ciertos tipos de atención sanitaria especializada.
- Ser objeto de burlas, con comentarios discriminatorios como: ¡Hay te buscan!
- Asumir que la persona usuaria es heterosexual.
- Impedir que la pareja de una mujer lesbiana, bisexual u hombre trans, la acompañe durante la consulta médica.

### **Lineamientos lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la personas LGBTI (3)**

Para reiterar el compromiso con el principio de no discriminación basada en la orientación sexual, el MINSAL introduce los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de la Población LGBTI, cuyo objetivo general es que el personal de salud disponga de directrices para la atención integral en salud a personas LGBTI, bajo un enfoque de derechos humanos, género y equidad.

(Ver flujograma 1, Módulo 5 y flujograma 2, Modulo 5 «Flujo de atención para la población LGTBI» en caja de herramientas).

En la actualidad hay avances para incorporar el respeto a las personas independientemente de su orientación sexual, u otra condición. Sin embargo, la persistencia de vulneraciones a sus derechos humanos, plantea la necesidad de sensibilizar a la sociedad civil y a profesionales de la salud, para la provisión de servicios desde un enfoque de derechos humanos y de género.



## f) Guía metodológica día 5. Violencia de género en la atención de salud

Jornada 5		Violencia de género en la atención de salud	
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender cómo la discriminación en la atención en salud representa una vulneración de derechos a las personas LGBTI.</li> <li>- Promover el aprendizaje del personal multidisciplinario sobre la diversidad sexual.</li> </ul>		
<b>Ideas principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La atención en salud debe ser proporcionada con base a los principios de igualdad, no discriminación y desde una perspectiva laica.</li> <li>✓ Las políticas, planes y programas en salud pública en el país han incorporado los enfoques de derechos humanos, género e inclusión. Por lo tanto, es importante que el personal multidisciplinario incorpore en sus prácticas dichos enfoques.</li> <li>✓ La discriminación aumenta las desigualdades de género y las condiciones de exclusión en la que se encuentran las mujeres, las trabajadoras sexuales y las personas LGBTI.</li> </ul>		

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar asistencia de las y los participantes.</b>	Inscripción.	Se pasa la lista a todas las personas a fin de llevar registro de sus asistencia.	Lista de asistencia.	20 minutos.
<b>Compartir los objetivos de la jornada.</b>	Presentación de la jornada.	De manera expositiva se presentan los objetivos relativos a conocer la violencia que se puede ejercer hacia las personas en función de su sexo, su orientación sexual e identidad de género.	Laptop, proyector.	5 minutos.
<b>Reflexionar sobre cómo la sexualidad está sujeta a condicionamientos culturales y cómo esto influye en la prestación de servicios en salud.</b>	La sexualidad.	Se escribe en un cartel la palabra sexualidad y se pide al grupo que se escriba en tarjetas una palabra o frase que se relacione a este término, pegando las tarjetas cerca del cartel. La persona que facilita agrupa las tarjetas en categorías como: Biológico, Social, Psicológico, etc., Luego lo relaciona con el concepto de sexualidad (Ver Caja de herramientas, ejercicio 1. Módulo 5)  Se reflexiona sobre la influencia del componente social sobre la sexualidad humana, lo que incide en la forma en cómo se valora y se vive la sexualidad. También el género influye en la vivencia de la sexualidad desde las normas y el control sobre el cuerpo de mujeres y hombres.	Cartel con la definición de sexualidad, tarjetas, plumones marcadores, cinta adhesiva (tirro).	15 minutos.

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Reflexionar sobre la importancia que el personal de salud tiene para garantizar la información y atención adecuados para el ejercicios de los derechos sexuales y reproductivos.</b></p>	<p>La salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Se comienza el tema con una lluvia de ideas acerca de los conceptos de salud integral, salud sexual y salud reproductiva. Se forman 5 grupos de trabajo a los cuales se les entregará la Hoja derechos sexuales y reproductivos (ver caja de herramientas ejercicio 2. Módulo 5), que se discutirá con base a las preguntas generadoras:                      ¿Cuál es la realidad de las mujeres en su salud sexual y reproductiva en el país?                      ¿Qué es lo que dificulta el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos?                      ¿Cuáles son los derechos menos respetados? ¿por qué?                      Como prestadores de servicios de salud, ¿cómo atendería a una usuaria aplicando el enfoque de derechos humanos, género e inclusión?</p>	<p>Hoja Derechos sexuales y reproductivos.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p><b>Conocer las directrices con las que cuenta el MINSAL en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.</b></p>	<p>Exposición dialogada.</p>	<p>Plenaria: Reforzar la idea de la importancia de conocer los enfoques de trabajo del MINSAL y la aplicación de los mismos en la atención que se brinda a la población en general y con grupos que presentan una exclusión social históricas. Utilizar el marco conceptual para reforzar este aprendizaje.</p> <p>Presentar los conceptos de salud integral, salud sexual y salud reproductiva. Los derechos reproductivos y los enfoques que usa el MINSAL.                      Indicar que el abordaje de las diferentes situaciones relacionadas a este tema, está planteado en los protocolos de la institución, se presentan y se hace una breve introducción de los Lineamientos mencionados en el marco conceptual.</p>	<p>Laptop-proyector.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>1 hora.</p>
<p>Receso</p>				

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Reflexionar sobre la discriminación hacia poblaciones vulnerables.</b></p>	<p>La discriminación a las poblaciones vulnerables.</p>	<p>Dramatización. Se forman grupos en los cuales realizarán una dramatización del abordaje de los casos que se le entregue a cada uno (Ver Caja de Herramientas Ejercicio 3. Módulo 5- Casos).</p> <p>Grupo 1. Trabajadora sexual que busca atención odontológica.</p> <p>Grupo 2. Mujer lesbiana que desea orientación para prevenir el VIH.</p> <p>Grupo 3. Mujer pobre que se toma la citología</p> <p>Grupo 4. Adolescente mujer que busca un método anticonceptivo.</p> <p>Grupo 5. Persona trans en busca de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Grupo 6. Hombre gay que consulta por lesión de causa externa.</p> <p>Plenaria: Luego de las presentaciones la persona facilitadora, motivará la reflexión grupal con base a las preguntas generadoras:</p> <p>¿Qué nos hace falta como representantes de salud para abordar las situaciones planteadas? ¿Cuáles son las fortalezas que tiene la institución para responder a estas demandas?</p> <p>¿Cuáles son las debilidades personales que deben trabajarse para proveer de una atención de calidad y con calidez?</p>	<p>Casos lápices, tijeras, pliegos de papel bond, cinta adhesiva (tiro); papel periódico.</p>	<p>60 minutos.</p> <p>40 minutos.</p>
Almuerzo				
<p><b>Generar ambiente de integración.</b></p>	<p>Integración grupal.</p>	<p>Dinámica de integración. El grupo se ubica de pie en círculo y se indica que a cada frase que mencione la persona facilitadora, se moverán a la izquierda del salón si se está de acuerdo y a la derecha si no lo están.</p> <p>Las frases deben decirse en forma rápida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mujer debe tener las hijas e hijos que Dios le de.</li> <li>• Sexo y sexualidad son los mismo.</li> <li>• Las niñas y los niños también tienen la sexualidad.</li> <li>• Las personas pueden elegir quién les atrae sexualmente.</li> <li>• Las personas trabajadoras sexuales.</li> </ul> <p>La diversidad sexual ocasiona problemas graves.</p> <p>Pueden decirse otras frases que sean pertinentes a los temas de esta jornada.</p>		<p>60 minutos</p> <p>10 minutos.</p>

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Conocer los conceptos básicos sobre trabajo sexual, personas LGBTI y los respectivos instrumentos del MINSAL para su abordaje.</b></p>	<p>Violencia hacia las personas trabajadoras sexuales y personas LGBTI.</p>	<p>Se presenta los conceptos sobre trabajo sexual, los contextos de violencia y discriminación a los que se enfrentan las trabajadoras sexuales.</p> <p>Así como aquellas prácticas discriminatorias hacia este grupo en la atención en salud. Se introduce la Guía para el personal de salud en el abordaje de trabajadoras(es) del sexo.</p> <p>A continuación se presentan los conceptos básicos de la diversidad sexual, orientación sexual, y prácticas discriminatorias hacia las personas por su orientación sexual y su identidad de género.</p> <p>Se hace breve presentación de los Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI del MINSAL. Se retoma el marco conceptual de ambos temas desarrollados en el manual.</p>	<p>Laptop-proyector.</p>	<p>40 minutos.</p>
<p><b>Fomentar la aplicación de nuevas prácticas en la prestación de servicios de salud.</b></p>	<p>Nuevas prácticas.</p>	<p>Trabajo creativo. Se indica que se realizará un cartel con el lema «Servicios de salud libres de discriminación». Para lo cual se puede retomar algunos de los temas de la jornada. Luego cada grupo presenta su cartel y explica su contenido. La persona que facilita, identifica los puntos centrales compartidos por los grupos y refiere que cada integrante de los equipos multidisciplinarios es imprescindible en la prestación de servicios de calidad y calidez, basados en los enfoques que reiteran los diferentes instrumentos del MINSAL.</p> <p>Ejercicio opcional: "Lo que estamos haciendo, pero aún nos falta hacer" (Ver Caja de Herramientas Ejercicio opcional 4, Módulo 5).</p>	<p>Pliegos de papel bond, revistas, papel periódico, pegamento, lápiz, borrador, tijeras, tirro, plumones de colores.</p>	<p>50 minutos</p>
<p><b>Cerrar la jornada y propiciar la adopción de compromisos en las y los participantes.</b></p>	<p>Cierre y evaluación del taller.</p>	<p>Se entrega al grupo una tarjeta y se indica que las personas que tengan:</p> <p>El color amarillo compartirán: ¿Qué se lleva de la jornada?</p> <p>El color verde: ¿Qué deja en este espacio de formación?</p> <p>El color naranja: ¿Qué aplicará en el plano personal y laboral?</p> <p>Se cierra la jornada con la reflexión: como prestadores de salud se tiene un papel clave en hacer efectivo el derecho a la salud, así como la importancia de empaparse de los lineamientos de atención para la población usuaria.</p>	<p>Tarjetas de 3 colores (amarillo, verde y naranja).</p>	<p>20 minutos.</p>

## Módulo 6. Investigación en salud con enfoque de género

El Ministerio de Salud, realizó el lanzamiento del Instituto Nacional de Salud (INS)<sup>17</sup>, en abril del 2013, el cual se creó como un eje de La Reforma de Salud, en respuesta a las necesidades de atención de la población salvadoreña con el objetivo de generar evidencia científica para la toma de decisiones en salud. Con la creación del INS, se abrió un espacio para que el personal de salud pueda aportar en la construcción y desarrollo del país a través de la investigación, para profundizar en las causas de las enfermedades, a partir de la determinación social de la salud, como categoría de análisis y para brindar soluciones científicas a las diversas problemáticas, de acuerdo a los hallazgos de las investigaciones.

Actualmente conforma su estructura: a) Escuela de Gobierno (formar cuadros estratégicos y en investigación), b) Departamento de Investigación y b) Laboratorio Nacional de Referencia.

El INS, ha investigado en salud renal, salud sexual y reproductiva; determinantes de la salud; laboratorio; neurología, cáncer gástrico, entre otros.

En noviembre del 2016, se publicó en el *Diario Oficial la Política Nacional de Investigación para la Salud*, la que tiene por objetivo desarrollar el sistema nacional de investigación para la salud, que integre, oriente y regule los procesos de investigación con estándares metodológicos y éticos, que permita que sus resultados sean utilizados para el desarrollo científico y tecnológico, que busca mejorar la salud y calidad de vida de la persona, familia y comunidad.

Asimismo, en el marco conceptual, se define que la investigación en salud:

**«Es la investigación emprendida para incrementar los conocimientos acerca de la salud. Incluye cualquier disciplina o combinación de disciplinas que procure determinar y mejorar las repercusiones de las políticas, programas e intervenciones que se originan dentro y fuera del sector salud, incluidas las investigaciones biomédicas, de salud pública y de salud ambiental, las ciencias sociales y de la conducta y el estudio de sus relaciones con factores sociales, económicos, políticos, jurídicos e históricos, con el propósito de lograr un nivel más alto posible de salud y la ausencia de enfermedades en la población en general y en los individuos» (94, 95).**

Se puntualiza que la investigación para la salud es un proceso sistemático, organizado y objetivo, en el que se aplica el método científico con la finalidad de ampliar los conocimientos que ya existen «sobre la salud y sus determinantes, las enfermedades y los procesos de atención sanitaria; así como la evaluación del desempeño de las intervenciones para fomentar la salud, prevenir las enfermedades y abordar la determinación social» (94).

<sup>17</sup> El cual se creó con base al acuerdo ministerial N° 894, el 13 de septiembre del 2010.

Tomando en cuenta estos antecedentes, para el Ministerio de Salud de El Salvador, disponer de una guía específica, útil y aplicada para incorporar la perspectiva de género en su práctica investigadora es fundamental dado que esta perspectiva brinda beneficios científicos, sanitarios y sociales para una investigación en el campo de la salud, por lo que ha priorizado investigaciones claves para fortalecer este campo.

Atender al género en la investigación en salud incrementa su rigor científico y la validez de los resultados. Asimismo, promueve la equidad y la igualdad en salud entre mujeres y hombres al favorecer que tanto unas como otros se beneficien de los resultados de investigación, y se reparan así, vacíos de conocimiento que han recaído en la práctica sanitaria hasta hoy día y que no evidenciaban las inequidades (4).

El enfoque de género en investigación supone mejor ciencia y mejor salud; asimismo adquiere especial relevancia en las ciencias sociales y sanitarias por su potencialidad de explicación e interpretación de la realidad.

La incorporación del género contribuye a observar desde un nuevo prisma una determinada área de investigación, y posibilita el diseño de nuevos marcos de trabajo. Se considera que el género es una herramienta poderosa para la revisión crítica y la denuncia de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres (4, 96).

La perspectiva de género pretende resaltar que un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no da cuenta de la realidad y no es coherente para enfrentar las desigualdades en salud (4, 97). Asimismo, la incorporación de la perspectiva de género en salud supone el planteamiento de nuevos desafíos éticos y metodológicos que exigen una reconfiguración de la investigación en salud (4, 98).

Se ha observado la insuficiente incorporación de variables y categorías de análisis relacionadas con el género, omitiendo aspectos de la determinación social de la salud. En tal sentido, la incorporación del enfoque es relevante, lo anterior porque tradicionalmente en la investigación en salud pública las mujeres han estado ausentes y se ha hecho una infrarrepresentación de ellas en sus diseños, lo que ha derivado en serias limitaciones para la generalización de los resultados a ambos sexos.

En este marco, es imprescindible que se aborden las temáticas de investigación incorporando en el enfoque de determinación social de la salud tomando en cuenta el género y el análisis de los fenómenos con influencia social. Asimismo, que el personal de salud se forme con este enfoque, para que las investigaciones ayuden a dilucidar, no sólo las inequidades, sino su magnitud y posibles soluciones.

## **a) Aportes del feminismo al conocimiento científico**

El feminismo ha hecho importantes aportes al conocimiento científico, y se identifica como una de las principales contribuciones incluyendo el campo de la salud, la consolidación de la categoría «género» como herramienta de análisis para comprender los procesos de desigualdad en salud entre hombres y mujeres, asimismo desde el feminismo se señaló y cuestionó la tradicional y androcéntrica forma de hacer ciencia y presentarla como objetiva y con validez.

Con base a los estudios, se sabe que históricamente la investigación en salud pública apenas ha reconocido los problemas que afectan particularmente a las mujeres (a excepción de la salud sexual reproductiva), y que algunas temáticas han sido sesgadas con aproximaciones parciales y estereotipadas, como en la atención de la salud mental. Otros errores frecuentes son: la escasa atención a la interacción del género, desigualdad social como la clase social, la edad, la etnia o la orientación sexual (4, 99).

En consonancia con este planteamiento, la perspectiva feminista sostiene que la elección de una cuestión de investigación, y el modo de abordarla es subjetiva y está condicionada por diversos y complejos factores sociales: clase social, género, edad, cultura científica y por cuestiones ideológicas; de ahí la importancia que hombres y mujeres se sensibilicen en género

Sumado a lo anterior, se concluye que, en investigaciones en salud, muestran una baja presencia de la perspectiva de género, casi inexistente en la dimensión «investigación feminista» y «sensible al género». Por tanto, se recomienda, tener consciencia del efecto que las estructuras de poder patriarcal tienen en la salud de mujeres y hombres, así como el desarrollo de proyectos (e investigaciones) que produzcan conocimiento científico que brinde instrumentos para implementar intervenciones que puedan erradicar la violencia de género, y avanzar en el logro de la igualdad de hombres y mujeres en todos los ámbitos de la salud (100).

## **b) Sesgos de género que existen en la investigación de la salud**

Desde esta perspectiva se hace hincapié en la búsqueda y cuestionamiento de los sesgos de género que existen en la investigación de la salud derivados de conceptualizaciones y prácticas androcéntricas y sexistas. Por ejemplo: desde el paradigma biomédico se construye el binomio materno infantil que en la práctica conlleva la ausencia de una ciencia que reconozca la entidad propia de la mujer y que culmina en prácticas sanitarias enfocadas exclusivamente en el componente reproductivo, dejando de lado la sexualidad y el enfoque de derecho.

Desde el enfoque biomédico dominante, se considera a las mujeres como reproductoras, cuya salud y en consecuencia, la de sus hijas o hijos se determina por la capacidad de las mujeres para quedar embarazadas, dar a luz, entre otras. Desde este enfoque, se establece el equivalente «salud de las mujeres» con «salud reproductiva». En consecuencia, este reduccionismo conlleva a que se dejen de lado problemas de salud de la mujer como: enfermedades cardiovasculares, violencia, riesgos laborales, entre otros que no están vinculados a la reproducción.

En lo referido a los problemas y sesgos de género en la investigación en salud se identifican: androcentrismo, dobles estándares e insensibilidad de género, estos se sintetizan en el siguiente esquema.

## Cuadro 13

## Sesgos de género en la investigación en salud

Sesgos	Definición	Manifestaciones en la práctica
<b>Androcentrismo</b>	Se refiere a las formas de conocimiento e implica la adopción de una perspectiva masculina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supone utilizar en cualquier investigación o análisis una posición que surge de la experiencia social masculina, y específicamente, de la de los hombres occidentales, blancos y de clase media.</li> <li>- El androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano en general, y a su vez, la equiparación de lo humano con lo masculino, lo que lleva a constituir lo masculino como norma.</li> <li>- El androcentrismo contribuye a la invisibilización de las mujeres, a la omisión de su experiencia social y a la solidificación de estereotipos fundados en la naturaleza.</li> </ul>
<b>Insensibilidad de género</b>	Consiste en no contemplar el sexo como variable ni la dimensión del género en contextos donde son significativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supone no cuestionar que situaciones aparentemente similares o idénticas puedan tener efectos diferentes y desiguales en mujeres y en hombres.</li> <li>- La insensibilidad de género tiende a perpetuar los desequilibrios existentes entre mujeres y hombres.</li> </ul>
<b>Dobles estándares</b>	Consiste en utilizar diferentes criterios para tratar y evaluar situaciones o problemáticas sustancialmente parecidas o idénticas para los sexos. Vendría a ser el problema inverso a la insensibilidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dicotomismo sexual. Supone entender a los dos sexos como opuestos, extremando las diferencias sexuales y de género, sin que sus características se solapen o influyan el uno en el otro. En la práctica, este sesgo resulta en una exageración, e incluso en una invención, de las diferencias entre mujeres y hombres.</li> <li>- Reproducción de estereotipos sexistas. Supone tratar los estereotipos y prejuicios sexistas como si fueran una característica sexual parte de la naturaleza humana, y no una construcción social.</li> </ul>

Fuente: Elaborado a partir de los aportes de Magrit; Reisman, Anna Lisa; Borins, Elaine. Women and Therapy 1992 (101).

