



Análisis de las desigualdades de género

**para el *Programa de Asistencia Técnica* al
Ministerio de Salud, AID 10869**

Realizado por: Sabrina Drago, Experta de género para el *Programa de Asistencia Técnica* al Ministerio de Salud, AID 10869

Fecha: 2021

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo de la Agencia Italiana para la Cooperación al desarrollo. Los contenidos de esta publicación son de responsabilidad exclusiva de la consultora que elaboró el documento y no representa necesariamente el punto de vista de la Agencia

Índice

INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
DESCRIPCIÓN DE GÉNERO COMO UNA DETERMINANTE DE LA SALUD	8
EL ANÁLISIS DE GÉNERO	10
OBJETIVOS DEL ANÁLISIS: OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	12
METODOLOGÍA, HERRAMIENTAS Y FUENTES	13
Fase de estudio preliminar	14
Entrevistas individuales	17
Talleres (pre y post-test de evaluación)	17
Fuentes primarias: cuestionario estructurado para recoger datos e información sensible al género.	29
ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS	33
Aplicación de la matriz de género	59
Análisis y resultados	60
CONCLUSIONES PRINCIPALES	61
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXO	68

INTRODUCCIÓN

El presente documento se ha elaborado en el marco del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud Boliviano – II Fase AID 10869, implementado por la Agencia Italiana de Cooperación al Desarrollo – AICS en La Paz. El Programa responde a las exigencias presentadas por las instituciones nacionales en relación a las problemáticas relativas a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, programa piloto para el mejoramiento del diagnóstico y del tratamiento precoz del Cáncer de cuello uterino. El objetivo del análisis es describir la situación de salud de las mujeres identificando las principales diferencias y desigualdades de género en el ámbito de la salud y sus determinantes sociales, con particular atención al Cáncer del cuello uterino y la salud sexual y reproductiva, en tres localidades del País de Bolivia: en el área urbana El Rosal del Municipio de La Paz y en dos áreas rurales en los Municipios de Acasio y Toro Toro en el Departamento de Potosí. Los mandatos de salud pública contemporáneos abarcan una amplia gama de determinantes sociales de la salud, como el sexo, la igualdad de género, la pobreza y la equidad. En este documento se introducen los conceptos de género y se analizan las formas en que las normas, los roles y las relaciones de género afectan a los resultados y la respuesta en el ámbito de la salud. Al mismo tiempo, se reconoce que el género es una cuestión transversal que debe considerarse junto con otras fuentes de inequidades en la salud, como el acceso a los recursos económicos, la edad, la diversidad étnica y el desarrollo socioeconómico general del contexto en cuestión. En gran parte del trabajo en materia de género, el foco predominante ha sido tradicionalmente la mujer. Sin embargo, desde los años noventa se ha prestado creciente atención a las formas en que los hombres también son centrales para mejorar las relaciones de género, así como los efectos negativos que las normas de género pueden tener en su vida y en sus oportunidades. Cuando se trata de la salud, los roles, las normas y las relaciones de género, pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres y los hombres. Sin embargo, debido a la situación desfavorecida de las mujeres en el plano social, económico y político, a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de información y servicios de salud. Este análisis, adopta una perspectiva de género aportando evidencias para mostrar la forma en que los factores biológicos interactúan con las normas, los roles y las relaciones de género o factores socioculturales que afectan a la salud de las mujeres, los hombres y sus comunidades. El documento tiene también la función de emitir algunas recomendaciones al Ministerio de Salud, autoridades departamentales y municipales del Estado Plurinacional de Bolivia, para la elaboración de futuras políticas y planes de acciones, con el fin de que los

planes, programas y políticas, sean sensibles a la dimensión de género e incorporen una perspectiva de género en sus intervenciones. También tiene el fin de emitir recomendaciones para que se tomen medidas con el objetivo de promover la igualdad de género y la equidad en salud, y prevenir o reducir las consecuencias negativas de no tener en cuenta la perspectiva de género en los resultados de los programas de cooperación.

MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de “**desigualdad de género en salud**” nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta. La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

El concepto de **sexo** es un constructo biológico basado en los cromosomas sexuales, y manifestado en la anatomía, fisiología y hormonas, y esos atributos tienden a ser más o menos constantes a través de las sociedades. Habitualmente, este término suele usarse para designar diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres. El concepto de **género** parte de la idea de que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. A lo largo de la historia, todas las sociedades se han construido a partir de las diferencias anatómicas entre los sexos, convirtiendo esa diferencia en desigualdad social y política. **La desigualdad de género** surge cuando la sociedad transforma las diferencias sexuales (biológicas) en discriminaciones (culturales). Los conceptos de “división sexual del trabajo”, “el acceso diferencial a los recursos” y la “distribución del poder”, son categorías esenciales del sistema sexo-género esenciales para explicar y comprender cómo se producen y mantienen las desigualdades de género, incluyendo las que afectan a la salud. Hay que enfatizar que, aunque existan diferencias biológicas indudables entre sexos, el origen de las desigualdades de género es social, y por tanto, son susceptibles de ser modificadas y transformadas mediante las actuaciones sobre sus determinantes. El concepto de “**igualdad de género**” es uno de los elementos claves del enfoque de género. La OMS define este término como “la ausencia de discriminación, en base a las características sexuales de una persona, en oportunidades y distribución de los recursos o beneficios o en el acceso a los servicios” (OMS, 1998). Es decir, es un concepto relacionado con la “no discriminación por razón de sexo”, y tiene que ver con la igualdad en las oportunidades y en el acceso a los recursos de distinto tipo. A diferencia del concepto de igualdad, el concepto de “**equidad**” se refiere a la “justicia en la distribución de cargas y beneficios” (OMS, 1998). Aplicado a la salud, la equidad de género requiere un tratamiento adecuado a las necesidades de mujeres y hombres. Esto se basa en un tratamiento diferente, si las necesidades son distintas, e igual si estas necesidades son idénticas. Por ejemplo, las mujeres tienen mayores necesidades de atención a la salud por el hecho biológico de la reproducción. Si estas necesidades no son atendidas de forma diferenciada, dedicando los recursos adecuados para ello, estaremos ante una situación de falta de equidad, con graves

consecuencias en los resultados en salud. Las diferencias en salud entre mujeres y hombres no siempre suponen la existencia de desigualdades de género. Y de manera similar, la igualdad en los resultados en salud no indica necesariamente equidad en salud, ya que puede significar que las necesidades de uno y otro sexo no están siendo atendidas de manera adecuada.

Para comprender este patrón diferencial en la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, es imprescindible identificar los efectos de las desigualdades de género y los principales determinantes sociales de la salud, como los ingresos, el acceso a los recursos económicos, a la educación, al empleo y las condiciones laborales, la protección y el medio ambiente, los roles familiares y sociales. Conocer su influencia en la salud en las etapas clave es necesario para permitir la priorización de intervenciones que mejoren la salud de las niñas y las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital.

La equidad de género en salud consistirá en la eliminación de aquellas desigualdades evitables en las oportunidades de disfrutar de la salud y de no enfermar o morir por causas prevenibles. Las inequidades de género en salud abarcan las siguientes dimensiones:

- **Estado de salud y sus determinantes.**
- **Acceso efectivo a atención de acuerdo con necesidad.**
- **Financiamiento de la atención según capacidad de pago.**
- **Balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.**

No se trata de considerar ambos sexos por igual, sino de tener en cuenta las diferencias biológicas y sociales y las desigualdades en relación con los roles, recursos y poder.

DESCRIPCIÓN DE GÉNERO COMO UNA DETERMINANTE DE LA SALUD

Es importante identificar y describir como el género es una determinante social en la salud con un impacto fuerte en las mujeres, influyendo en el acceso a la salud y la calidad de vida. Los procesos de salud-enfermedad y de atención sanitaria que viven hombres y mujeres, son diferentes, y tales diferencias no están ligadas exclusivamente a la biología. Estas diferencias, en la medida en que se explican por factores sociales, y especialmente a través de los roles y estereotipos de género, resultan en desigualdades de salud injustas y evitables. Las pautas de la socialización de género suponen para las mujeres la asunción de roles de cuidado y trabajo del hogar, un determinado equilibrio y ajuste del desempeño laboral (si lo hay, en el mejor de los casos), una menor dedicación al ocio y descanso, y una suma de situaciones de sobrecarga física y emocional, que impacta de forma significativa en su salud. También los hombres se ven afectados por unos roles de género que condicionan su autovaloración personal al desempeño laboral, al triunfo económico, y a la sustentación del poder de decisión en diferentes esferas de su vida. Estas restricciones dictadas por la forma de entender tradicional la construcción de la masculinidad, junto a la limitación para expresar emociones, se refleja también en la salud de ellos mediante el padecimiento de determinados problemas de salud física y mental, y en una elevada exposición a conductas de riesgo para su salud. El género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar. En segundo lugar, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Las normas basadas en género son determinantes intermedios que se manifiestan en los hogares y las sociedades en base a valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las chicas frente a los chicos, a las mujeres frente a los hombres; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre la masculinidad y la feminidad, o sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones. Las mujeres tienen un acceso más reducido a las condiciones de vida materiales y sociales que favorecen la salud, están sometidas a un mayor estrés asociado a sus roles de género sociales y familiares, y tienen comportamientos de riesgo diferentes, por tanto, tienen una mayor exposición a