Con la finalidad de conocer y aplicar algunos elementos que pueden favorecer la investigación en salud, se definen algunos criterios transversales a tomar en cuenta en las instancias vinculadas al trabajo de investigación.



Figura 17:

**Elementos que favorecen la sensibilidad de género en propuestas de investigación en salud**

Fuente: *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. García Calvente, María del Mar; Jiménez Rodrigo, María Luisa y Martínez Morante, Emilia.

**c) Incorporación de principios, valores y metas en la investigación**

La investigación desde una perspectiva de género requiere de la interiorización y el compromiso con una serie de principios, valores y metas que la distinguen respecto a otras formas de estudiar la salud.

A continuación, se enuncian algunos de ellos:

**Igualdad de género en salud.** Es la ausencia de discriminación por razón de sexo en las oportunidades para tener una buena salud y en el trato dispensado (98). Los proyectos de investigación deben enfocarse hacia el avance en la igualdad de género. Lo que se traduce en buscar que los beneficios de la investigación, transferidos a la práctica sanitaria, repercutan de forma igualitaria a mujeres y a hombres.

**Equidad de género.** Se relaciona con la idea de justicia. Reconoce que las mujeres y los hombres pueden tener distintas necesidades en salud y que el género implica relaciones desiguales de poder mediante normas y valores sociales y simbólicos. Las diferencias y desigualdades deben ser identificadas y tratadas para corregir desequilibrios (98). La equidad de género en salud no implica tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos; significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles (4, 102). La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario (5). En este sentido, la violencia contra las mujeres no contribuye a un estado de salud óptimo para ellas.

**Atención a la complejidad social.** El género no actúa aisladamente sino en interacción con otros estratificadores sociales. El efecto resultante puede ser aditivo o multiplicador de la desigualdad de género en salud. Ello implica reconocer y profundizar en la diversidad de situaciones y experiencias de mujeres y hombres según edad, clase social, grupo étnico, orientación sexual, capacidad funcional, entre otros aspectos.

**Visión holística de la salud.** Implica tener una visión integral de la salud como resultado de la interacción de diversos y complejos condicionantes biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Esta visión ha de ser asumida tanto por quienes se decantan por estudios biomédicos como por quienes lo hacen desde la investigación sociocultural. Es clave evitar reduccionismos y esencialismos, para avanzar en la comprensión de la salud de mujeres y de hombres.

**Atención al contexto.** Supone reconocer el valor de considerar los contextos históricos, socioeconómicos y culturales que enmarcan la salud y las relaciones de género.

**Investigación orientada al cambio.** Asumir una postura visibilizadora de las desigualdades y discriminaciones en salud entre mujeres y hombres, con el propósito de avanzar en un cambio en las circunstancias sociales y actitudes personales de género relacionadas con la salud.

**Transferibilidad.** Dada la orientación al cambio, se hace especialmente necesaria y valiosa la transferencia y comunicación de los resultados, no sólo a la comunidad científica sino también a los agentes del sistema sanitario y a la sociedad en general.

**Postura crítica.** Supone analizar de manera crítica las preguntas de investigación y los enfoques tradicionalmente empleados en el estudio de la salud de mujeres y hombres, así como las fuentes y técnicas utilizadas y los resultados obtenidos.

**Innovación y creatividad.** Es positivo el desarrollo de enfoques, herramientas e instrumentos de análisis e interpretación innovadores y creativos, que permitan estudiar las complejidades de la dimensión del género y su impacto en la salud.

*Finalmente se establece que, avanzar hacia un modelo de investigación con enfoque de género más abierto, participativo y sensible a la complejidad social y más próximo a las necesidades reales de mujeres y hombres, se constituye en un reto clave a impulsar desde los diferentes campos de las áreas de investigación científica.*

Se puede revisar los grados de integración del enfoque de género en los proyectos de investigación (cuadro 15, Módulo 6 en caja de herramientas) y algunas orientaciones básicas para la utilización de los términos sexo y género en la investigación (cuadro 16, Módulo 6, ver en caja de herramientas).

## d) Guía metodológica día 6 Investigación en salud con enfoque de género

Taller 6		Investigación en salud con enfoque de género
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los elementos de aplicación práctica de la dimensión de género en la investigación en salud</li> </ul>	
Ideas principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criterios claves para la transversalización del enfoque de género en el proceso de investigación en salud</li> <li>✓ Las ventajas de incorporar el género en la investigación: mejor ciencia, mejor salud.</li> <li>✓ Aplicación de herramientas para identificar las buenas prácticas en el proceso de investigación científica en salud</li> </ul>	

Objetivo	Tema/actividad	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Registrar asistencia de las y los participantes.</b>	Inscripción.	Se pasa la lista a todas las personas a fin de llevar registro de sus asistencia.	Lista de asistencia.	25 minutos.
<b>Presentar programa a desarrollar con énfasis en el propósito de la jornada.</b>	Objetivos y metodología.	De manera expositiva se presentan los objetivos relativos a conocer los elementos de aplicación práctica de la dimensión de género en la investigación en salud.	Laptop, proyector.	5 minutos.
<b>Identificar saberes previos en el campo de la investigación en salud.</b>	Preguntas generadoras.	<p>En plenaria se discuten las siguientes preguntas plenaria procederá a discutir las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En su vida cotidiana ha realizado alguna investigación: ej. cotizar precio de camisas, número de calorías que consume por día, presupuesto mensual?</li> <li>2. ¿Ha participado alguna vez aplicando encuestas, entrevistas grupos focales etc. sobre temas de salud?</li> <li>3. ¿Ha realizado alguna vez encuestas, entrevistas dirigidas, grupos focales etc. sobre temas de salud para alguna investigación propia o como colaboradora?</li> <li>4. ¿Tuvo acceso al producto final de una investigación en la cual ha participado o ha sido colaboradora?</li> <li>5. ¿Registra en el tabulador diario y el tabulador mensual sus procedimientos en salud? ¿Sabe cómo procesan esa información?</li> <li>6. ¿Conoce cuál es la instancia del MINSAL que se encarga exclusivamente de promover la investigación en salud? si - no. Describa.</li> <li>7. ¿Cuáles son los medios a través de los cuales el MINSAL socializa o presenta las nuevas investigaciones?</li> </ol> <p>Al final se hace una valoración respecto a la importancia de la investigación en salud.</p>	Guía de preguntas.	35 minutos.

Objetivo	Tema/actividad	Metodología	Recursos	Tiempo
<b>Compartir las generalidades del trabajo del Instituto Nacional de Salud</b>	Funciones del INS.	Por medio de charla dialogada se explican los antecedentes del INS, misión, visión, objetivos, estructura organizativa. Áreas de investigación, gobernanza en investigación, Sistema Nacional de Investigación en salud y Agenda Nacional de Investigación en salud. Balance sobre los avances en el tema de investigación en salud con enfoque de género en El Salvador. Preguntas y respuestas.	Laptop, proyector.	20 minutos.
<b>Destacar los principales características de la investigación en salud con enfoque de género</b>	Antecedentes y características de la investigación en salud.	A través de lectura dirigida, se presenta los antecedentes de la investigación en salud con enfoque de género, principales ventajas, aporte del feminismo. Los sesgos de género, los elementos que favorecen la sensibilidad de género en propuestas de investigación en salud y la relevancia de la incorporación de principios, valores y metas en la investigación. Definición de conceptos, entre ellos la ginopia.	Laptop, proyector.	40 minutos.
RECESO				
<b>Verificar la aplicación de criterios para la transversalización del enfoque de género en el proceso de investigación en salud.</b>	Transversalización del enfoque de género.	Ejercicio práctico de verificación. Se conforman cinco grupos de trabajo o se mantienen los mismos. Con apoyo de la Guía de verificación rápida sobre la sensibilización y transversalización de género en la investigación, se revisan cinco investigaciones o estudios de interés vinculadas a género y salud y se realiza una lectura crítica para valorar la incorporación de los diferentes ítems. Estas investigaciones pueden ser dos internacionales y tres nacionales. Cada grupo revisa la investigación a profundidad y posteriormente aplica la Guía de Verificación. (Caja de Herramientas: Ejercicio 1. Módulo 6. Guía de verificación sobre la sensibilidad de género en investigación en salud – informes y publicaciones). Analizar si se omite el nombre de las personas autoras en las investigaciones nacionales.	Documentos impresos de las investigaciones. Guías.	1 y 30 minutos hora.
ALMUERZO				
<b>Socializar los hallazgos a partir de la aplicación de Guía de Verificación.</b>	Guía de Verificación sobre sensibilización y transversalización de género.	Cada grupo a través de una presentación, expone los hallazgos respecto a los criterios de la en sus diferentes sub apartados y hace una breve conclusión sobre el cumplimiento de los criterios de la Guía. Cada grupo tiene 10 minutos para la exposición.	Laptop, proyector.	60 minutos. 60 minutos.

Objetivo	Tema/actividad	Metodología	Recursos	Tiempo
<p><b>Evaluar en qué medida se está desarrollando investigación científica en salud con enfoque de género en El Salvador y la región.</b></p>	<p>Evaluación.</p>	<p>Con base a los resultados, la persona que facilita genera un dialogo participativo a fin de analizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los avances en el tema de investigación – género salud.</li> <li>2. Qué condiciones existen en El Salvador para impulsar la investigación en salud con enfoque de género.</li> <li>3. Definir tres acciones concretas para llevar a la práctica la investigación en salud con enfoque de género.</li> <li>4. Definir responsables e incluir los mecanismos para el seguimiento de estas acciones.</li> </ol>	<p>Papelógrafos. Plumones marcadores. Cinta adhesiva (tirro).</p>	<p>60 minutos.</p>
<p><b>Evaluación y cierre de la jornada</b></p>	<p>Temas de Investigación</p>	<p>Cada participante, define un tema o problema que a su criterio amerita desarrollar un proceso de investigación y justifica porque es importante realizarlo desde un enfoque de género y salud. Complementar Ficha. (Ver Caja de Herramientas. Ejercicio 2. Módulo 6. Ficha de sondeo interés sobre temas a investigar).</p>	<p>Ficha para complementar.</p>	<p>25 minutos.</p>
		<p>Se forma un círculo y cada participante comparte su tema y expresa que se lleva de conocimiento a partir de esta jornada.</p>		

## VIII. Caja de herramientas

En este apartado se incluyen diferentes instrumentos, guías, dinámicas, lecturas, descripción de ejercicios, esquemas, y otros que se citan en los seis módulos, en el apartado de marco conceptual o en la carta metodológica. Para una mejor referencia para la persona que facilita se han dividido por módulos.

Se recomienda que antes de iniciar el proceso formativo, se revise la caja de herramientas a fin de garantizar la disposición de los diferentes materiales e insumos para cada módulo. En este manual se proponen los insumos requeridos para cada jornada, sin embargo, el equipo facilitador, puede hacer las adaptaciones necesarias en caso de no contar con los sugeridos para cumplir con los objetivos propuestos.

MÓDULOS	INSTRUMENTOS
<b>Módulo 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Video 1. Módulo 1 «La vida de Juan y María».</li> <li>- Video 2. Módulo 2 «El sueño imposible».</li> </ul>
<b>Módulo 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio 1. Módulo 2. Testimonios</li> <li>- Ejercicio 2. Módulo 2. La atención en salud en El Salvador</li> <li>- Ejercicio 3. Módulo 2. Roles de género – incidencia y prevalencia de enfermedades</li> <li>- Ejercicio 4. Módulo 2. Evaluación – baúl y maleta</li> </ul>
<b>Módulo 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura 1. Módulo 3. Definición de los principios rectores. Art. 6 LIE</li> <li>- Cuadro 14. Módulo 3. Síntesis objetivos general y específicos, estrategias y líneas de acción de la Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)</li> <li>- Cuadro 15. Módulo 3. Síntesis objetivos: general y específicos, estrategias y líneas de acción de la Política salud sexual y reproductiva (MINSAL)</li> <li>- Figura 18. Módulo 3 Estructura de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia Contra las Mujeres.</li> <li>- Figura 19. Módulo 3. Estructura de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres.</li> <li>- Dinámica 1. Módulo 3 Conejos y conejeras.</li> </ul>
<b>Módulo 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algoritmo 1. Módulo 4. Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia física</li> <li>- Algoritmo 2. Módulo 4. Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia psicológica</li> <li>- Algoritmo 3. Módulo 4 algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia sexual</li> <li>- Algoritmo 4. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectados por maltrato o abuso físico</li> <li>- Algoritmo 5. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectados por abuso psicológico</li> <li>- Algoritmo 6. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectadas por violencia sexual</li> <li>- Algoritmo 7. Módulo 4 Algoritmo para la atención de NNA en situación de explotación sexual comercial</li> </ul>

MÓDULOS	INSTRUMENTOS
<b>Módulo 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen Módulo 4. Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja</li> <li>- Lectura 1. Módulo 4. Factores que originan la trata de personas</li> <li>- Lectura 2. Módulo 4. Una aproximación al impacto en la salud de la trata de personas</li> <li>- Algoritmo 8. Módulo 4. Algoritmo para la atención de víctimas de trata de personas</li> <li>- Ejercicio 1. Módulo 4. Testimonios</li> </ul>
<b>Módulo 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura 1. Módulo 5. Categorías de la diversidad sexual.</li> <li>- Lectura 2. Módulo 5. Modalidades en que se expresa el rechazo a la diversidad sexual</li> <li>- Algoritmo 9. Módulo 5. Flujo de atención para la población LGBTI en las RIIS</li> <li>- Algoritmo 10. Módulo 5. Flujograma de atención a personas intersexuales</li> <li>- Ejercicio 1. Módulo 5. Concepto de sexualidad</li> <li>- Ejercicio 2. Módulo 5. Hoja los derechos sexuales y reproductivos</li> <li>- Ejercicio 3. Módulo 5. Casos</li> <li>- Ejercicio 4. Módulo 5. (opcional) «Lo que estamos haciendo, pero aún nos falta hacer»</li> </ul>
<b>Módulo 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadro 17. Módulo 6. Orientaciones básicas para la utilización de los términos sexo y género</li> <li>- Ejercicio 1. Módulo 6. Guía de verificación sobre la sensibilidad de género en investigación en salud – informes y publicaciones</li> <li>- Ejercicio 2. Módulo 6. Investigaciones a revisar</li> <li>- Ejercicio 3. Módulo 6. Ficha de sondeo interés sobre temas a investigar</li> <li>- Cuadro 16. Módulo 6. Grado de Integración del enfoque de género en proyectos de investigación</li> </ul>

## Módulo 1.

## Construcción social de género

### Video 1. Módulo 1 «La vida de Juan y María».

Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=EbT-kpKyHZk>

### Video 2. Módulo 2 «El sueño imposible».

Apoyo para tema La deconstrucción del género.

Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=4UvE-zlsRYg>



## Módulo 2.

## Determinación social de la salud

### Ejercicio 1. Módulo 2 Testimonios

#### CASO 1

- ( ) Me dice que la mujer se hizo para la casa, para servir al hombre y no tiene por qué andarse brincando las trancas.
- ( ) Que hay otras mujeres a las que les agrada y que le agradan .
- ( ) Me pasé todo el primer embarazo con los granos y la comezón porque ya no me llevaron al doctor. En mi segundo embarazo tuve amenaza de aborto, pero mi suegra tampoco quiso que me llevaran al doctor porque iba ser más gasto .
- ( ) No podía ni hablar de anticonceptivos porque era pecado, él decía que si no tenía todos los hijos que Dios mandara me iba a condenar.

**Mujer urbana.**

#### CASO 2

Mi mamá y mi esposo decidieron que me operaran, yo tenía 17 años y sólo me avisaron después

**Mujer Rural**

## Ejercicio 2. Módulo 2. La atención en salud en El Salvador

### La atención en salud en El Salvador

- En un grupo se asignan diferentes roles y las respuestas que deben dar (las personas participantes pueden aportar desde su creatividad)
- Se designa una familia típica nuclear (madre, padre e hija) y roles comunitarios e institucionales, se orienta a la madre que debe contar la historia a cada persona con quien se entrevista
- Supuesto de situación: El padre ha violado a la hija y está abusando de ella hace más de 5 años y la niña por miedo no le había dicho nada a la madre, el padre huye.
- La madre busca ayuda y orientación en la comunidad, una señora le dice que ella (la niña) seguro lo provocó al hombre y el hombre al fin, medio bolo y pícaro como es la abusó pero que si no es primera vez seguro ya le gustó. Otra señora de la comunidad que la encuentra le dice que no la bañe y que se vaya con la niña a hacer la denuncia a la Unidad de Salud.
- La señora acude a 5 instituciones y nadie puede atenderla por diferentes razones:
  - En Unidad de Salud la Dra. responsable está incapacitada, la derivan con la enfermera que no tiene los formatos para llenar y tiene que entregar el turno a FOSALUD, le pide que espere a que llegue el otro personal.
  - La madre con la niña decide ir a la Policía Nacional Civil, ahí le piden la hoja de denuncia en Medicina Legal y como no la traen no la pueden atender.
  - En Medicina Legal la recibe el vigilante y le pregunta porque vienen y si traen la denuncia de la Policía, después de "renegar" y preguntar bastante la deja entrar.
  - Cuando llega a Medicina Legal le dicen que ahí no tienen para hacer exámenes de ADN que eso ya sólo se hace en Ciudad Mujer.
  - Cuando llega a Ciudad Mujer estaba cerrado, el vigilante les dijo que regresen mañana temprano y que seguro le van a ayudar.

Esta mujer y su hija tendrán que pedir prestado dinero mañana para volver a salir porque ella es ama de casa y su esposo solo cuando está bueno le da algo de dinero (cuando no está bolo).

Nadie le preguntó a la niña cómo se siente .

## Ejercicio 3. Módulo 3. Roles de género – incidencia y prevalencia de enfermedades

### Situación 1.

#### Roles de género y enfermedades crónicas

Los roles de género crean distintas expectativas y comportamientos en hombres y mujeres, que afectan la incidencia de enfermedades crónicas y sus consecuencias. Esto incluye el uso de tabaco, el ejercicio, la búsqueda de tratamiento médico.

Las mujeres suelen ser afectadas por enfermedades crónicas más jóvenes que los hombres. Las mujeres viven más que los hombres, pero con mayores discapacidades y con menor protección social (Por ejemplo, acceso a la jubilación y monto de pensiones).

### Situación 2

Como hijas, hermanas y trabajadoras informales las mujeres suelen ser las principales, y muchas veces no pagadas, proveedoras de cuidados de salud a largo de quienes sufren de enfermedades crónicas.

Fuente: [www.paho.org/uru](http://www.paho.org/uru). Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas

Las investigaciones demuestran que las niñas son estimuladas a ser dependientes mientras que a los niños se les enseña a ser independientes y que estos reciben menos apoyo físico y emocional que aquellas (Lytton y Romney 1991). A menudo se disuade a los niños de buscar la ayuda de sus padres (Fagot 1984). Roter y Hall (1997) revisaron diversos estudios sobre la comunicación entre médico y paciente y observaron que las mujeres están mejor informadas sobre sus enfermedades que los hombres. En resumen, la construcción de la masculinidad en la cultura de los Estados Unidos no estimula, por lo general, las actitudes o conductas de autocuidado en los hombres. Por tanto, culturalmente suele ser la mujer quien se encarga, junto a los propios pacientes, del cuidado de los niños y los hombres enfermos. El mantenimiento de la salud de los hombres además de la suya propia puede suponer una carga injusta para las madres, esposas o compañeras.