factores de riesgo para su salud. Por otro lado, los hombres y las mujeres difieren también en su vulnerabilidad a algunos de los determinantes sociales de la salud, ya que reaccionan de diferente manera que los hombres a las condiciones materiales, comportamentales y psicosociales que tienen que ver con la salud. Las normas y estereotipos de género condicionan diferencias entre hombres y mujeres en la percepción y evaluación del estado de salud, así como en los síntomas y en su disposición a actuar para proteger su salud o prevenir la enfermedad. Por ejemplo, mientras que los hombres acentúan la importancia de mantener una fortaleza física, las mujeres asocian más la idea de salud con bienestar y enfatizan la necesidad de no estar enfermas ni necesitar ver al médico, lo que a su vez está relacionado con sus roles de género y las necesidades de mantenerse en el cuidado de las personas que las rodean.

EL ANÁLISIS DE GÉNERO

El análisis de género es un análisis que permite identificar las cuestiones clave que contribuyen a crear las desigualdades de género para que éstas puedan ser debidamente tratadas. En este caso, se tratará de identificar las desigualdades de género en el ámbito de la salud, en particular relacionada al cáncer de cuello uterino (CaCu) y la salud sexual y reproductiva, en tres localidades del País de Bolivia: en el área urbana El Rosal del Municipio de La Paz y en dos áreas rurales en los Municipios de Acasio y Toro Toro en el Departamento de Potosí.

Las desigualdades de género crean una carga desproporcionada para las mujeres en la mayoría de sociedades debido a su situación socioeconómica inferior, la discriminación relacionada con el género, así como sus responsabilidades reproductivas. La palabra “género” a menudo se usa como sinónimo de decir “sexo”. Sin embargo, en el sector de la salud, es importante reconocer la distinción, ya que no podemos pasar por alto los factores biológicos, de la misma forma que no podemos pasar por alto los factores sociales que influyen en la salud.

En el análisis de género identificamos como los roles (por ejemplo productivo, reproductivo) y las normas de género (expectativas de la sociedad con respecto a actitudes y comportamientos aceptables de los hombres y las mujeres, los niños y las niñas) afectan la salud de los hombres y de las mujeres. Y como el acceso a los recursos (económicos, sociales, políticos, información y educación, tiempo, recursos internos) y su control, afectan la salud de las mujeres y los hombres.

Acceso es la disponibilidad a un recurso. **Control** es la capacidad para definir e influir y tomar decisiones obligatorias sobre el uso de un recurso. Acceso y control a los recursos son un componente importante del género. El acceso a los recursos y su control determina quién usa los servicios, la facilidad con que pueden usarse, quién decide qué servicios ofrecer, cómo se usan los recursos para la prevención, la atención y el mantenimiento de la salud, etc. el acceso a los recursos y su control ayudarán a revelar diferencias y a comprender la forma en que estas diferencias afectan a las mujeres y los hombres de manera positiva y negativa.

La igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres, las niñas y los niños se encuentren en igualdad de condiciones para realizar plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados. Es un derecho humano de todos y todas poder llevar una vida sana. Es un derecho humano de todos y todas tener las mayores posibilidades y apoyo para llevar una vida sana. A pesar

de este derecho, hay diferencias entre los hombres y las mujeres, los niños y las niñas, en cuanto a la exposición a riesgos, la vulnerabilidad a enfermedades y la mortalidad. Esta es la razón por la cual los y las trabajadoras de salud y los encargados de la planificación tienen que prestar atención a la igualdad de género en:

- Reconocer los desequilibrios tradicionales en el sistema de salud.
- Hacer que el sistema de salud responda mejor a las necesidades de salud de las mujeres.
- Equidad en el acceso, el tratamiento y los resultados para los hombres y las mujeres, las niñas y los niños.

El objetivo de la igualdad de género (justicia en la distribución del poder y los recursos sociales) es que ambos sexos tengan las mismas oportunidades y posibilidades. Pero eso no basta. Para alcanzar la igualdad de género en términos generales (incluso en la salud) se requerirán medidas específicas a fin de disminuir las desigualdades existentes entre las mujeres y los hombres. La igualdad de género se refiere a la igualdad de oportunidades, mientras que la equidad de género se refiere a la justicia en la distribución de los bienes y los recursos, que puede incluir la rectificación del desequilibrio entre los sexos.

Las normas y los roles de género suelen ser jerárquicos y privilegian a un grupo, creando relaciones de poder desiguales entre los sexos. Con respecto a la salud, el género afecta a la salud debido a la falta de atención de las diferencias entre mujeres y hombre, la falta de participación de las mujeres en la toma las decisiones, al limitado acceso a la atención de salud y el uso inadecuado de los servicios de salud, debidos a factores culturales y socioeconómicos.

OBJETIVOS DEL ANÁLISIS: OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

El **objetivo general** es realizar un análisis de las principales desigualdades de género en relación a la situación de salud de las mujeres, identificando las principales diferencias y desigualdades en el ámbito de la salud y sus determinantes sociales en el marco del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud Boliviano – II Fase AID 10869 ejecutado por el Agencia Italiana de Cooperación al Desarrollo – AICS en La Paz.

El análisis de género quiere proporcionar una perspectiva de las cuestiones relacionadas con la igualdad, el enfoque de género y su transversalidad, entender y documentar los diferentes roles, necesidades, capacidades, acceso y vulnerabilidades de mujeres, hombres, que han participado en el Programa. Identificar la ceguera de género, visibilizar y deconstruir roles y estereotipos de género que se encontrarán y se visibilizan a través del análisis.

Objetivos específicos: analizar las desigualdades de género en el ámbito de la salud, con particular atención al Cáncer de cuello uterino (CaCu) y la salud sexual y reproductiva, en tres localidades del País de Bolivia: en el área urbana El Rosal del Municipio de La Paz y en dos áreas rurales en los Municipios de Acasio y Toro Toro en el Departamento de Potosí.

La perspectiva de género, permite también abordar la diversidad y, por tanto, trabajar un criterio donde se pueda analizar la interseccionalidad de diferentes tipos de vulnerabilidades o discriminaciones que pueden darse en una persona o grupo, atendiendo a factores como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, la zona de residencia, la etnicidad o la pertenencia a grupos específicos de población.

Reconociendo la función de las diferencias y las desigualdades de género en la salud de las mujeres y los hombres y de acuerdo con su preocupación de larga data por la equidad en salud, en el 2002 la OMS adoptó una política interna de género con el siguiente objetivo:

“[...] procurar que en toda investigación, política, programa, proyecto e iniciativa, tengan en cuenta los temas de género. Esto ayudará a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y, en último término, el efecto de las intervenciones de salud tanto para las mujeres como para los hombres, contribuyendo al mismo tiempo al logro de la meta general de las Naciones Unidas en lo que se refiere a la justicia social.”

METODOLOGÍA, HERRAMIENTAS Y FUENTES

Para la realización del análisis de género se han utilizado diferentes fuentes y herramientas:

- Para el **estudio preliminar**: resultados de las desigualdades de género que se encuentran en el documento de la línea base del proyecto: *“Para la prevención del cáncer de cuello uterino (CACU) y aumento de la práctica de las pruebas de Papanicolaou (PAP), en los municipios de Torotoro, Acasio y zona El Rosal (2020)”*.

- **Entrevistas individuales**: se hicieron entrevistas individuales a las y los participantes que fueron parte de los procesos de capacitación en los diferentes municipios de intervención. Las entrevistas se realizaron con servidores de salud en el municipio de Torotoro y Acasio y en la zona el Rosal se logró entrevistar algunas de las mujeres participantes.

- **Talleres (pre y post-test de evaluación)**: una de las herramientas que se ha utilizado para el análisis de género y que se encuadra en la metodología IAP – Investigación Acción Participativa, son los talleres que se realizaron en el marco del Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud- II Fase, y que incluyen dinámicas participativas. Este tipo de dinámicas tienen como objetivo metodológico no solo recoger datos cualitativos, sino también despertar la toma de conciencia de quienes participan.

- **Fuentes primarias**: cuestionario estructurado para recoger datos e información sensible al género. Se ha construido un cuestionario que se ha distribuido e implementado en las en tres localidades del País en donde se ha implementado el proyecto: en el área urbana El Rosal del Municipio de La Paz y en los Municipios de Acasio y Toro Toro en el Departamento de Potosí.