### Situación 3

Cuando las personas participan activamente en la construcción de su identidad y comportamiento sexual, se dice que están «haciendo género» (West y Zimmerman 1987). Para muchos niños y hombres de los Estados Unidos, el «hacer masculinidad» tradicional se asocia a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad (Sabo 1996; Harrison, Chin y Ficarroto 1988).

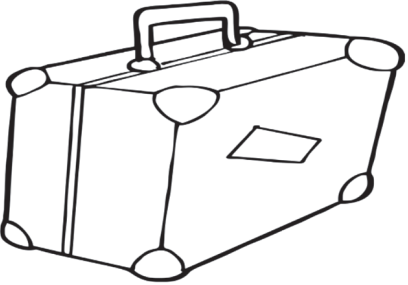
La revisión de Courtenay (2000) sobre la investigación más reciente demuestra que las probabilidades de adquirir malos hábitos de salud son mayores en los hombres estadounidenses que comparten las creencias tradicionales sobre la hombría, que en sus contemporáneos no tradicionales (Eisler, Skidmore y Ward 1988) y que los riesgos de sufrir depresión y fatiga nerviosa son también mayores (Eisler y Blalock 1991; Good y Mintz 1990; Sharpe y Heppner 1991; Oliver y Toner 1990); además, su reactividad cardiovascular ante las situaciones de estrés es mayor (Lash, Eisler y Schulman 1990). Helgeson (1995) observó que los hombres diagnosticados y tratados por cardiopatía isquémica que poseen rasgos masculinos negativos comentan sus problemas cardíacos con sus familias con menos frecuencia, tienen mayores probabilidades de llevar a cabo comportamientos nocivos para la salud y disponen de redes sociales defectuosas.

#### Situación 4.

Se ha establecido un vínculo entre la identificación con la masculinidad tradicional y las tres primeras causas de muerte, es decir, las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio en los hombres de 15 a 34 años de los Estados Unidos (Morbidity and Mortality Weekly Report 1994). Stillion (1995) señaló que los esfuerzos de los hombres jóvenes por parecer fuertes suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad en el trabajo, mientras que otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Population and Development Studies, (2000) Comprender la salud de los hombres salud - Un enfoque relacional y sensible al género. Don Sabo.

### Ejercicio 4. Módulo 2. Evaluación – Baúl y Maleta

<p style="text-align: center;"><b>LO QUE ME LLEVO</b></p> 	
<p style="text-align: center;"><b>LO QUE DEJO</b></p> 	

**Módulo 3.****Marco normativo nacional e institucional****Lectura 1. Módulo 3 Definición de los principios rectores. Art. 6 LIE Igualdad, equidad, no discriminación, respeto a las diferencias entre hombres y mujeres y transversalidad.**

Principio	Definición	Ejemplo
<b>Igualdad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Un derecho individual y colectivo.</li> <li>b. Recibir por parte de las instituciones del Estado, igual respeto, trato y protección de los derechos.</li> <li>c. La plena realización de la igualdad real.</li> <li>d. Igualdad de oportunidades.</li> <li>e. Igualdad de trato.</li> </ul>	Una mujer apta para desempeñar un trabajo recibe el mismo trato que se le da a un hombre y se aplica la misma tasa salarial.
<b>Equidad</b>	Son las acciones que conducen a la igualdad. Por lo cual las instituciones del Estado deberán hacer uso de las acciones positivas, como instrumentos de justicia social y como mecanismos de corrección que eliminen las discriminaciones y desigualdades de hecho entre mujeres y hombres. Para el empleo de dichas acciones, pondrán especial atención en aquellos colectivos de mujeres en cuya situación y posición concurren múltiples discriminaciones.	Brindar un trato prioritario en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios a mujeres. Ej. Acceso a créditos con tasas preferenciales. Esto debido a que no está en igualdad de condiciones que los hombres.
<b>No discriminación</b>	Se define como, toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el ejercicio por las mujeres, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las esferas, con independencia de sus condiciones socio económicas, étnicas, culturales, políticas y personales de cualquier índole.	El acceso de las mujeres al ámbito político, que ha sido un espacio asignado históricamente a los hombres. Las mujeres tienen la capacidad para desempeñarse en cargos públicos.
<b>Respeto a la diferencia entre hombres y mujeres</b>	Se define como, toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el ejercicio por las mujeres, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las esferas, con independencia de sus condiciones socio económicos, étnicos, culturales, políticos y personales de cualquier índole.	Las necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres. Ambos parten de una situación distinta de condiciones de vida, de diferente acceso y control de los recursos, de diversos grados de autonomía o de vulnerabilidad y por la adjudicación de roles de género y la división sexual de trabajo.
<b>Transversalidad</b>	Se entenderá como el enfoque estratégico que tiene como finalidad la integración igualitaria de las necesidades, intereses, experiencias y contribuciones de mujeres y hombres en las leyes, políticas y ejecutorias de las instituciones del Estado y en otras organizaciones mencionadas en esta ley.	Destinar recursos financieros para la contratación de personal especializado en materia de género y para las acciones en materia de género

Fuente: ISDEMU (2012). Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres

## Cuadro 14 Módulo 3. Síntesis objetivos general y específicos, estrategias y líneas de acción de la Política para la igualdad y equidad de género en salud (MINSAL)

### Objetivo género:

- Incorporar de forma transversal el enfoque de género en las políticas, programas y proyectos del sistema nacional de salud, así como también fomentar relaciones equitativas e igualitarias, sin violencia y sin discriminación, en todas las personas prestadoras de servicios de salud que contribuirá a mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas en salud que benefician a la población en general de forma integral.

	Objetivos específicos	Estrategias	Líneas de acción
1	<b>Desarrollar e institucionalizar estrategias de transversalización del enfoque de género para el logro de la igualdad y equidad en el Sistema Nacional de Salud.</b>	1.1. Promover los mecanismos de transversalización del enfoque de género a nivel institucional.	1.1.1. Transversalizar el enfoque de género en los instrumentos técnicos jurídicos del Sistema Nacional de Salud.  1.1.2. Constituir al más alto nivel jerárquico de las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las Unidades de Género (UG), dando cumplimiento a la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres y a la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.  1.1.3. Desarrollar las Unidades de Género en todo el Sistema Nacional de Salud.
		1.2 Promover los mecanismos de transversalización del enfoque de género a nivel interinstitucional.	1.2.1. Crear una red de referentes de género institucionales para asegurar la transversalización del enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud.  1.2.2. Crear la Comisión Nacional de Género y Salud, como espacio intersectorial de evaluación y seguimiento de implementación de la presente Política.
2	<b>Promover el enfoque de género en la planificación institucional, que permita el cumplimiento de los objetivos de la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud</b>	2.1. Integración de indicadores y resultados orientados a la igualdad y la equidad de género en la planificación institucional dentro del Sistema Nacional de Salud.	2.1.1. Implementar Planes Estratégicos y Operativos Institucionales con objetivos, indicadores y resultados relacionados con el enfoque de género.  2.1.2. Fortalecer el Sistema Único de Información en Salud, para incorporar el enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud. 2.1.3. Fortalecer la investigación en salud con enfoque de género en el sector salud.

	Objetivos específicos	Estrategias	Líneas de acción
3	<b>Garantizar el principio de equidad e igualdad en las Políticas de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud que permitan el acceso, la contratación y el desarrollo del personal en todos los niveles de la organización, como lo concerniente a la remuneración y demás prestaciones laborales</b>	3.1 Implementar los mecanismos institucionales para el desarrollo laboral y profesional del personal de manera igualitaria y equitativa.	<p>3.1.1. Identificar periódicamente las brechas de desigualdad en las relaciones laborales al interior de las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud con los indicadores correspondientes de Salud.</p> <p>3.1.2. Establecer en el Sistema Nacional de Salud, requisitos y criterios de reclutamiento, selección y contratación de personal que se establezcan contemplando la igualdad de mujeres y hombres.</p> <p>3.1.3. Implementar un mecanismo de control y seguimiento que asegure el acceso del personal de salud a la formación, capacitación, aprendizaje, a nivel nacional e internacional, en condiciones de equidad e igualdad en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>3.1.4. Crear mecanismos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, para prevenir y atender la violencia contra las mujeres en el ámbito laboral, con énfasis en la discriminación, acoso sexual y acoso laboral.</p>
4	<b>Garantizar la igualdad y la equidad de género basadas en los derechos humanos en la atención integral prestada en el Sistema Nacional de Salud.</b>	<p>4.1 Incorporar el enfoque de género a la promoción de la salud.</p> <p>4.2. Prestación de servicios de salud no sexistas y sin discriminación por género con énfasis en grupos especialmente discriminados.</p>	<p>4.1.1. Garantizar que la Política Nacional de Promoción de la Salud incorpore el enfoque de género.</p> <p>4.1.2 Garantizar que los instrumentos técnicos jurídicos relacionados a la promoción de salud incorpore el enfoque de equidad de género.</p> <p>4.2.1. Garantizar que la prestación de servicios sanitarios se realice sin discriminación por género, edad, discapacidad, orientación sexual o personas con VIH.</p> <p>4.2.2. Considerar la violencia contra las mujeres, niñas, jóvenes y adultas, como un problema de salud para incorporarla a la atención de salud.</p> <p>4.2.3. Considerar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas como elementos fundamentales de sus derechos humanos e integrarlos al Sistema Nacional de Salud. 4.2.4. Considerar los aspectos étnicos y culturales en la atención integral a la salud.</p>
5	<b>Garantizar asignaciones presupuestarias en la planificación del Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades que implica el cumplimiento de la transversalización de género.</b>	5.1. Implementación de presupuestos con enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud.	<p>5.1.1. Aplicar los lineamientos establecidos para la incorporación del enfoque de género en los presupuestos del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>5.1.2. Generar espacios de discusión en el proceso de elaboración de los presupuestos institucionales para integrar el enfoque de género.</p> <p>5.1.3. Generar espacios de evaluación y sistematización de la experiencia de integración del enfoque de género en el presupuesto institucional.</p>

	Objetivos específicos	Estrategias	Líneas de acción
6	<b>Promover la participación de la sociedad civil organizada o no, a nivel territorial, regional y nacional para la vigilancia del cumplimiento de los objetivos de la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud.</b>	6.1. Fortalecer la participación social para el ejercicio de la contraloría en el cumplimiento de los objetivos de la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud.	6.1.1. Facilitar espacios para que la sociedad civil organizada y no organizada participe en el ejercicio de la contraloría social del cumplimiento de los objetivos de la presente Política.  6.1.2. Dar respuesta a los resultados de la contraloría social en el cumplimiento de los objetivos de la misma.  6.1.3. Generar mecanismos de evaluación de la implementación de la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud, con participación de la sociedad civil.
7	<b>Fortalecer el trabajo intersectorial del Sistema Nacional de Salud para garantizar la equidad e igualdad en la atención integral de la salud de la población</b>	7.1. Establecer el enfoque de género en las alianzas intersectoriales del Sistema Nacional de Salud.	7.1.1. Desarrollar acciones intersectoriales que garanticen la igualdad y la equidad en la oferta de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.  7.1.2. Generar mecanismos de información y seguimiento de acuerdos, entre CISALUD y la Comisión Nacional de Género y Salud.
8	<b>Garantizar que la gestión con las agencias de cooperación externa incorpore la transversalización de género en toda la estructura del Sistema Nacional de Salud</b>	8.1. Promover y gestionar la transversalización del enfoque de género en el financiamiento y la asistencia técnica proveniente de la cooperación externa.	8.1.1. Planificar acciones que permitan incorporar el enfoque de género en salud, en el trabajo con las agencias de cooperación externa.  8.1.2. Generar mecanismos para la evaluación de la transversalización del enfoque de género en el financiamiento y asistencia técnica.

Fuente: MINSAL (2015). *Política para la igualdad y equidad de género en salud.*



## Cuadro 15. Módulo 3 Síntesis objetivos general y específicos, estrategias y líneas de acción de la Política salud sexual y reproductiva

### Objetivo general:

- Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad.

	Objetivos Específicos	Estrategias	Líneas de acción
1	<b>Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva y sus determinantes en el ciclo de vida.</b>	Estrategia 1.1 Información, educación, comunicación de acuerdo al ciclo de vida en derechos sexuales y reproductivos y salud sexual y reproductiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Integrar los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos en los programas de salud que promuevan la igualdad y equidad de género, eliminando la discriminación por cualquier condición.</li> <li>Desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación en apoyo a la política de salud sexual y reproductiva.</li> <li>Promover conocimientos, actitudes y prácticas saludables en SSR, según ciclo de vida, con énfasis en las determinantes sociales de la salud.</li> <li>Promover el desarrollo de habilidades en consejería en SSR con personal del sector salud.</li> <li>Implementar procesos de sensibilización, información y capacitación con grupos estratégicos de incidencia pública en la población, en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en grupos socialmente excluidos y víctimas de violencia vinculada a la SSR.</li> </ol>
		Estrategia 1.2 Fortalecimiento del mecanismo establecido por el MINSAL en la denuncia a la violación de los Derechos Sexuales y Reproductivos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promover a través de la Oficina del Derecho a la Salud la denuncia de la violación de los derechos sexuales y reproductivos.</li> <li>Fortalecer el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los promotores de salud para identificar violación de los derechos sexuales y reproductivos dentro de las comunidades.</li> </ol>

	Objetivos Específicos	Estrategias	Líneas de acción
2	<b>Fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud.</b>	Estrategia 2.1 Gestión y fortalecimiento de la institucionalidad para la atención integral e integrada en SSR.	<p>Líneas de acción</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potenciar el seguimiento de los compromisos nacionales e internacionales vinculados a la atención en la SSR.</li> <li>2. Garantizar la normativa de SSR para la atención integral, integrada e inclusiva en el ciclo vida.</li> <li>3. Garantizar la atención integral e integrada, a las personas por ciclo de vida con énfasis en adolescentes y grupos socialmente excluidos.</li> <li>4. Desarrollar acciones que permitan el acceso universal (geográfico, económico y cultural) y la continuidad de la atención en la red de los servicios de SSR.</li> <li>5. Fortalecer la capacidad operativa y técnica del sistema de salud para garantizar la prestación de los servicios en SSR.</li> <li>6. Fortalecer competencias del recurso humano de salud en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la SSR con enfoque de género y derechos.</li> <li>7. Mejorar la infraestructura para la atención de la SSR tomando en cuenta necesidades de la población según ciclo de vida</li> <li>8. Contar con equipo e insumos necesarios para la detección, atención, tratamiento y rehabilitación en la SSR en el ciclo de vida de acuerdo a las necesidades del grupo poblacional.</li> <li>9. Promover, fomentar y desarrollar la participación masculina en los procesos de salud sexual y reproductiva: responsabilizarse integralmente al proceso reproductivo.</li> </ol>
		Estrategia 2.2 Fortalecimiento del Sistema de Información para la SSR.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer el sistema de información relacionada a la SSR en todos los niveles del sector salud.</li> <li>2. Mejorar los mecanismos de referencia y retorno en SSR a nivel sectorial e intersectorial.</li> <li>3. Fortalecer la integración del sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal a nivel sectorial e intersectorial.</li> <li>4. Realizar el monitoreo sistemático de la aplicación de las normas técnicas, acordes a la evidencia y avances científicos factibles a nivel nacional.</li> </ol>
		Estrategia 2.3 Promover la gestión del conocimiento en SSR.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar investigaciones vinculadas a la SSR y sus determinantes de acuerdo a necesidades de la población y ciclo de vida.</li> <li>2. Sistematizar buenas practicas en SSR.</li> <li>3. Promover intercambios a nivel nacional e internacional en SSR</li> <li>4. Garantizar que los resultados de las investigaciones sean considerados en el proceso de toma de decisiones y adecuación de los programas de SSR</li> </ol>

	Objetivos Específicos	Estrategias	Líneas de acción
3	<b>Desarrollar acciones integrales e integradas en salud sexual y reproductiva con grupos históricamente excluidos.</b>	Estrategia Focalización de acciones para grupos históricamente excluidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar acciones específicas en SSR según ciclo de vida dirigidas a personas: con discapacidad, VIH-Sida, diversidad sexual, pueblos indígenas, trabajadoras y trabajadores sexuales.</li> <li>2. Desarrollar acciones estratégicas de empoderamiento en SSR a mujeres en su ciclo de vida.</li> <li>3. Garantizar la atención integral e integrada a personas con VIH-Sida en el marco de los derechos humanos y de la SSR.</li> <li>4. Asegurar el tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas a las personas con VIH- Sida.</li> <li>5. Desarrollar acciones educativas relacionadas a estilos de vida saludable con los grupos históricamente excluidos.</li> <li>6. Desarrollar acciones educativas para personal relacionado en el abordaje de la SSR con grupos históricamente excluidos.</li> </ol>
4	<b>Promover la detección y atención integral a la violencia asociada a la SSR en el ciclo de vida, con énfasis en la violencia sexual, violencia intrafamiliar y trata de personas.</b>	Abordaje integral e integrado de la violencia asociada a la SSR.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar acciones interinstitucionales, intersectoriales y multidisciplinarias en el abordaje de la violencia en SSR con énfasis en la violencia sexual, Violencia Intrafamiliar, trata de personas, feminicidio, transfobia y homofobia, en el ciclo de vida.</li> <li>2. Implementar un modelo de atención integral e integrada para víctimas de violencia sexual en aspectos médicos, psicológicos y legales.</li> <li>3. Divulgar Ley Especial Integral para una vida libre de violencia contra las mujeres en el sector salud, con énfasis en el personal involucrado en la atención de la violencia contra la mujer.</li> </ol>
5	<b>Potenciar la organización, participación y la corresponsabilidad social y ciudadana, en la promoción de la salud sexual reproductiva, de acuerdo a necesidades específicas, según la etapa del ciclo de vida.</b>	Promoción de la participación ciudadana y la contraloría social.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer redes organizativas, comités comunitarios, comités de salud, ADESCOS, grupos de mujeres y hombres y de población en general, para la implementación de acciones de promoción en SSR por ciclo de vida.</li> <li>2. Promover la organización de grupos de apoyo y autoayuda de personas con cáncer del aparato reproductor, VIH/Sida, sobrevivientes de violencia, trata de personas.</li> <li>3. Promover el empoderamiento y defensa de los derechos a través de grupos organizados de la población históricamente excluida.</li> <li>4. Promover grupos tendientes a la deconstrucción de la identidad de género masculino y femenino tradicional que afectan directamente la SSR.</li> <li>5. Promover la participación ciudadana y la contraloría social a través del Foro Nacional de Salud y otras organizaciones de la sociedad civil organizadas sobre la SSR y el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos considerando: Edad, género, discapacidad, diversidad sexual-orientación sexual, etnicidad, personas con VIH, personas trabajadoras del sexo.</li> </ol>

	Objetivos Específicos	Estrategias	Líneas de acción
6	<b>Impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de la atención en Salud Sexual y Reproductiva.</b>	Generar espacios de intersectorialidad para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y el abordaje de la SSR.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover la coordinación intersectorial, interinstitucional y multidisciplinaria para la SSR y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local, municipal y departamental.</li> <li>2. Coordinación entre MINSAL y MINED para la incorporación de la SSR en la currícula educativa en los diferentes niveles y en la formación de docentes con la visión de un estado laico.</li> <li>3. Coordinar acciones con las redes sociales e institucionales para el abordaje de la SSR en situaciones de emergencia y desastres por ciclo vida.</li> <li>4. Establecer alianzas estratégicas para el diseño de acciones conjuntas y coordinadas en torno a la SSR, con énfasis en adolescentes.</li> <li>5. Fortalecer acciones intersectoriales para el abordaje integral de la respuesta al VIH/Sida.</li> <li>6. Desarrollar Iniciativas que fomenten la maternidad segura desde una visión intersectorial: hogares de espera materna, plan de parto, derecho de las madres a practicar lactancia materna.</li> <li>7. Desarrollar iniciativas que fomenten una paternidad responsable desde una visión intersectorial.</li> <li>8. Coordinar esfuerzos entre MINED, MINSAL y organizaciones de la sociedad civil para incrementar conocimientos en SSR de población no escolarizada, adolescente y joven.</li> </ol>
7	<b>Garantizar la gestión y sostenibilidad en la implementación de la Política de SSR.</b>	Abogacía para considerar la SSR como prioridad en las agendas económicas gubernamentales y de cooperación internacional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar acciones de gestión dentro del presupuesto de fondos GOES para la SSR, en todas las instituciones públicas del estado, con énfasis en MINSAL y MINED</li> <li>2. Abogacía con parlamentarios y parlamentarias para considerar presupuestos etiquetados de programas de SSR.</li> <li>3. Fortalecer la coordinación con el Foro Nacional de Salud en el avance del cumplimiento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.</li> <li>4. Gestionar en la cooperación externa el apoyo a la política de SSR.</li> </ol>
8	<b>Desarrollar el enfoque de género en la SSR, que visibilice las necesidades específicas y diferenciadas de atención de mujeres y hombres y la manera de abordarla.</b>	Promover y gestionar la institucionalización del enfoque de género en las acciones Gerenciales, programáticas y operativas en el abordaje de la SSR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar la incorporación y aplicación del enfoque de género en el marco regulatorio de la SSR.</li> <li>2. Desarrollar acciones que favorezcan la participación interinstitucional e intersectorial en la aplicación del enfoque de género en la SSR.</li> </ol>

Fuente: MINSAL. *Política salud sexual y reproductiva.* (2012)

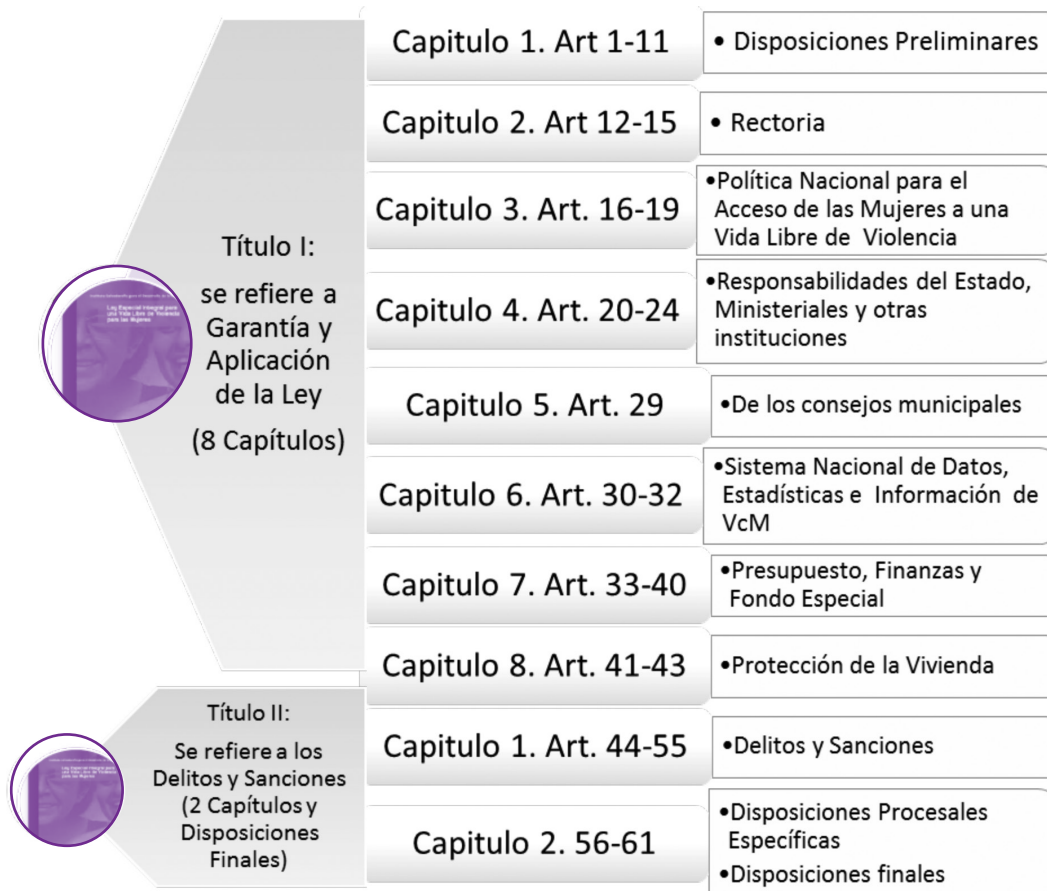
## Figura 18. Módulo 3 Estructura de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres

<b>Capítulo 1. Art 1-8</b>	Garantía , aplicación de la ley y principios rectores
<b>Capítulo 2. Art 9-15</b>	Instrumentos de la políticas de igualdad, Eq. Y erradicación de discriminación
<b>Capítulo 3. Art. 16-23</b>	Promoción igualdad y no discriminación en educación y participación política.
<b>Capítulo 4. Art. 24-25</b>	Promoción Igualdad y no discriminación en derechos económicos y laborales
<b>Capítulo 5. Art. 26-35</b>	Promoción Igualdad y no discriminación derecho a la salud y otros derechos sociales y culturales
<b>Capítulo 6. Art. 36-37</b>	Participación de las mujeres en el desarrollo rural
<b>Capítulo 7. Art. 38-39</b>	Del organismo responsable de defensa y garantía de igualdad y no discriminación
<b>Capítulo 8. Art. 40-44</b>	Recursos, sanciones, Derogatoria, regla, Vigencia

Fuente: Presentación marco normativo y SNA. ISDEMU. Curso violencia de género.

Link:[http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=17%3Alegislacion&download=267%3Anormativa-nacional-para-la-igualdad-de-gnero&Itemid=234&lang=es](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=17%3Alegislacion&download=267%3Anormativa-nacional-para-la-igualdad-de-gnero&Itemid=234&lang=es)

## Figura 19. Módulo 3 Estructura de la Ley Especia Integral para una Vida Libre de Violencia Contra las Mujeres

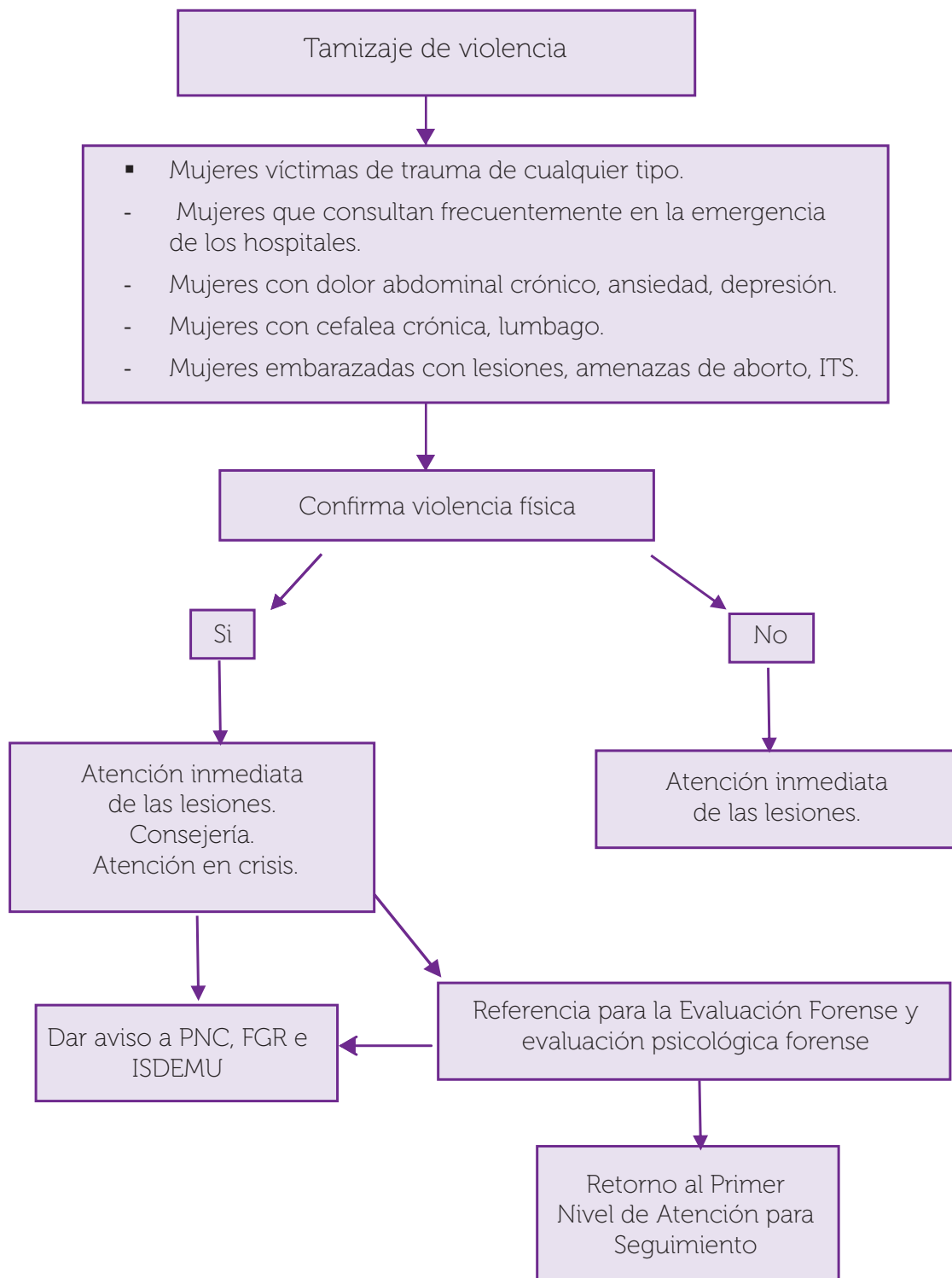


Fuente: Elaboración propia a partir de presentación marco normativo y SNA. ISDEMU. Curso violencia de género.

## Dinámica 1. Módulo 3 Conejos y conejeras

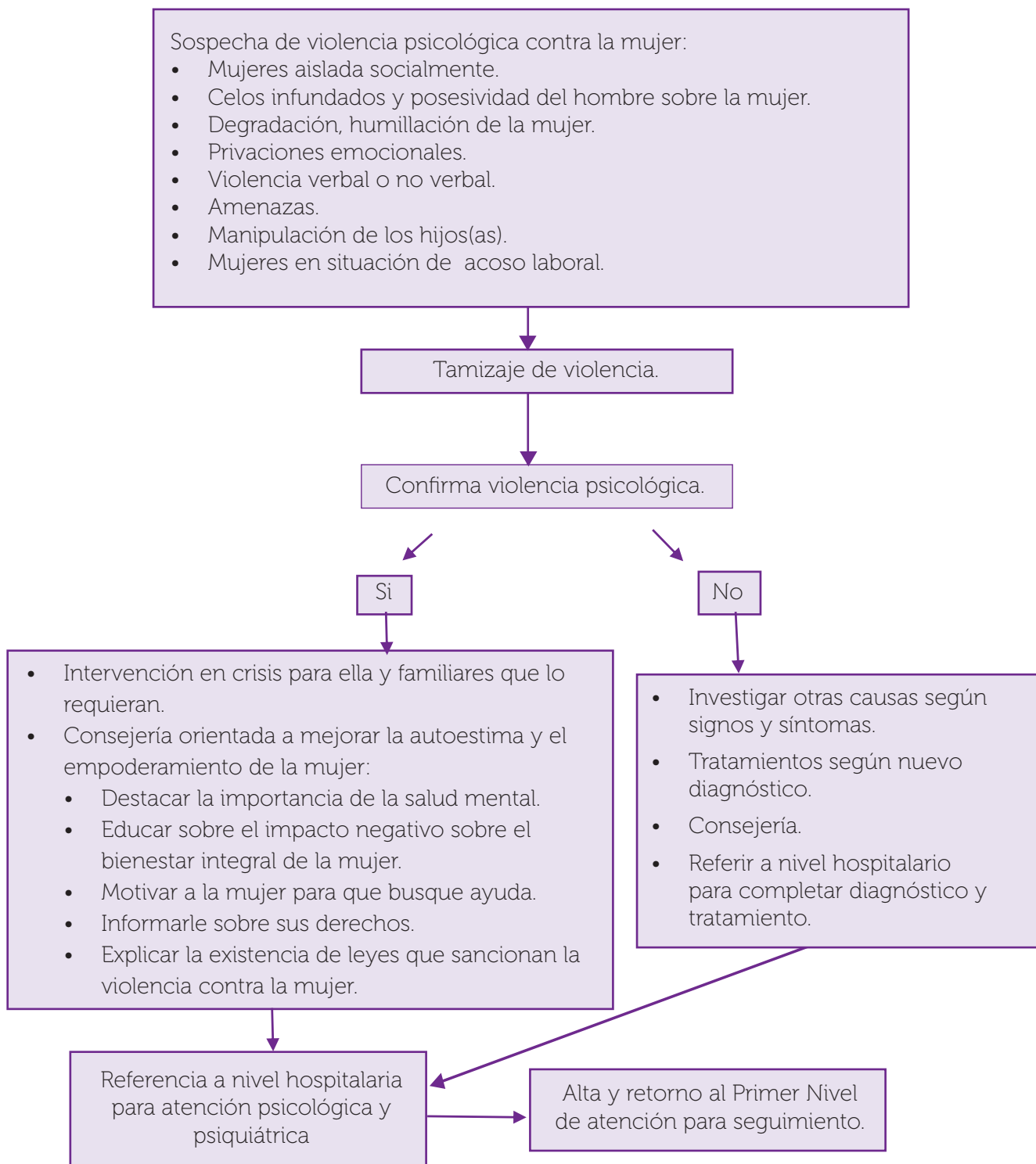
Según el número de participantes formar equipos de tres personas donde dos se toman de las manos y forman un círculo que será llamado la conejera. La tercera persona se mete dentro de la conejera pasando a ser conejo. La persona que coordine el juego también forma parte del mismo. Se dan las siguientes indicaciones:

1. Cambio de conejos: en este momento las conejeras se quedan en su lugar sin moverse solo se levanta las manos para que el conejo salga y busque su nueva conejera. Aquí quien coordina también buscara su nueva conejera por lo tanto queda un conejo o coneja que a su vez tendrá que coordinar el juego.
2. Cambio de conejeras: aquí solo se mueven los que forman las conejeras y se rehace con otros integrantes.
3. Cambio de todo: aquí se deshace completamente los equipos y se rehace nuevamente con otros integrantes.

**Módulo 4.****Violencia contra las mujeres****Algoritmo 1. Módulo 4. Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia física**

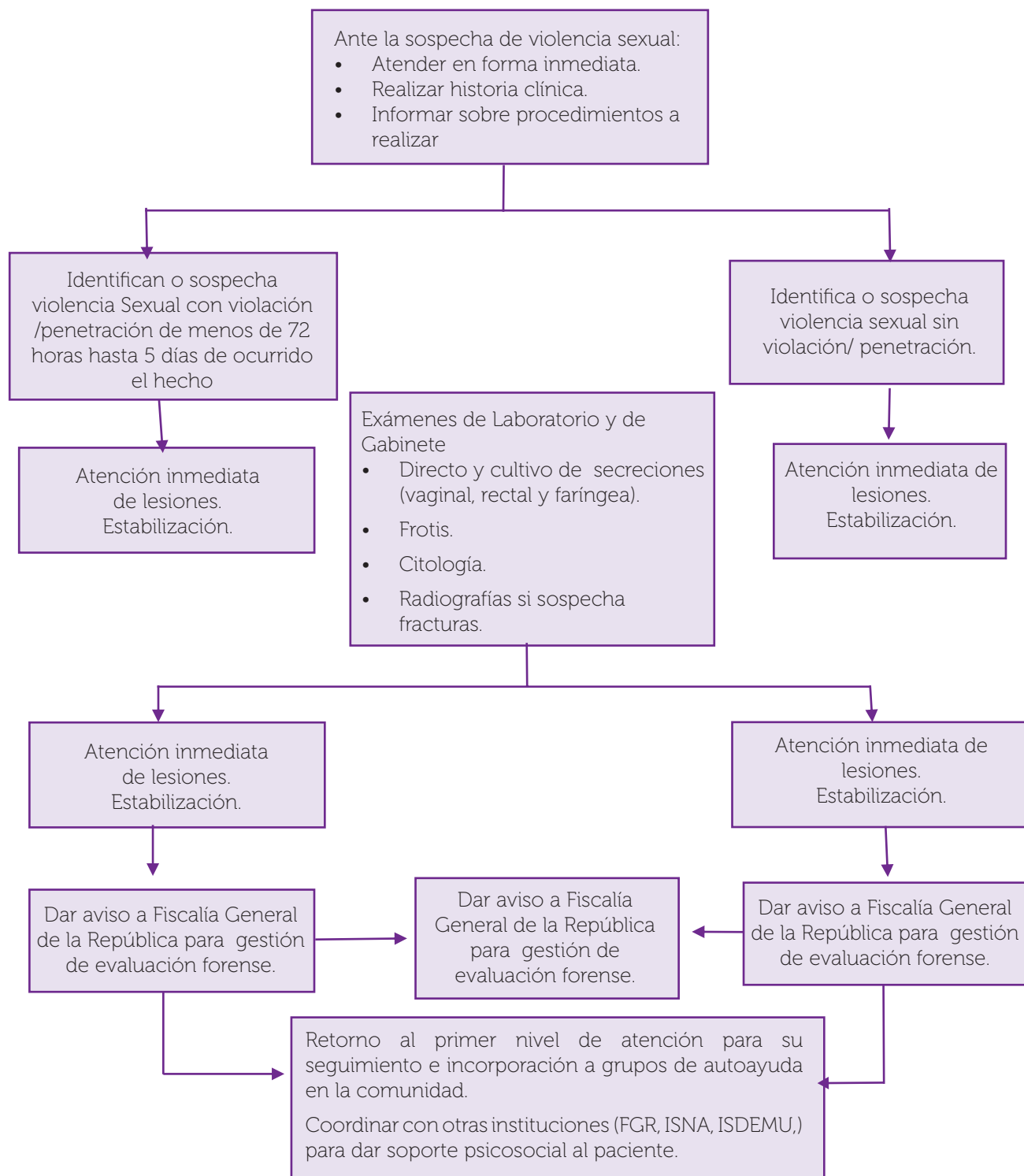
**Fuente:** MINSAL. *Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de violencia*. El Salvador. 2012