Fase de estudio preliminar

La primera fase de estudio preliminar, se basó en el análisis de los resultados de las desigualdades de género que han salido en el documento de la línea base del proyecto: *“Para la prevención del cáncer de cuello uterino (CACU) y aumento de la práctica de las pruebas de Papanicolaou (PAP), en los municipios de Torotoro, Acasio y zona El Rosal (2020)”*, estudio llevado a cabo por el Centro de Promoción de la mujer Gregoria Apaza (CPMGA), organización de la sociedad civil que ha desarrollado la consultoría e implementación de las actividades de información, educación y comunicación, en el marco del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud Boliviano – II Fase AID 10869. La construcción de la línea base, se centró en la aplicación de una encuesta dirigida a hombres y mujeres mayores de 25 años. Se aplicó una muestra aleatoria para encuestas, además de realización de grupos focales por municipio que asciende a un total de 307 personas (230 mujeres y 77 hombres). La mayoría de la población que participó del proceso de recolección de información respecto a la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y aumento de la práctica de las pruebas de Papanicolaou son mujeres jóvenes, con una edad comprendida entre los 25 a 35 años. De los resultados de la línea base en función a las variables de conocimiento e información, actitudes, prácticas, medios de información y comunicación, se evidencia que:

Conocimiento e Información:

- No hay conocimiento e información sobre derechos, menos del derecho a la salud y Cáncer de Cuello Uterino (CACU).
- La población asegura conocer el cáncer de cuello uterino como cáncer de matriz, pero solo de nombre, desconocen las causas y consecuencias de ser una enfermedad terminal o mortal.
- En el área rural los hombres no quieren hablar del cáncer de cuello uterino.
- Hombres y mujeres conocen la prueba del Papanicolaou como un examen y/o prueba de prevención muy propia para y de las mujeres.
- La población encuestada identifica que el cáncer se puede curar en la etapa de inicio con tratamiento médico, cirugías y/o quimioterapia, sin embargo, otras personas manifiestan que para curar el cáncer de cuello uterino este puede tratarse comiendo frutas, tomar mates y la medicina natural.

Actitudes:

- No existe una comprensión del cuidado del cuerpo y lo relacionan con alimentación, control médico, aseo personal, ejercicios, descanso y dieta.
- La corresponsabilidad del cuidado del cuerpo de las mujeres es asumido por la familia, el esposo y/o pareja solo cuando existe recomendaciones médicas en situaciones de enfermedad, asumiendo el cuidado de los niños/as.
- Los hombres encuestados evitan hablar de temas de salud de sus esposas, pues consideran que es un asunto de mujeres.
- No existe una cultura de acudir al médico periódicamente para un control de salud, se asiste en situaciones de enfermedad de la familia y embarazo.
- En los municipios de Potosí, las mujeres no asisten al centro de salud porque existe mucha desconfianza por parte de su esposo y/o pareja cuando el médico es varón por ello optan en que sean acompañadas por un familiar en su mayoría por sus hijas/os.
- Existe un reconocimiento de que todas las mujeres deben hacerse la prueba del Papanicolaou, pero desconocen desde cuándo deben hacerlo y tienen preferencia que este procedimiento debe ser realizado por una mujer médico.
- Existe un acuerdo de aceptación de la pareja y la familia para la toma de prueba del PAP con el fin de evitar y prevenir el cáncer.
- En los municipios de Potosí, las mujeres solicitan capacitaciones e información para toda la comunidad para que sean apoyadas y evitar los problemas de desconfianza que limitan su acceso a los centros de salud.
- La reacción de la población frente a una detección de cáncer de útero es susto, miedo, tristeza de perder a la esposa, madre o pariente mujer cercana. En cambio, los hombres muestran cierta pasividad y conformismo, su respuesta se centra en buscar información, llevándolos a los controles médicos.

Prácticas:

- Más del 75% de las mujeres que se realizaron el PAP desconfían de los centros de salud porque no reciben sus resultados a tiempo, motivo por el cual deciden no volver al centro de salud.
- El 17% de las mujeres no recuerdan o nunca se realizaron la prueba del PAP.
- Pero en el área rural esta situación es peor porque los resultados no son devueltos según entrevistadas, por tanto, existe la desconfianza y no vuelven a hacerse la prueba.
- El machismo incide para que los hombres limiten a sus parejas a realizarse la prueba de PAP.