## Algoritmo 2. Módulo 4. ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA PSICOLÓGICA



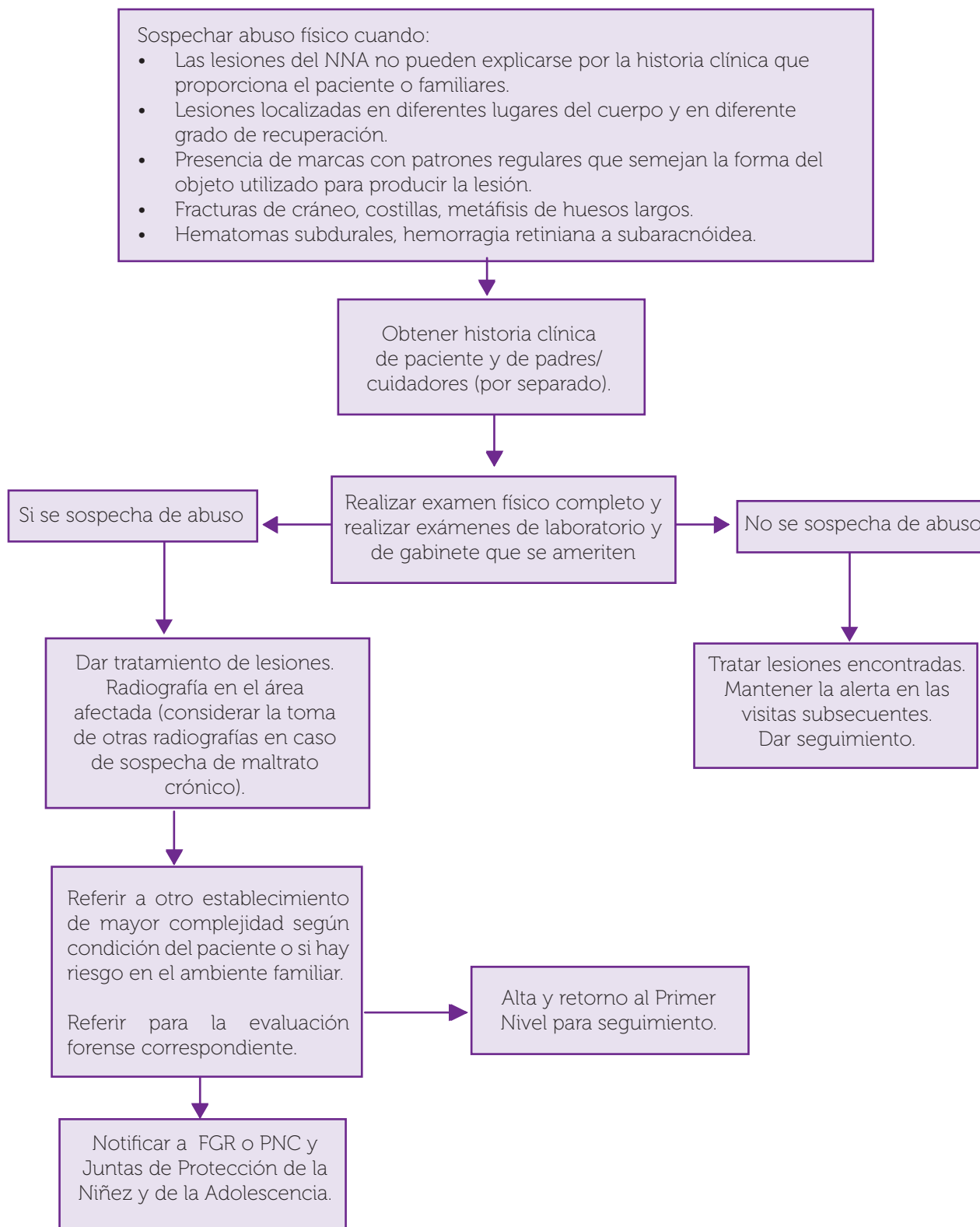


### Algoritmo 3. Módulo 4 Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia sexual



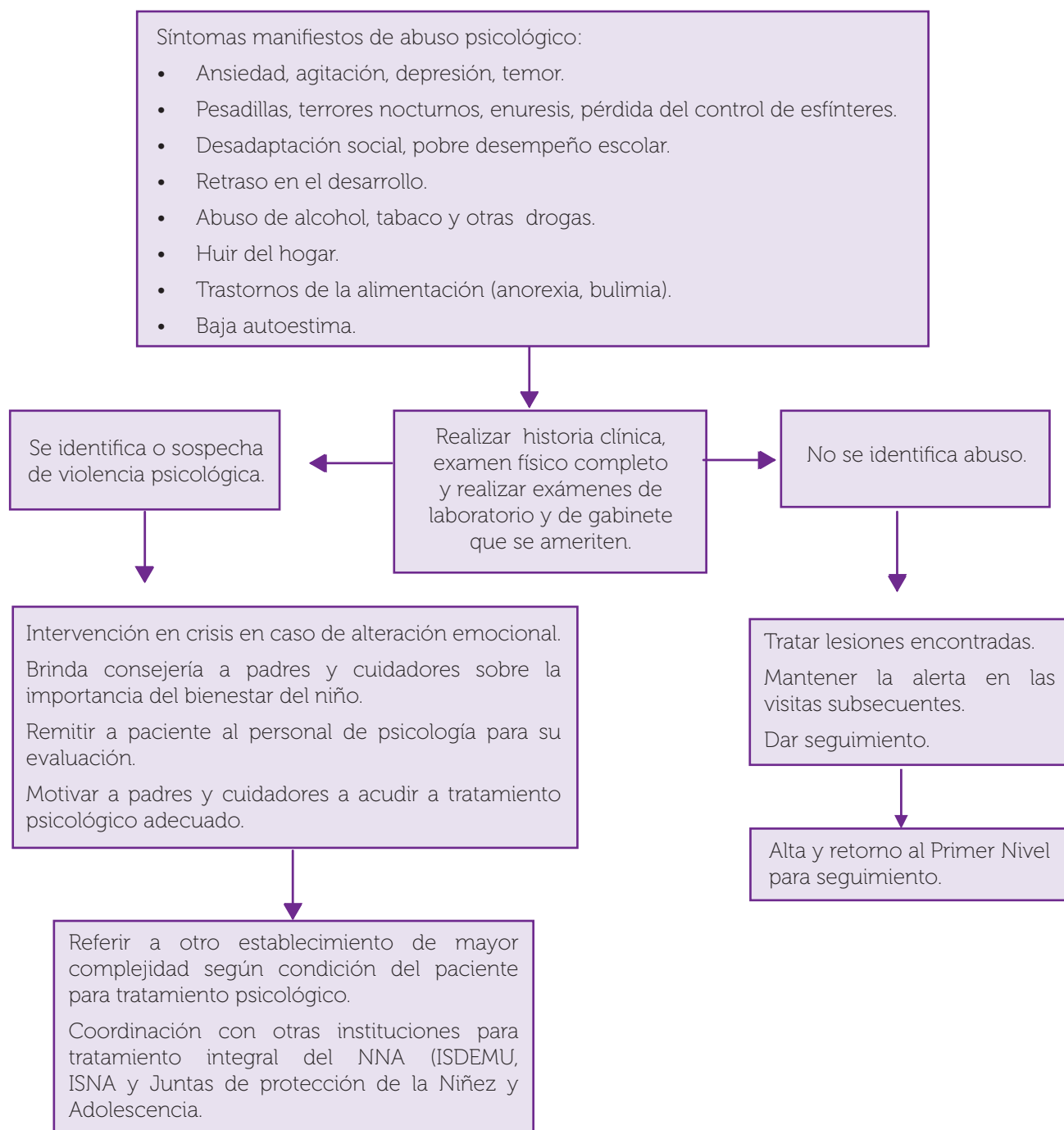
Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Algoritmo 4. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectados por maltrato o abuso físico



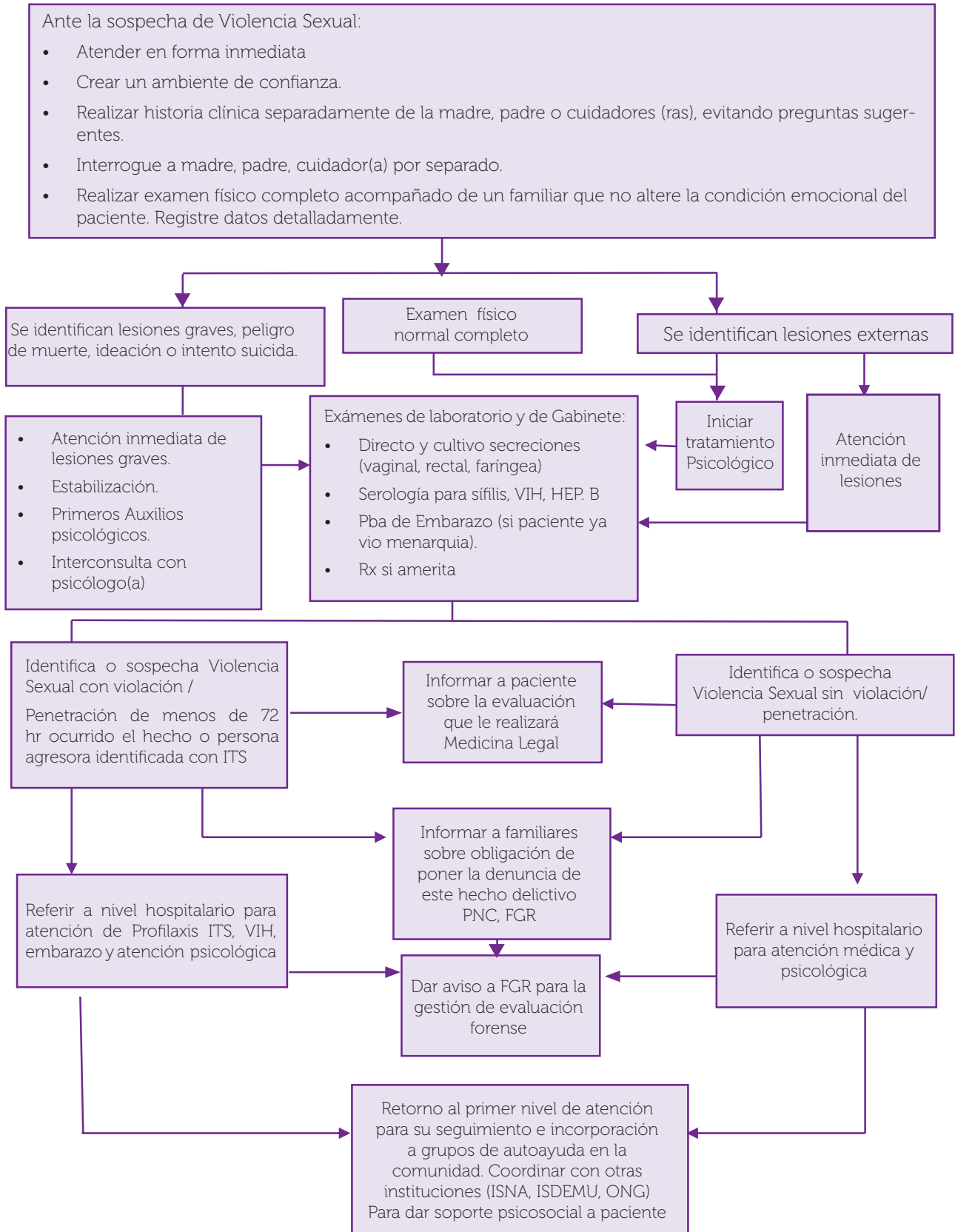
Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Algoritmo 5. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectados por abuso psicológico



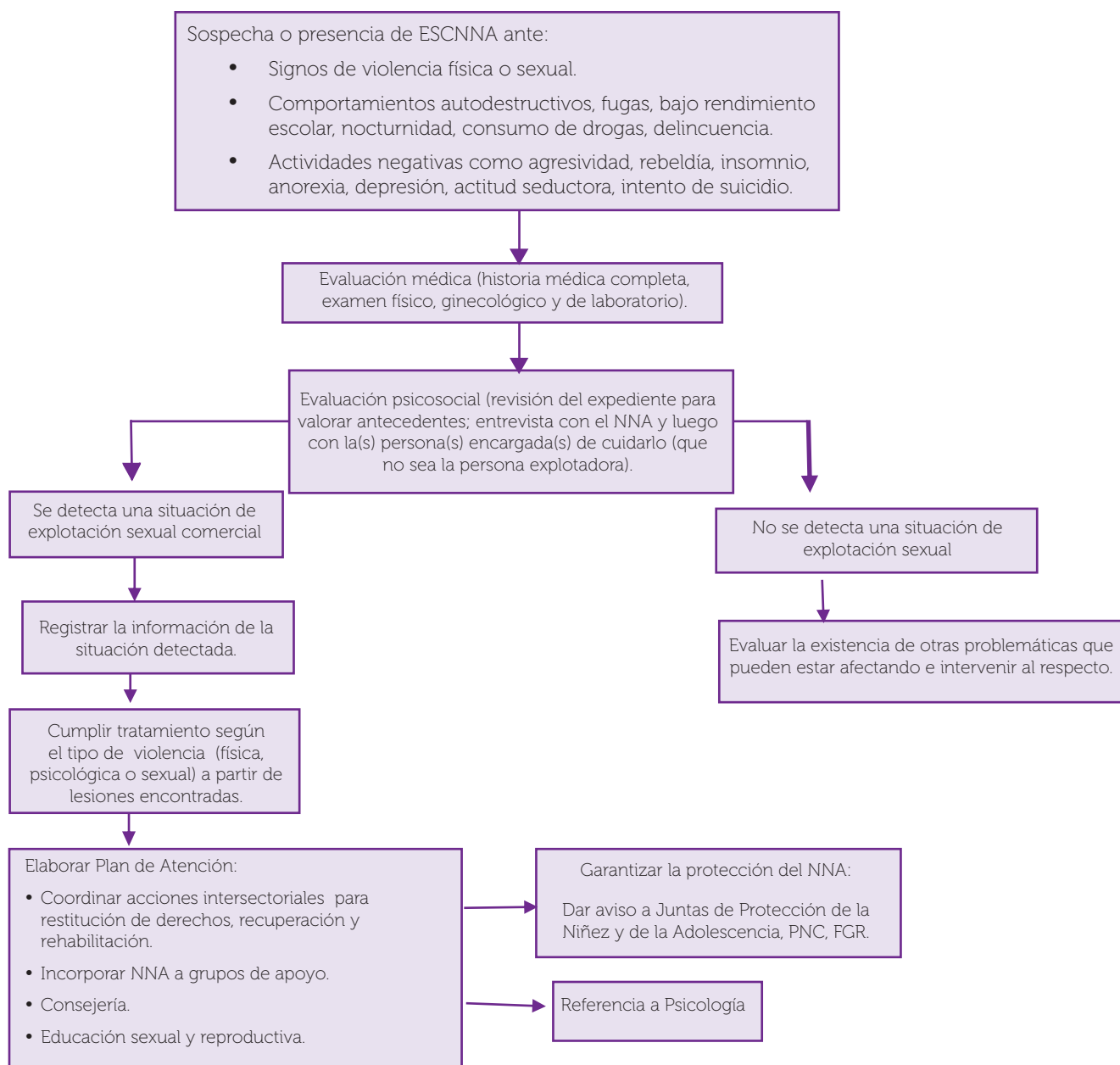
Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Algoritmo 6. Módulo 4. Algoritmo para la atención de NNA afectadas por violencia sexual



Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Algoritmo 7. Modulo 4. Algoritmo para la atención de NNA en situación de explotación sexual comercial



Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Resumen Módulo 4. Apoyo de primera línea en casos de agresión sexual y violencia de pareja<sup>18</sup>

Para este tipo de casos, es usual que las víctimas tengan contacto con el personal de salud debido a las consecuencias que afectan su salud. Sin embargo, muchas veces es difícil que se pueda expresar a otras personas la situación que se vive, debido a la vergüenza, al temor de ser juzgadas o por miedo a la persona agresora. Por estas razones, es importante que el personal de salud desarrolle la capacidad de observación, especialmente del lenguaje no corporal.

El apoyo de primera línea puede ser el servicio más importante que se pueda brindar y la única oportunidad de ayuda. Comprende 5 tareas que dan respuesta a las necesidades emocionales y prácticas (físicas y de apoyo) de las mujeres que sufren violencia. A continuación se presenta un breve desglose de las tareas básicas que abarca:

Tareas	
Atención al escuchar	No juzgar y validar. Escuche atentamente a la mujer con empatía.
No juzgar y validar	Demuestre a la mujer que la comprende, le cree y no la juzga. Asegúrele que ella no es la responsable de lo sucedido.
Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evaluar y responder a las diversas necesidades y preocupaciones que tenga la mujer: emocionales, físicas, sociales y prácticas (por ejemplo, el cuidado de sus hijas e hijos).
Mejorar la seguridad	Analizar con la mujer un plan para se pueda proteger, en caso de que los episodios de violencia se repitan.
Apoyar	Apoyar a la mujer para que reciba la información, los servicios y el apoyo social que necesita.

Para mayor conocimiento sobre esta herramienta, puede revisarse: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>

### Lectura 1. Módulo 4. Factores que originan la trata de personas

Algunos factores estructurales que originan la trata de personas son los siguientes:

- La existencia de redes de crimen organizado; la impunidad sistemática.
- La existencia de una demanda mundial de trabajo o servicios baratos, incluido el de la explotación sexual.
- La inadecuada respuesta social e institucional.
- La tolerancia social.
- La estructura patriarcal de poder que jerarquiza, discrimina y vulnera a las personas en razón de su sexo, edad, orientación sexual, nacionalidad y origen étnico.

<sup>18</sup> OPS (2014). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico.

También hay otros factores que es importante tomar en cuenta. Entre ellos se hallan:

1. La globalización, la crisis económica y la apertura comercial. Estas crean un desbalance en la oferta y la demanda de mano de obra entre los países ricos y pobres, propiciando así la migración laboral de millones de personas en todo el mundo (muchas de ellas en condiciones irregulares).
2. Los desbalances demográficos: en algunas regiones del mundo se da un excesivo crecimiento de la población y de la mano de obra, mientras en otras ese crecimiento es bastante menor.
3. La pobreza y las altas tasas de desempleo y de empleo de mala calidad, sobre todo en aquellas regiones de elevada densidad demográfica.
4. La corrupción de las autoridades nacionales y de sectores del poder político y económico, vinculados directa o indirectamente con el delito.
5. Las leyes y políticas de migración, sobre todo aquellas relacionadas con las regulaciones laborales de
6. trabajadores temporales, que por su laxitud dejan a estos a merced de la voluntad de los empleadores.

También deben mencionarse los desastres socio-naturales, las crisis políticas y económicas, las guerras y los avances tecnológicos como el internet y las redes sociales (Facebook, entre otras).

## **Lectura 2. Módulo 4.**

### **Una aproximación al impacto en la salud de la trata de personas**

Con frecuencia, la trata de personas incluye una serie de situaciones que afectan la integralidad de la persona a nivel físico, psicológico, económico, social y legal (aspectos migratorios). Ya sea que la persona esté siendo victimizada o que se encuentre en el proceso de escapar de ésta. Es importante, que el personal multidisciplinario de salud tenga en cuenta estos aspectos, para comprender los sentimientos, ideas y acciones que implican la vivencia de este tipo de delitos. Por ejemplo, experimentar la esclavitud, golpes constantes, violaciones, presión constante por cumplir con metas económicas o de producción; a la larga generará un impacto en la salud de las mujeres que enfrentan esta situación.

Estas reacciones frente a la experiencia de trata pueden limitar las posibilidades de que la persona busque ayuda. En el caso de que ya esté afuera de esta situación, la persona puede experimentar sentimientos de vergüenza, culpa o la estigmatización<sup>19</sup> dentro de su grupo familiar o en su comunidad, que también limitan la búsqueda de ayuda.

---

<sup>19</sup> Culpar a la persona de lo que le ocurrió.

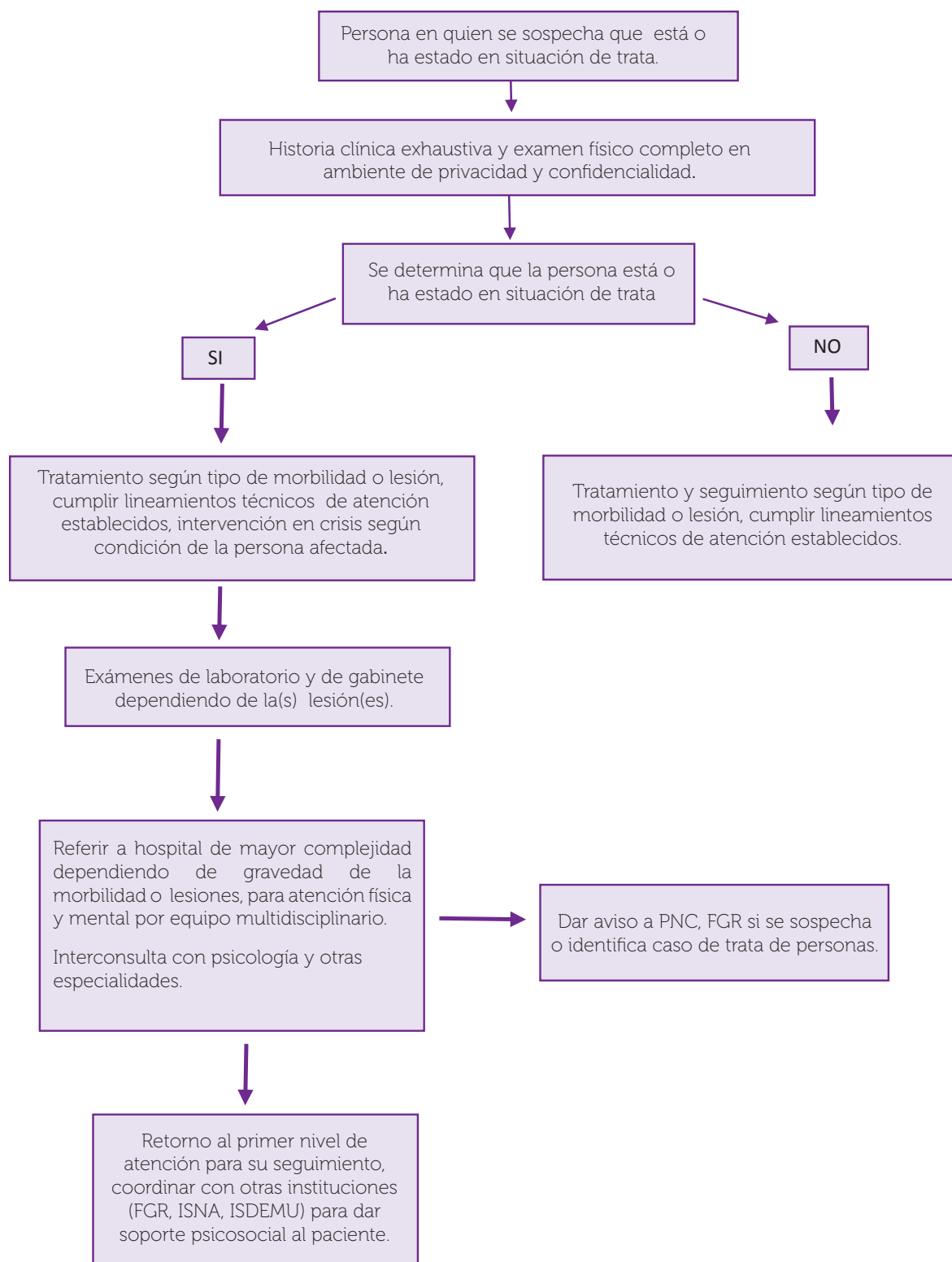
### Impacto de la trata de personas

Vivencia de la trata de personas	Una vez ha pasado la vivencia de la trata de personas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocer qué es la trata de personas y por tanto no saber que se es víctima.</li> <li>• Tener limitada su libertad y sentirse atrapada.</li> <li>• Trabajar bajo presión para pagar sus deudas o sentir la presión de apoyar económicamente a su familia.</li> <li>• Temer represalias de los tratantes, por eso pueden mentir sobre su nacionalidad, familia o relación con la persona tratante.</li> <li>• Trabajar en condiciones insalubres y peligrosas.</li> <li>• Preocupación por su estado migratorio.</li> <li>• Ser trasladadas con regularidad de un lugar a otro, de un establecimiento a otro.</li> <li>• Recibir multas y castigos de los tratantes.</li> <li>• Preocuparse por la seguridad y el bienestar de su familia de vuelta en casa, especialmente si las personas tratantes conocen su residencia.</li> <li>• Experimentar reacciones traumáticas que afectan sus habilidades de recordar.</li> <li>• Confiar en otras personas y reaccionar de manera apropiada, calcular riesgos, etc.</li> <li>• Creer que la situación es temporal e imaginar un futuro en el cual van a mejorar sus condiciones.</li> <li>• Desconfianza en funcionarios de cualquier tipo, incluyendo el personal de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse bajo vigilancia y vulnerables a represalias.</li> <li>• Tener deudas pendientes o pocos recursos económicos.</li> <li>• No contar con alojamiento o residencia estable.</li> <li>• Desear regresar a casa pero no tener los medios; o por el contrario desear no hacerlo debido a experiencias de violencia o privaciones.</li> <li>• Mantener en secreto su experiencia debido a que siente vergüenza, culpa y temor a ser objeto de estigmatización.</li> <li>• Deseo de sentir independencia y seguridad y no querer ser tratados como una víctima.</li> <li>• Sentir presión de participar en procedimientos judiciales en contra de las personas tratantes.</li> <li>• No ver otra alternativa más que regresar con las personas tratante.</li> <li>• Seguir experimentando reacciones extremas de estrés que afecten su salud, sexualidad y relaciones sociales.</li> <li>• Evitar hablar del pasado para no revivirlo.</li> <li>• No tener acceso a salud u otros servicios debido a circunstancias económicas, estado legal, barreras de idioma, problemas de logística o alienación.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de OIM (2012). *Cuidados para la Salud y la Trata de Personas. Guía para proveedores de Salud.*



## Algoritmo 8. Módulo 4. Algoritmo para la atención de víctimas de trata de personas



Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, 2012

## Ejercicio 1. Módulo 4 Testimonios

### Testimonio 1 <sup>19</sup>

«Según el expediente iniciado en el Juzgado de Paz de Ciudad Delgado, M. V., de 36 años, fue asesinada el 15 de junio de 2009 debido a heridas penetrantes en el cuello, tórax y abdomen, causadas por arma blanca. Un testigo aseguró presenciar que Ernesto discutía con Mariana en el pasaje California, agrediéndola en reiteradas ocasiones con un desarmador, por lo cual ella y su hijo pedían ayuda sobre la calle California, colonia Los Alpes, en Ciudad Delgado. Ante los gritos de la joven, salieron inmediatamente familiares y vecinos y fue trasladada de inmediato a un centro hospitalario, donde falleció 20 minutos más tarde al ingreso. El hijo de ambos, entonces de 10 años, fue ingresado en el Hospital Bloom debido a crisis nerviosa.

En acta judicial con fecha 14 de agosto de 2009, se ordena pasara al siguiente etapa procesal de instrucción formal, así como la detención provisional de Ernesto Alonso Medrano por el delito de homicidio agravado, debido a que está prófugo durante el proceso de la audiencia inicial, después de haber huido después de cometer el crimen. Según testigos, lo han visto en la casa donde reside y luce completamente disfrazado pero conocedor que la Policía solo hace allanamientos por la noche, lo llegan a dejar en carro por la noche, lo llegan a dejar en carro por las mañanas y lo recogen de la misma manera por las noches.

En marzo del 2009, 2 meses antes del feminicidio, Mariana denunció a su compañero de vida por los delitos de lesiones y otras agresiones sexuales, ya que intentó estrangularla y violarla en la casa del agresor, pero fue sobreseído; también se hace referencia a una denuncia en la Policía por amenazas y otras agresiones sexuales.

Según declaración de Rocío Jimenez, madre de Mariana, a 4 años del feminicidio de su hija, el proceso está archivado en la Fiscalía General de la República ya que no le dieron seguimiento, no llegó más allá 8de la emisión de orden de captura). Al niño (hijo de Mariana ahora de 14 años), nunca le dieron protección. En lugar de eso, cuando iba a la Policía de Ciudad Delgado para decirles que Ernesto andaba cerca, no le hicieron caso y le decían que tenía psicosis. Según ella, eso sucedió porque él tiene familiares y amigos en la policía».

Fuente: Violencia contra las mujeres en El Salvador. Vilma Vaquerano. 2016. Disponible en <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/12926.pdf>

20 Se cambiaron los nombres de las personas involucradas en este caso.

## TESTIMONIO 2

*«No puedo entender lo que hace. Se muestra afectuoso y simpático con nosotros delante de la gente, pero apenas llegamos a casa, sin que hayamos hecho algo, se pone a gritar y a romper cosas. Vivimos sobresaltados y tratando de adivinar qué puede llegar a molestarlo para evitar que se enoje. Pero es inútil. Siempre le da vuelta a las cosas para justificar sus gritos y golpes».*

*«Siento mucho enojo con él y desesperación porque no me da permiso de salir, no puedo trabajar en nada porque él no quiere que salga, porque dice que si salgo me voy a encontrar con otro hombre, que muchas mujeres son así. Yo me siento muy triste y enojada y últimamente no puedo dormir, tengo pesadillas, siempre sueño que me persiguen. Quisiera poder dormir, quisiera que no me dolieran las manos, quisiera dejar esta tristeza, quisiera no haberme ido con él, quisiera tener otra vida».*

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009). Equidad de Género en Salud: manual para conducir talleres de sensibilización. México. p. 104

## TESTIMONIO 3

*«Yo empecé a sufrir violencia por parte del jefe. Acoso también. Yo siempre me doy a respetar por los hombres, no les permito que se sobrepasen ni nada; y él era un muchacho joven y yo una señora. Una vez le dije que estaba equivocado, que yo no era 'asalta cunas'. Desde ahí, él empezó a cambiar un poco su actitud, empezó a discriminarme con hechos, hasta el punto que se hicieron más grandes los problemas y llegó a despedirme. Buscó una forma cómo despedirme. Hizo un convenio con el de Recursos Humanos, que también era hombre, y me despidieron».*

Fuente. ORMUSA. *Mujer y Mercado Laboral 2017*. El Salvador: La violencia laboral contra las mujeres. Desafíos para la Justicia Laboral. p.69

## TESTIMONIO 4

*Adriana ha salido de la universidad temprano y está contenta porque piensa que llegará temprano a su casa para descansar un rato y completar un trabajo que debe presentar el miércoles.*

*Dirigiéndose a la parada de buses, se encontró un grupo de hombres. Se preocupó al verlos, apretó contra ella sus libros y apresuró el paso. Pero al pasar junto a ellos, le dijeron diversas expresiones como: mamacita, qué buena estás y otras cosas que consideró ofensivas. Luego comenzaron a reírse entre ellos y a felicitarla. Adriana, por su parte, sintió una mezcla de sentimientos: enojo y vergüenza, por un momento pensó: ¿Será que me queda muy apretado el jeans? y otro tipo de ideas que por momentos la hacían sentir culpable: ¿por qué no había anticipado lo que sucedería y cambiado de acera? ¡Se hubiera ido por otra calle!, etc. –Era paradójico, ella sufrió acoso sexual y encima, se sentía responsable de lo que había pasado–.*

*Al llegar a su casa, prefirió quedarse callada y no comentarlo con sus papás, pensaba que los podía preocupar.*

Fuente. Caso ficticio elaborado con base a la atención a casos de mujeres que han sufrido violencia.

**Módulo 5.****Violencia de género en la atención de salud****Lectura 1. Módulo 5.  
Categorías de la diversidad sexual**

**Lesbiana:** una mujer que es atraída emocional, afectiva, física y sexualmente por otra mujer. No debe confundirse a lesbianas con población trans masculina ni travesti.

**Bisexual:** es una persona que es atraída emocional, afectiva, física y sexualmente tanto por hombres y mujeres. No debe confundirse a bisexuales con población gay, lesbica, trans ni travesti

**Gay:** un hombre que es atraído emocional, afectiva, física y sexualmente por otro hombre. No debe confundirse a hombres gais con población trans femenina ni travesti.

**Trans:** adjetivo utilizado en los Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI, como un término general para referirse a personas cuya identidad o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo natal<sup>21</sup>.

**Transgénero:** es una persona con un sexo natal de hombre o mujer, pero cuya identidad de género corresponde al sexo opuesto. Pueden expresar su identidad a través de las vestimentas, los modales, y otras adecuaciones, para establecer una congruencia física y emocional con la identidad de género que viven como propia.

**Intersexualidad:** término general usado para una variedad de condiciones por las cuales una persona nace con una anatomía que no parece corresponder a la típica definición de mujer u hombre. Estas personas eran conocidas anteriormente como hermafroditas, término que debe evitarse por ser discriminatorio.

**Lectura 2 Módulo 5.  
Modalidades en que se expresa el rechazo a la diversidad sexual<sup>22</sup>**

**Bifobia:** rechazo, odio y menosprecio hacia las personas bisexuales, a la bisexualidad y a sus manifestaciones. Al igual que la homofobia, surge de la imposición de un sistema patriarcal y heterocentrista, que se basa en una construcción social donde sólo es aceptable la atracción del sexo contrario, y en menor medida, la del mismo sexo

**Homofobia:** «...es el odio hacia las personas homosexuales, así como a sus estilos de vida o cultura y puede manifestarse de diferentes formas: homofobia cultural, institucional, internalizada, interpersonal y la personal.»

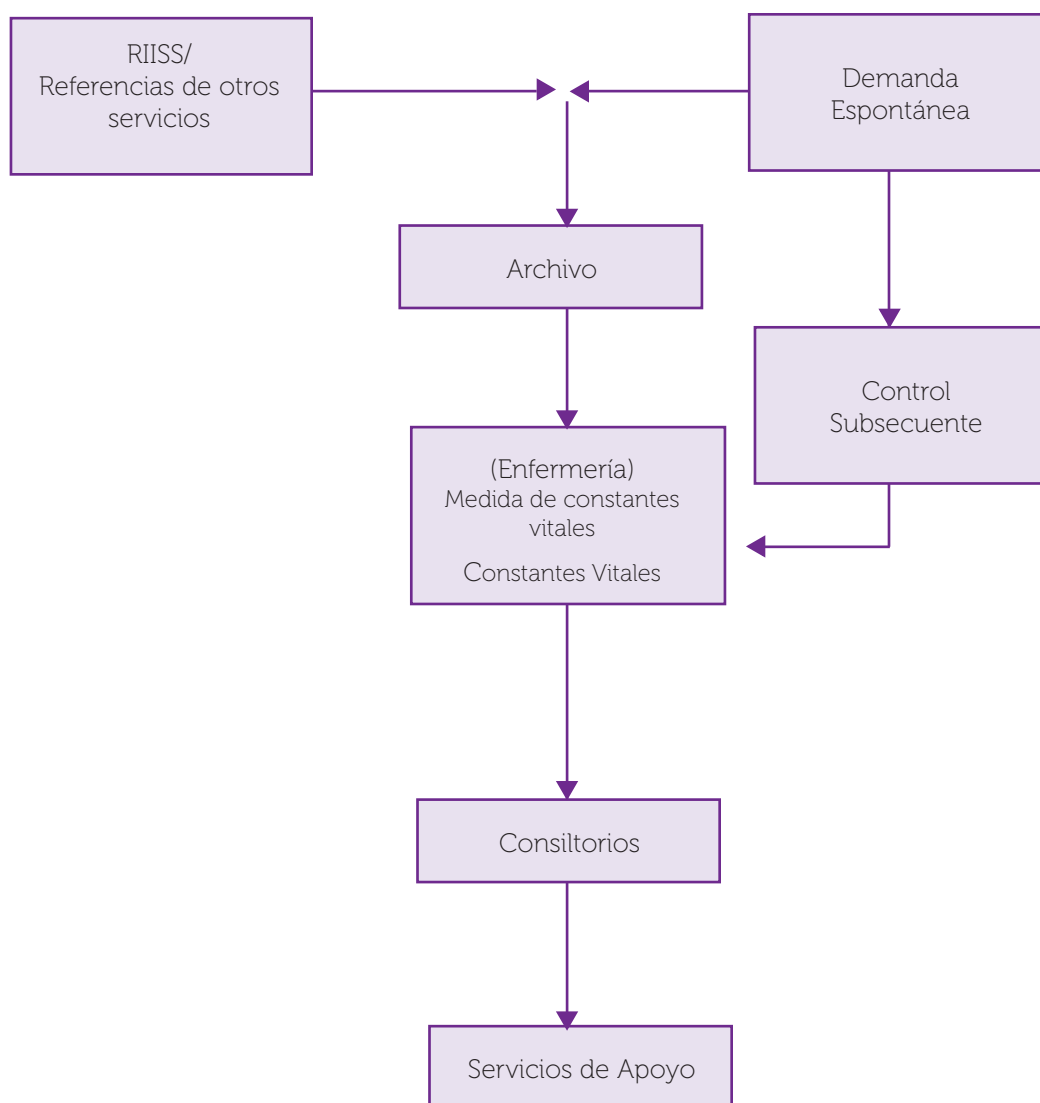
<sup>21</sup> Sexo natal o sexo asignado al nacimiento (o sexo natal).

<sup>22</sup> Glosario de conceptos LGTBI. Disponible en <http://archivo.juventudes.org/textos/UJCE/Glosario%20de%20conceptos%20LGTBI.pdf>

**Lesbofobia:** término específico con el que se conoce el miedo o rechazo a las lesbianas. El carácter particular y diferencial de la vivencia de la homosexualidad femenina concede a la lesbofobia unas características especiales que incluyen, por ejemplo, un mayor ocultamiento e ignorancia de la existencia de lo lésbico. Para empezar las lesbianas suelen ser prácticamente invisibles, cuando se habla de homosexualidad aunque se especifique que se habla de gays y lesbianas, casi siempre se refieren a chicos.

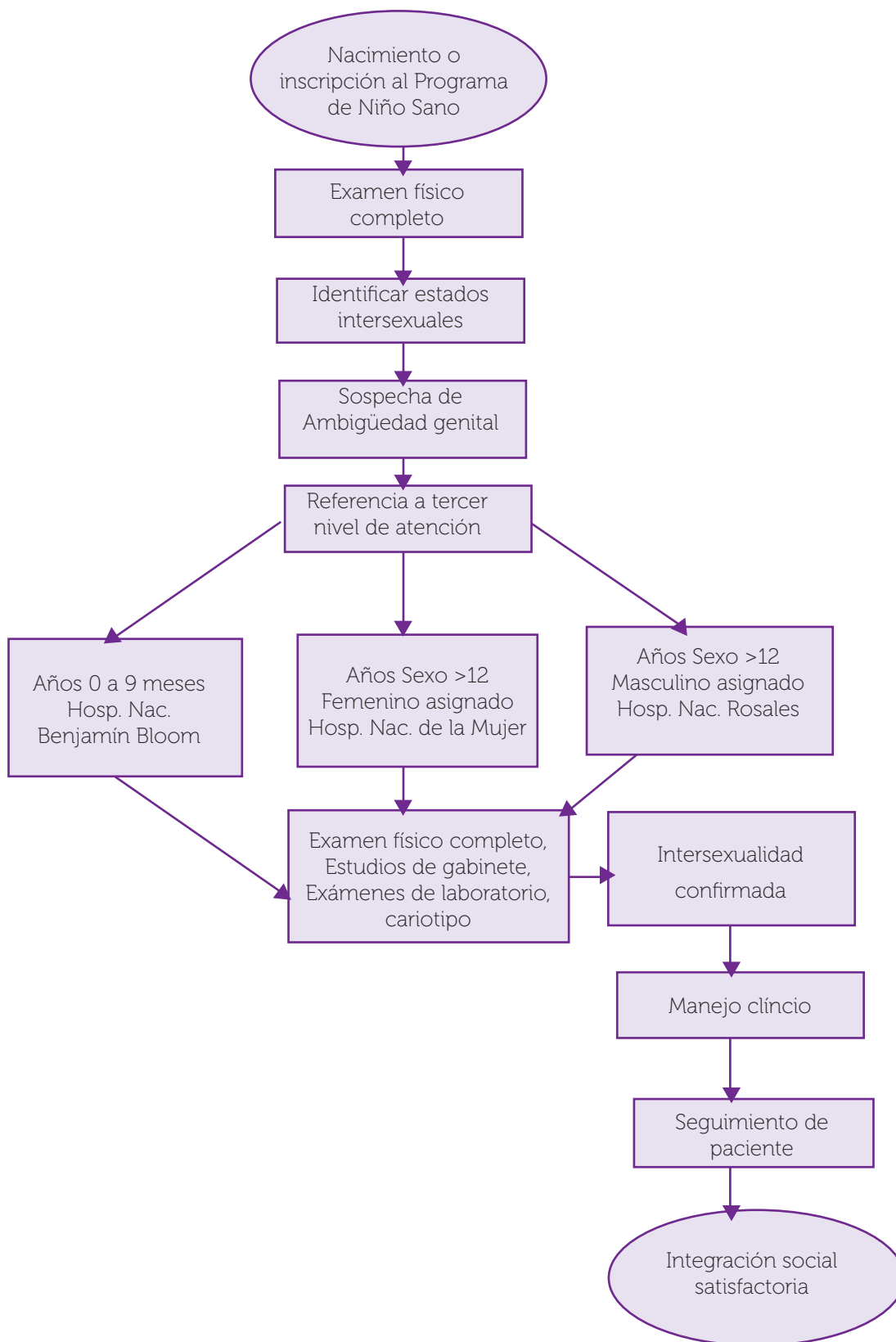
**Transfobia:** reacción o rechazo que surge frente a una persona que se sale de unos estereotipos rígidos sobre lo masculino y lo femenino, y que se expresa a través de bromas, chistes, barreras y violencia.

### Algoritmo 9 . Módulo 5 Flujo de atención para la población LGBTI en las RIIS



Fuente: MINSAL. *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la personas LGBTI*, 2016. El Salvador.

### Algoritmo 10. Módulo 5 Flujograma de atención a personas intersexuales



Fuente: MINSAL, *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de las personas LGBTI*, 2016.

## Ejercicio 1. Módulo 5. Concepto de sexualidad

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales<sup>23</sup>.

## Ejercicio 2. Módulo 5. Los derechos sexuales y reproductivos<sup>24</sup>

Derechos Sexuales	Derechos reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a decidir libre y responsablemente sobre la sexualidad y tener control sobre el propio cuerpo.</li> <li>- Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseada, sin temor a ser objeto de discriminación, coacción o violencia</li> <li>- Derecho a recibir educación sexual y el acceso a la información</li> <li>- Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual</li> <li>- Derecho a gozar del progreso científico, tener información y pedir opinión sobre procedimientos y experimentación médica</li> <li>- Derecho a vivir una sexualidad libre, segura y satisfactoria e independiente de la reproducción</li> <li>- Derecho a gozar de la igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas en las relaciones sexuales</li> <li>- Derecho a la privacidad.</li> <li>- Derecho al placer sexual, incluido el autoerotismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones</li> <li>- Derecho a la maternidad y paternidad.</li> <li>- Derecho a adoptar decisiones libres y responsablemente sobre tener o no tener hijo e hijas, el número y el espaciamiento entre los nacimientos</li> <li>- Derecho a la información clara, comprensible y completa sobre métodos anticonceptivos y el acceso a ellos.</li> <li>- Derecho a la esterilización voluntaria, previo consentimiento informado</li> <li>- Derecho a la confidencialidad de la información en la atención en salud sexual y reproductiva</li> <li>- Derecho a acceder al más alto nivel de salud reproductiva en los servicios de salud.</li> </ul>

<sup>23</sup> MINSAL. *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la personas LGBTI*. 2ª ed. 2016.

<sup>24</sup> Tomado de CEASPA-UNFPA-MINGOB. *Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva. Guía para Facilitadores y Facilitadoras* <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/55-Manual-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-personal-uniformado.pdf>



Derechos Sexuales	Derechos reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a la libertad sexual, excluyendo toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en todas las etapas de la vida y en toda circunstancia.</li> <li>- Derecho a tener sexo seguro para prevenir la adquisición de infecciones de transmisión sexual</li> </ul>	
<p>Es importante considerar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son conceptual y realmente diferentes y no deberían verse como cosas naturalmente vinculadas. El vínculo entre la sexualidad y la reproducción diluye la importancia de cada una de ellas, como campos separados para la realización humana. La conexión entre el acto sexual y al procreación desvirtúa la potencialidad que el placer tiene en nuestras vidas.</p>	

### Preguntas generadoras:

- ¿Cuál es la realidad de las mujeres en su salud sexual y reproductiva en el país?
- ¿Qué es lo que dificulta el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Cuáles son los derechos menos respetados? ¿Por qué?
- Como prestadores de servicios de salud, ¿Cómo atendería a una usuaria aplicando el enfoque de derechos humanos, género e inclusión?

## Ejercicio 3. Módulo 5. Casos

### Grupo 1. Trabadora sexual que busca atención odontológica

Una mujer joven que se desempeña como trabajadora sexual acude al establecimiento de salud más cercano a su zona de trabajo. Desea pasar consulta odontológica por algunas molestias que ha tenido en las últimas semanas. Al llegar ahí, se dirige a Archivo para que la inscriban y le den su tarjeta de usuaria. Al brindar sus datos como parte de la información del oficio al que se dedica, refiere que es trabajadora sexual y que desea pasar consulta por unas molestias en sus muelas. La persona que la atiende, le pregunta si ya se hizo la prueba del VIH, a lo que la esta usuaria contesta que se hizo el examen hace dos meses. La persona que la atiende, le pregunta sí se la hará nuevamente.

Con el odontólogo la pasan una hora y media después, y cuando él lee su historia clínica, la mira de pies a cabeza y se coloca doble guante para atenderla.

## Grupo 2. Mujer lesbiana que desea orientación para prevenir el VIH

Mirtala es lesbiana, ha comenzado a salir con una mujer con quien se gustan mucho, por lo cual piensa que pueden llegar a tener relaciones sexuales. Así que acude a un centro de salud porque desea que le expliquen cómo puede prevenir el VIH. Tiene miedo a poder contraer la enfermedad, ya que un familiar cercano murió el año pasado por las complicaciones que le generó el virus.

Cuando pasa al consultorio, explica que llega a consulta porque quiere prevenir el VIH, la doctora que la atiende, le pregunta si tiene pareja. Ella refiere que aún no, pero cree que dentro de poco tendrá novia. La doctora se le queda viendo y replica «¿Novia?». Pero usted no parece hija (mi hija), tan bonita... (Mirtala es bastante femenina y se esmera en su vestuario y presentación personal).

Si, –contesta Mirtala un poco molesta al darse cuenta de la reacción de la profesional. Pregunta nuevamente, si le puede informar sobre este tema.

## Grupo 3. Mujer pobre que desea tomarse la citología

Julia tiene 20 años, quiere hacerse la citología, pero se ha tardado porque junto a su familia se han mudado a otro departamento. Ya lleva dos años sin hacerse este examen y ha estado escuchando en la televisión que es importante para la salud de una mujer. Así que ha estado ahorrado para el transporte de ella y su hija a quien tiene que llevar porque no hay nadie quien se la pueda cuidar. Al llegar al centro de salud, Julia le pregunta a una enfermera cómo puede hacer para que la atiendan, pero habla muy suavemente ya que es bastante penosa. Así que la persona que la está atendiendo le pregunta ¿a qué viene? y le dice que debe hablar más fuerte, si no, nadie sabrá lo que quiere. Julia, con mucha pena dice que quiere hacerse el examen y quiere pasar con la doctora. A lo que le responden: “Mire, aquí sólo hay doctor, ¿va a pasar o no?”

## Grupo 4. Adolescente mujer que busca un método anticonceptivo

Adriana tiene 16 años, está contenta, se siente enamorada de su nuevo novio y piensa que podrían llegar a tener relaciones sexuales. Ella ya inició la actividad sexual hace un año, y pasó un gran susto porque creyó que estaba embarazada. Por eso, está consciente de que debe tomar precauciones, ya que tiene planes de seguir estudiando.

Es la primera vez que llega sola al centro de salud, se siente muy nerviosa y le da mucha pena que la vean en el área de ginecología, porque van a hablar mal de ella. Pero, Adriana ha escuchado que debe cuidarse y ser responsable de su cuerpo, así que sigue adelante y pregunta en Archivo si hay consulta con ginecóloga. ¿Quién va a pasar le preguntan? ¿Su mamá? No, responde ella, voy a pasar yo.

Le toman los datos y al rato, le indican en qué consultorio tiene que esperar para ser atendida. En la sala de espera, hay mujeres embarazadas, solas, algunas con sus parejas. Es la más joven y se siente mal, a veces quiere irse de ahí, pero resuelve esperar. Cuando por fin es su turno, la doctora que la recibe le dice: Aja cipota, ¿conque querés planificar? ¡Ya andas de novia! ¿Ya sabe tu mamá en lo que andas?

### **Grupo 5. Persona trans en busca de salud sexual y reproductiva**

Hombre trans, llega al centro de salud de otro municipio, no ha querido ir al que está en su colonia porque siente que «no lo ven bien». Al llegar a Archivo para dar sus datos, tiene problemas porque al verificar en su DUI su nombre que corresponde a su sexo biológico, le completan la tarjeta con estos datos. Pero él insiste en que desea que lo llamen José Antonio Benavides. El encargado de área le dice, que no puede hacerlo así que se va a pasar consulta, que le diga para completarle los datos, además le indica que hay otras personas que debe atender. José Antonio acepta, porque no quiere llamar la atención y teme que se pueda alterar en este espacio. Cuando están llamando para ubicar a las personas en el consultorio del ginecólogo, la enfermera dice en voz alta su nombre varias veces, ya que la sala de espera está bien concurrida. José Antonio se siente incómodo porque todas las miras de los ahí presentes se posan sobre él.

En el consultorio explica que está acompañado y como su pareja no puede tener hijos, han pensado que él puede quedar embarazado así que quiere preguntar sobre esto y sobre un dolor que tiene en su pecho izquierdo.

### **Grupo 6. Hombre gay que consulta por lesión de causa externa**

Cecilia es un hombre gay que trabaja en el mercado, llega a al hospital muy mal, con lesiones en diferentes partes del cuerpo, las que refiere se las han dado unos hombres que lo atacaron, aunque no quiere decir los motivos.

En la sala de espera, Cecilio, ya lleva tres horas y no lo han atendido aún; pese a que se observa que tiene golpes muy fuertes.

## Ejercicio 4. Módulo 5 (opcional) «Lo que estamos haciendo, pero aún nos falta hacer»

Jornada 5	
<b>Actividad Opcional</b>	«Lo que estamos haciendo, pero aún nos falta hacer».
<b>Objetivo</b>	Fomentar la aplicación de nuevas prácticas en la prestación de servicios de salud.
<b>Duración</b>	30 minutos.
<b>Desarrollo</b>	<p>Se hacen cuatro subgrupos, a los cuales se les entrega un pliego de papel bond y se nombra una persona que recogerá las ideas principales del grupo y las socializará al terminar la dinámica.</p> <p>Se indica que los subgrupos uno y dos trabajan el tema «Lo que ya estamos haciendo», relacionado a la atención sin discriminación a las personas. Mientras que los números tres y cuatro trabajan el tema: «Lo que necesitamos hacer en la provisión de la atención en salud» para que las personas usuarias pertenecientes a la diversidad sexual, puedan acercarse con confianza y seguridad y obtener la atención que requieren.</p> <p>En plenaria, los grupos socializan sus reflexiones. Al finalizar los subgrupos uno y dos, pueden enriquecer el trabajo que realizaron los grupos tres y cuatro.</p>
<b>Materiales</b>	Páginas de papel bond y lapiceros
<b>Reflexión</b>	La persona que facilita indica la importancia de que existen ya lineamientos que describen el abordaje en el tema de salud hacia las mujeres, trabajadoras sexuales y personas LGTBI. Este modelo de atención debe basarse en personal que se comprometa con la aplicación de los principios de igualdad y no discriminación.

**Módulo 6.****Investigación en salud con enfoque de género****EJERCICIO 1. Módulo 6.****Guía de verificación sobre la sensibilidad de género en investigación en salud - informes y publicaciones**

**Objetivo: Verificar la incorporación de criterios basados en el enfoque de género en el proceso de investigación en salud.**

A continuación, se presentan una serie de preguntas, divididas en sub apartados vinculados al proceso de investigación y a la publicación de resultados. A partir de la lectura del artículo u otro tipo de publicación científica en el campo de la salud, marque con una «X» donde corresponde

	<b>A. Selección y caracterización del problema de investigación</b>	<b>SÍ</b>	<b>No</b>
1.	¿Los problemas y necesidades en salud específicas de las mujeres y de los hombres están suficientemente reconocidos?		
2.	¿Se observa un enfoque integral y bien orientado sobre los problemas y necesidades en salud de las mujeres?		
3.	¿Los riesgos para la salud de las mujeres están suficientemente contextualizados?		
4.	¿Se observa un enfoque de la salud de las mujeres que se circunscribe a la dimensión sexual-reproductiva?		
5.	¿Se conceptualizan determinadas enfermedades o problemas en salud como femeninas o masculinas?		
6.	¿El tema de investigación contribuye a romper dinámicas sexistas y que responden a los intereses y demandas de mujeres y hombres?		
7.	¿La caracterización del problema de investigación contribuye a la patologización, victimización o culpabilización de las mujeres?		
8.	¿ El tema de investigación se orienta al cambio social y a la transformación de roles, estereotipos y situaciones discriminantes e injustas para mujeres y hombres?		
9.	El tema de investigación en salud fomenta beneficios equivalentes para mujeres y hombres y su empoderamiento		

B. Estrategia metodológica		SÍ	No
<b>Selección de los sujetos de estudio:</b>			
10.	¿Las mujeres están adecuadamente representadas, en relación al problema de estudio, en la muestra utilizada?		
Selección de las variables y categorías de estudio:			
11.	¿Se incorpora el sexo como una variable central en el análisis?		
12.	¿Se trata el sexo como cualquier otra variable?		
13.	¿Se incorporan otras variables y categorías relevantes al contexto social, económico y cultural?		
14.	¿Se incorpora la dimensión del género como determinante de las desigualdades en salud?		

C. Ejecución de la investigación		SÍ	NO
<b>Recogida de datos:</b>			
15.	¿Los datos se han recogido desagregados por sexo?		
16.	¿Se aplican medidas para proteger la dignidad de, derechos, la seguridad, la salud y el bienestar de mujeres y hombres participantes en la investigación?		
Análisis de los datos:			
17.	¿Los datos se han analizado desagregados por sexo?		
18.	¿Se aplican medidas sintéticas que permiten analizar las diferencias (o similitudes) brechas que reflejen las desigualdades de género en salud?		
19.	¿Se han incorporado las cuestiones relacionadas con el género y el contexto social, económico y cultural en el análisis de los datos?		

D. Presentación de los resultados		SÍ	NO
20.	¿Se presentan los resultados desagregados por sexo?		
21.	¿Se presentan los resultados (texto, tablas, gráficos, figuras, etc.) desagregados por sexo, reflejando situaciones y experiencias de mujeres y hombres en relación con el tema de investigación?		
22.	¿Se transmiten estereotipos y prejuicios sexistas y androcéntricos?		
23.	¿Se emplea un lenguaje sexista y androcéntrico?		
24.	¿Las imágenes o representaciones gráficas están sesgadas y reflejan ideas sexistas y androcéntricas?		
25.	¿El contenido de la publicación visibiliza de manera crítica las desigualdades de género en salud y cuando corresponde?		

E. Equipos de investigación y evaluación		SÍ	NO
	<b>Equipo investigador:</b>		
26.	¿Existe un equilibrio de género en la estructura del equipo responsable de la investigación?		
27.	¿Las personas integrantes del equipo investigador tienen formación en género?		
28.	¿Se incluye el nombre completo de las personas autoras de la investigación para visibilizar la aportación de mujeres y hombres al conocimiento científico?		
	<b>Equipo evaluador:</b>		
29.	¿Se han establecido medidas para potenciar la participación de mujeres en los paneles de evaluación y selección?		
30.	¿Se cuenta con personas expertas en género en las comisiones de evaluación?		

### **Investigaciones a revisar**

El cáncer en Manitoba. Un análisis del cáncer según sexo y grupo étnico. Elaborado por Prairie Women's Health Centre of Excellence, Canadá. Estudio de casos adaptado de Donner y cols, A Profile of Women's Health in Manitoba.

William H. Dietz, MD, PhD Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. From the Tufts University School of Medicine and the Floating Hospital, Boston, Massachusetts. Received for publication Oct 24, 1997; accepted Nov 6, 1997. PEDIATRICS (ISSN 0031 4005). Copyright © 1998 by the American Academy of Pediatrics.

Electra González A. et al. Diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados chilenos. Artículos de Investigación. Rev Med Chile 2016; 144: 298-306

Isfeld, Harpa. (2010). Análisis del peso corporal desde la perspectiva del género en Villa Nueva, Guatemala: Estudio de caso. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/173335>



## Ejercicio 2. Módulo 6. Ficha de sondeo interés sobre temas a investigar

### Taller: Investigación en salud con enfoque de género

Fecha: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Tiempo de estar en el cargo: \_\_\_\_\_

#### Desarrollo

1. A partir de su experiencia de trabajo, ¿Qué temas vinculados a salud y género considera que deben ser investigados?
2. ¿Por qué considera importante investigar este tema?
3. ¿Conoce si se han desarrollado estudios o investigaciones similares en el tema en otras regiones?
4. ¿Qué factores pueden contribuir para realizar la investigación?
5. ¿Qué factores pueden dificultar la investigación?

#### Comentarios:

---

---

---

**Cuadro 16. Módulo 6. Grado de Integración del enfoque de género en proyectos de investigación**

Grado de integración	Papel del género	Efectos
<b>Negativo</b>	Los objetivos de investigación refuerzan las desigualdades de género.	Refleja normas, roles y estereotipos de género que refuerzan las desigualdades de género
<b>Neutral</b>	No se considera el género como relevante para el logro de los objetivos de investigación.	Las normas, roles y estereotipos de género no se ven empeoradas ni mejoradas; simplemente son obviadas.
<b>Sensible</b>	El género se ve como un medio para el logro de los objetivos de la investigación.	Incorpora las normas, los roles de género y el acceso a los recursos en la medida que son útiles para el logro de sus objetivos.
<b>Positivo</b>	El género es central para el logro de objetivos de la investigación.	El cambio de normas y roles y del acceso a los recursos es un componente importante para el logro de los objetivos de la investigación.
<b>Transformador</b>	El género es central para la promoción de la igualdad de género en salud y para el logro de objetivos de la investigación.	Transformación de relaciones desiguales de género para promover el equilibrio en la distribución del poder, el control de los recursos y la toma de decisiones. Apoyo al proceso de empoderamiento de las mujeres en salud.

Fuente: Adaptación por García Calvente, M.M.; Jiménez Rodrigo, M.L. y Martínez Morante, E. A partir de INSTRAW. Glosario de Género 2004.

## Cuadro 17 Módulo 6. Orientaciones básicas para la utilización de los términos sexo y género

Cuándo usar el término «sexo»	Cuándo usar el término «género»
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al hacer referencia a las características biológicas y a su clasificación en función de ellas (varones y mujeres).</li> <li>▪ El sexo (no el género) es la variable que se utiliza en los análisis de datos cuantitativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al hacer referencia a las características sociales, culturales y de los procesos de identidad que pueden generar desigualdades entre mujeres y hombres.</li> <li>▪ El género forma parte de las categorías de análisis, entendido como interpretación del significado de los datos, especialmente los cualitativos (roles de género, normas de género, identidad de género, etc.). Implica un enfoque interpretativo y crítico.</li> </ul>
<p><b>Ejemplos:</b></p> <p>«Las diferencias por sexo en...»</p> <p>«La distribución según sexo de...»</p> <p>«Las variables de sexo, edad...</p>	<p><b>Ejemplos:</b></p> <p>«Desigualdad de género en el acceso a...» «Sesgos de género en el diagnóstico...» «Influencia de los roles de género en...»</p>

## IX. Anexos

### PROCESO FORMATIVO: APLICACIÓN DE MANUAL DE CAPACITACIÓN EN GÉNERO Y SALUD

#### Perfil de entrada

Nombre: \_\_\_\_\_

Unidad: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Indicaciones:

Con la finalidad de establecer un punto de partida respecto a los conocimientos en los temas desarrollados en el Manual de Capacitación en género y salud, se presenta a continuación una serie de preguntas, complémtelas por favor.

1. Defina los conceptos de sexo y género
2. Mencione al menos tres agentes socializadores vinculados al género
3. ¿Qué es la determinación social de la salud? Explique con sus propias palabras?
4. Mencione al menos dos instrumentos de la normativa nacional para la igualdad de género cuyos principios se aplican para la atención en salud. Describa brevemente su objetivo.
5. ¿Cuáles son los tipos y modalidades de violencia que contempla la normativa nacional creada en esta materia?
6. Describa como se aplican en la práctica laboral la calidad y calidez en la atención en salud a personas que enfrentan violencia
7. ¿Cómo se manifiestan actitudes o acciones de discriminación hacia personas usuarias en la atención en salud?
8. Menciones al menos tres instrumentos técnicos (específicos de la institución) que se utilizan en el MINSAL para el abordaje de situaciones de violencia contra las mujeres.
9. ¿En qué consiste la violencia obstétrica?
10. ¿Qué es la trata de personas?
11. Menciones al menos tres variables que deben de cumplir las investigaciones en salud con enfoque de género

## PROCESO FORMATIVO: APLICACIÓN DE MANUAL DE CAPACITACIÓN EN GÉNERO Y SALUD

### Perfil de salida

Nombre: \_\_\_\_\_

Unidad: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Indicaciones:

Con la finalidad de establecer un punto de partida respecto a los conocimientos en los temas desarrollados en el Manual de capacitación en género y salud, se presenta a continuación una serie de preguntas, compléméntelas por favor.

1. Defina los conceptos de sexo y género.
2. Mencione al menos tres agentes socializadores vinculados al género
3. ¿Qué es la determinación social de la salud? Explique con sus propias palabras?
4. Mencione al menos dos instrumentos de la normativa nacional para la igualdad de género cuyos principios se aplican para la atención en salud. Describa brevemente su objetivo.
5. ¿Cuáles son los tipos y modalidades de violencia que contempla la normativa nacional creada en esta materia?
6. Describa como se aplican en la práctica laboral la calidad y calidez en la atención en salud a personas que enfrentan violencia
7. ¿Cómo se manifiestan actitudes o acciones de discriminación hacia personas usuarias en la atención en salud?
8. Menciones al menos tres instrumentos técnicos (específicos de la institución) que se utilizan en el MINSAL para el abordaje de situaciones de violencia contra las mujeres.
9. ¿En qué consiste la violencia obstétrica?
10. ¿Qué es la trata de personas?
11. Menciones al menos tres variables que deben de cumplir las investigaciones en salud con enfoque de género

## X. Bibliografía

- (1) UNICEF. Fundamentos de la Metodología Participativa y de la Investigación Participativa. 1ª edición. Guatemala: UNICEF; 1988.
- (2) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. 2ª edición. México, D.F: SS-CNEGSRI; 2011. 56p. Recuperado a partir de [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA\\_PERSPECTIVA\\_GENERO%20ssa.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf)
- (3) Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la Atención Integral en salud de la población LGBTI. 2ª edición. El Salvador: MINSAL; 2016.
- (4) García Calvente, M, Jiménez R., ML. y Martínez M. Guía para incorporar a perspectiva de género a la investigación en salud. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. Recuperado a partir de: <https://www.repositoriosalud.es>
- (5) Ministerio de Salud. Política para Igualdad y Equidad de Género en Salud. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2015.
- (6) Serret, E, Méndez Mercado, J. Sexo, género y feminismo. Colección Equidad de género y democracia. Vol. 1. 1ª edición. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, Instituto Electoral del Distrito Federal Justicia de la Nación; 2011. Recuperado a partir de: <http://portales.te.gob.mx>
- (7) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Equidad de Género en Salud: Manual para Conducir Talleres de Sensibilización, 2da edición. México, D.F; 2009. Recuperado a partir de: [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/EG\\_Manual\\_talleres\\_sensibilizacion.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/EG_Manual_talleres_sensibilizacion.pdf)
- (8) Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Plan Nacional de Igualdad 2016-2020. El Salvador: ISDEMU; 2016. Recuperado a partir de: [http://www.isdemu.gob.sv/phocadownload/2017/RIS\\_documentos2017/Plan\\_Nacional\\_de\\_Igualdad\\_2016-2020.pdf](http://www.isdemu.gob.sv/phocadownload/2017/RIS_documentos2017/Plan_Nacional_de_Igualdad_2016-2020.pdf)
- (9) ISDEMU. ABC. Vida Libre de Violencia para las Mujeres. Serie 1 Conceptos básicos de Violencia contra las Mujeres. 1ª edición. El Salvador: ISDEMU. S/F.
- (10) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud y Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. 1ª edición. México. 2005. 44 p.

- (11) OPS. Género y Salud Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. S/F. 134 p. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>
- (12) Sabo, Don; Harvard University-. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Organización Panamericana de la Salud, 2000. 20 p. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/165817>
- (13) Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. 100 Formas de Animar Grupos: Juegos para Usar en Talleres, Reuniones y la Comunidad. 1ª. edición. Reino Unido; 2002, 21 p. Recuperado a partir de: [https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/053/ens0602\\_Energiser\\_guide\\_sp\\_original.pdf?1413808315](https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/053/ens0602_Energiser_guide_sp_original.pdf?1413808315)
- (14) López, O. Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. Revista 201. Divulgacao em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n 49, octubre 2013, p. 150 -156.
- (15) ALAMES y CEBES. El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, volumen 35, n. 90, p. 487-492, Jul/Jset; 2011.
- (16) MINSAL. Sistematización de la experiencia de desarrollo de los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos con el Ministerio de Salud de El Salvador en el periodo 2011 – 2017; 2018. 130 P.
- (17) MINSAL. Política Nacional de Salud.2015 – 2019. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2016
- (18) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31(supl 1):S13-S27.
- (19) MINSAL. Reforma de Salud 2009 – 2014.
- (20) Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- (21) Naciones Unidas. Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado <https://www.ohchr.org>
- (22) Naciones Unidas Oficial del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Normas Básicas sobre Derechos Humanos. El Salvador; 2004.
- (23) VeneKlasen, L., Miller, Power and empowerment. V.; 2002.
- (24) Sen A. Desigualdad de género: La misoginia como problema de salud pública. En letras libres; Abril 2002: 42-48.
- (25) Bird, Ch. and Fremont, A. Gender, Time use, and Health. Journal of Health and Social Behavior; 1991, 32(2): 114-129.

- (26) Sabo, D., Snyder, M. Sports and fitness in the lives of working women. East Meadow, NY: The Women's Sports Foundation; 1993
- (27) MINEC y DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017 (Base de datos); El Salvador: Ministerio de Economía; 2018
- (28) MINSAL. Dirección de Vigilancia Sanitaria. Enfoque de Género, análisis de la determinación social de la salud. San Salvador, El Salvador; 2018
- (29) MINSAL. Política de Salud Sexual y Reproductiva. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2012.
- (30) Asamblea Legislativa de El Salvador. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres. Recuperado a partir de: <https://www.asamblea.gob.sv/decretos/details/494>
- (31) Asamblea Legislativa de El Salvador. Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para las Mujeres.
- (32) ONUMUJERES. Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés). Recuperado a partir de: <http://www.unwomen.org/es/news/stories/2012/7/bringing-cedaw-to-life-the-committee-on-the-elimination-of-discrimination-against-women-turns-30>
- (33) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/mdg\\_goals.html](http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/mdg_goals.html)
- (34) Organización de Naciones Unidas (ONU). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- (35) ISDEMU. Normativa nacional para la igualdad de género. Política Nacional de Mujeres. 1ª edición. El Salvador: ISDEMU; 2011. p3 [http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=17%3Alegislacion&download=267%3Anormativa-nacional-para-la-igualdad-de-gnero&Itemid=234&l](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=17%3Alegislacion&download=267%3Anormativa-nacional-para-la-igualdad-de-gnero&Itemid=234&l)
- (36) Asamblea Legislativa. Ley contra la Violencia Intrafamiliar. 1996. <https://www.asamblea.gob.sv/decretos/details/326>.
- (37) Guía de Lectura de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de violencia para las Mujeres con enfoque Psico-social. 1ª edición. El Salvador: ISDEMU; 2013 Recuperado a partir de: [http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=491%3Arvlv\\_documentos2016&Itemid=234&lang=es](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=491%3Arvlv_documentos2016&Itemid=234&lang=es).
- (38) ISDEMU. Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 1ª edición. El Salvador: ISDEMU 2013. Recuperado a partir de: [http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=196%3Apolitica-nacional-para-el-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia&Itemid=234&lang=es](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=196%3Apolitica-nacional-para-el-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia&Itemid=234&lang=es)



- (39) Plan de Acción de la Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2016 – 2021. 1ª edición. El Salvador: ISDEMU; 2016. Recuperado de: [http://www.isdemu.gob.sv/phocadownload/RVLV\\_documentos2016/plan\\_accion\\_de\\_la\\_politica\\_nacional.pdf](http://www.isdemu.gob.sv/phocadownload/RVLV_documentos2016/plan_accion_de_la_politica_nacional.pdf)
- (40) OEA. Guía para la aplicación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará). p116; (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.14); 2014. Recuperado a partir <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/bdp-guiaaplicacion-web-es.pdf>
- (41) ISDEMU. Informe sobre el Estado y situación de la Violencia contra las Mujeres, 2017. San Salvador: ISDEMU; 2017.
- (42) MINSAL. Dirección de Vigilancia Sanitaria, Unidad de Estadísticas e información en Salud. Indicadores del Sistema Nacional de Salud año 2017- 2018.
- (43) MINSAL. Presentación Violencia de Género hacia las mujeres. Material de apoyo, Curso Género y Salud; 2017.
- (44) Asamblea Legislativa de El Salvador. Código Penal. El Salvador. Recuperado a partir de <https://www.asamblea.gob.sv/>
- (45) ORMUSA. Mujer y Mercado Laboral 2017. El Salvador: La violencia laboral contra las mujeres. Desafíos para la justicia laboral; 2017. Recuperado a partir de: <http://observatoriolaboral.ormusa.org/investigaciones/MercadoLaboral2017.pdf>
- (46) MINSAL. Viceministerio de Servicios de Salud. Unidad de atención a todas las formas de violencia. Presentación Violencia de Género hacia las mujeres. Material de apoyo, Curso Género y Salud; 2017
- (47) Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo; 2007.
- (48) OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la Salud. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO\\_RHR\\_12.43\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1)
- (49) MINSAL. Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2012
- (50) ISDEMU. Sistema Nacional de Atención para mujeres que enfrentan violencia. El Salvador: ISDEMU; 2016.
- (51) OPS. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. 1ª edición. Washington, DC: OPS; 2014.
- (52) UNFPA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. República de Venezuela; 2006.

- (53) OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea; Suiza: OMS; 2015. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who\\_rhr\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=8B74806185385B36ECD6987C2DEA93D6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf;jsessionid=8B74806185385B36ECD6987C2DEA93D6?sequence=1)
- (54) Sadler Spencer, M. Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo; 2016. DOI: 10.5354/0719-1472.2016.43388
- (55) Beltrán y Puga A, Escudero M, Fulda I, Galland A, Gómez V, Luna K, et al. Informe Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida; 2015. Recuperado a partir de: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2584>
- (56) Galimberti, D. Violencia obstétrica; 2015
- (57) Soliz, C. Violencia Obstétrica: Un tipo de violencia silenciosa [Internet] Los. (24 de febrero de 2017). Recuperado a partir de: <http://www.lostiempos.com>
- (58) Sadler Spencer, M. Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile. Kit de herramientas; 2009. Recuperado a partir de: [https://www.researchgate.net/publication/281101092\\_Re-Vision\\_del\\_Parto\\_Personalizado\\_Herramientas\\_y\\_Experiencias\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/281101092_Re-Vision_del_Parto_Personalizado_Herramientas_y_Experiencias_en_Chile)
- (59) OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Resumen de orientación; 2018
- (60) MINSAL. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. El Salvador: MINSAL; 2012.
- (61) MINSAL. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. 4ª edición. El Salvador: MINSAL; 2011
- (62) Escobar, S. MINSAL y JICA lanzan programa para "Humanizar la atención del parto". Diario Co Latino; 23 de marzo 2018. Recuperado a partir de <https://www.diariocolatino.com/minsal-y-jica-lanzan-programa-para-humanizar-la-atencion-del-parto/>
- (63) OIT/IPEC. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional En Compendio de normas internacionales relacionadas con la prevención y eliminación de la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. San José: Oficina Internacional del Trabajo; 2003
- (64) OIM. Un trato contra la trata: Guía para talleres de multiplicación sobre la trata de personas. 2ª edición. Bogotá: OIM; 2010. Recuperado a partir de: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/un\\_trato\\_contra\\_la\\_trata\\_0.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/un_trato_contra_la_trata_0.pdf)
- (65) Asamblea Legislativa de El Salvador. Ley Especial contra la Trata de Personas
- (66) OIM. Cuidados para la Salud y la Trata de Personas. Guía para proveedores de Salud. 1ª edición. Argentina: OIM; 2012

- (67) ONU. Informe de la Relatora Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños. A/HRC/29/38. 31 de marzo 2015. Recuperado a partir de: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yPjYH0KHjyUJ:https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A\\_HRC\\_29\\_38\\_SPA.DOCX+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=sv](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yPjYH0KHjyUJ:https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_38_SPA.DOCX+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=sv)
- (68) OIM. Trata de personas con fines de explotación laboral en Centro América: El Salvador. 1ª edición. San José, C.R.: OIM; 2011. Recuperado a partir de: [http://plataformadeaprendizaje.iom.int/pluginfile.php/12468/mod\\_resource/content/11/Trata\\_de\\_personas\\_el\\_salvador.pdf](http://plataformadeaprendizaje.iom.int/pluginfile.php/12468/mod_resource/content/11/Trata_de_personas_el_salvador.pdf)
- (69) UNODC. Global Report on Trafficking in Persons; 2016
- (70) OMS/OPS Hoja informativa sobre la violencia contra la mujer: La Trata de Personas. Recuperado a partir de: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw\\_series/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/)
- (71) Fernández Moreno, SY. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana Colombia. Volumen 6, enero-junio de 2007; pp. 59-76
- (72) Asamblea Legislativa. Constitución de la República de El Salvador.
- (73) OIT/IPEC. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres. En Compendio de normas internacionales relacionadas con la prevención y eliminación de la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. San José: Oficina Internacional del Trabajo; 1ª edición. San José: Oficina Internacional del Trabajo; 2003.
- (74) MINSAL. Lineamientos Técnicos para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad. 2ª edición. El Salvador: MINSAL; 2018
- (75) Decreto Ejecutivo 202. Recuperado a partir de: <https://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2009/04-abril/14-04-2009.pdf>
- (76) Decreto Ejecutivo 56. Recuperado a partir de: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86392/97471/F1174021459/SLV86392.pdf>
- (77) ONUMUJERES. Declaración y Plataforma de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5 Recuperado a partir de: <http://beijing20.unwomen.org/es/about>
- (78) MINSAL. Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2018.
- (79) MINSAL. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2016.

- (80) MINSAL. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. 4ª edición. El Salvador: MINSAL; 2011.
- (81) MINSAL. Lineamientos técnicos para el desarrollo de "Círculos educativos con adolescentes embarazadas", 2ª edición. El Salvador MINSAL; 2015.
- (82) MINSAL. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en la RIIS. 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2018.
- (83) Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador. Informe Especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador; 2015
- (84) Ministra salvadoreña de Salud insta a Congreso a despenalizar el aborto. Contacto hoy Edición Mundial. 20 de abril de 2018. Recuperado a partir de: <https://contactohoy.com.mx/ministra-salvadorena-de-salud-insta-a-congreso-a-despenalizar-el-aborto/>
- (85) Lamas, M. Feminismo y prostitución: la persistencia de una amarga disputa. Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. Recuperado a partir de: [http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/051\\_02.pdf](http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/051_02.pdf)
- (86) OMS. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: Enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas; 1ª edición; Suiza: OMS; 2015. Recuperado a partir de: [www.who.int/hiv/pub/sti/sex\\_worker\\_implementation/es/](http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/es/)
- (87) MINSAL. Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadoras (es) del Sexo: 1ª edición. El Salvador: MINSAL; 2007
- (88) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía de Prevención VIH/SIDA. Mujeres Trabajadoras Sexuales; 1ª edición. Colombia: Ministerio de la Protección Social/ Fondo de Protección de las Naciones Unidas; 2011
- (89) OMS. Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 1ª edición. Suiza: OMS; 2013
- (90) Global Found. Informe técnico Consideraciones sobre los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que consumen drogas y las personas que viven en prisiones y otros entornos cerrados, en el contexto de la epidemia del VIH. Suiza: The Global Found; 2017. Recuperado a partir de: [https://www.theglobalfund.org/media/6300/core\\_keypopulations\\_technicalbrief\\_es.pdf?u=](https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technicalbrief_es.pdf?u=)
- (91) Sánchez Olvera, AR. Cuerpo y sexualidad, un derecho: Avatares para su construcción en la diversidad sexual. México; 2009.

- (92) Secretaria de Gobernación. Prevención Social de la Violencia. Manual de capacitación para la prevención de la violencia de género. 1ª edición. México; 2015
- (93) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). 1ª edición; Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2016
- (94) MINSAL. Política Nacional de Investigación para la Salud. El Salvador: MINSAL; 2016.
- (95) Global Forum for Health Research. Recuperado a partir de: <https://www.globalforumhealth.org> 2009
- (96) Adán, Carme. Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al ciborg. La Coruña: Spiralía Ensayo; 2006.
- (97) Gómez, Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública; 2002, 11(5-6): 454-461.
- (98) World Health Organization(WHO). Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. Ginebra: WHO; 2000. [Consulta: 26 de febrero, 2010]. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/tdr/publications/training-guideline-publications/operational-guidelines-ethics-biomedical-research/pdf/ethicssp.pdf>
- (99) JAnZEn, Bonnie. Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature. Centre of Excellence for Women's Health Program, Women's Health Bureau, Health Canada; 1998. [Consulta: 26 de febrero, 2010]. Recuperado a partir de: [http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh\\_external/pwhce/pdf/janzen.pdf](http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh_external/pwhce/pdf/janzen.pdf)
- (100) Aznar, T; Yago, S. Eguiluz, T. López, Oliveros, M. Palacio, T. Samitier, G. Lerendegui, M. El sexo y el género en la investigación en salud: las resistencias a la superación de un reto; 2016. Filanderas. Revista Interdisciplinar de Estudios Feministas (1), 27-44. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/ralai>
- (101) Eichler, Magrit; Reisman, Anna; Borins, Elaine. Gender Bias in Medical Research. Women and Therapy; 1992, 12(4): 61-70.

**Manual de capacitación en género y salud**

- (102) OPS (Organización Panamericana de la Salud). Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual. OPS, 2004 [Consulta: 26 de febrero, 2010]. <http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderWorkshop.pdf>
- (103) ISDEMU. Escuela de Formación para la Igualdad Sustantiva (EFIS). Glosario de Género, compilado. Tomos 1-5.
- (104) ONUMUJERES. Glosario de Términos. Recuperado de: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/print.php?id=150&mode=letter&hook=E&sortkey=&sortorder=asc&offset=>