- Más del 80% entre hombres y mujeres afirman que un familiar (madre, cuñada, hermana, tía, prima, abuela, bisabuela, una misma) tienen o tuvieron cáncer de cuello uterino.
- Reconocen que la prueba del PAP es una medida de prevención pero no priorizan la toma de la prueba.
- Un porcentaje menor de mujeres recurren a la medicina natural como método de prevención del CACU (vapores, lavados de manzanilla, orín, *noni*, *auja auja* o *cuti cuti*, ruda y vinagre con agua).
- Las mujeres prefieren ir solas a la toma de prueba del PAP por la vergüenza que sienten frente a su pareja.
- Se asume que el CACU es un tema que tiene que ver sólo con las mujeres.
- Las mujeres asisten a los centros de salud con preferencia por las tardes después de haber concluido el trabajo doméstico.

En conclusión, entre los principales resultados de la línea base en los tres municipios de intervención, podemos evidenciar los siguientes:

- No existe corresponsabilidad del cuidado de la salud de las mujeres por parte de la familia, en los 3 municipios.
- No se prioriza la salud preventiva en los municipios de intervención por cuestiones culturales y patriarcales, como celos, desconfianza, etc.
- Las mujeres reconocen que deben realizarse el Papanicolaou pero desconocen cuándo deben realizarse las pruebas.
- Existe demanda para involucrar a la familia y comunidad en la realización de las pruebas (Papanicolaou y VPH).
- Más del 75% de las mujeres de los municipios de intervención se hicieron la prueba en la gestión 2019, pero no realizan el seguimiento para la devolución de los resultados.
- Ausencia de información sobre cáncer de cuello uterino en los 3 municipios de intervención.
- Existe mucha recurrencia a la medicina tradicional para la prevención del cáncer de cuello uterino en los 3 municipios de intervención.

Los resultados de la línea base en detalle se encuentran en el Informe de Línea Base para la prevención del CACU y aumento de la práctica de las pruebas Papanicolaou (PAP) en los municipios de Acasio, Torotoro y Zona El Rosal. Cabe resaltar, que la línea base generó insumos para el estudio preliminar del análisis de género en cuanto al conocimiento del estado de situación de las relaciones de género de cada municipio de intervención del Programa.

Entrevistas individuales

Se hicieron entrevistas individuales a algunas de las y los participantes que estuvieron en los procesos de capacitación en los diferentes municipios de intervención. Las entrevistas se realizaron con servidores de salud en el municipio de Torotoro y Acasio y en la zona el Rosal se logró entrevistar las mujeres participantes del Programa. Se evaluaron las siguientes dimensiones:

- ❖ **El cuidado** (medidas de cuidado personal, tiempos de descanso) y la distribución de las responsabilidades (tareas del cuidado de la familia, de la casa, trabajo doméstico).
- ❖ **Autonomía económica** (administración autónoma del dinero o dependencia de alguien).
- ❖ **Necesidades básicas** (acceso al agua potable, satisfacción de las comidas diarias, acceso a comunicación, acceso a transporte).
- ❖ **Acceso a la Salud** (acceso a la salud pública o privada, grado de autonomía en la decisión de ir al médico, cercanía del centro de salud, personal de salud).
- ❖ **Salud Sexual y Reproductiva** (utilizo de métodos anticonceptivos, autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas con respecto al propio cuerpo, realización de exámenes de Papanicolau y mamas).

En el capítulo de análisis de los datos obtenidos, se reportan algunas percepciones y breves entrevistas individuales, que se hicieron a diferentes personas participantes de los procesos de capacitación en los tres municipios de intervención.

Talleres (pre y post-test de evaluación)

Entre las fuentes utilizadas para el análisis de género, también se encuentran algunos de los resultados de los talleres de formación que se han realizado en el marco del “Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud- II Fase AID 10869”, implementados por la organización consultora Centro de Promoción de la mujer Gregoria Apaza (CPMGA). Los talleres responden al Plan de formación y sensibilización para la prevención del Virus del

Papiloma Humano, con enfoque en educación sexual e igualdad de género para estudiantes y profesores de 30 escuelas secundarias de las áreas de intervención priorizadas por el Programa (Municipio de Acasio, Municipio de Torotoro, Zona El Rosal de la ciudad de La Paz). En este sentido, a través del Programa, se han logrado ejecutar **16 talleres** con **306 profesores y profesoras**, **13 talleres** con **263 adolescentes y jóvenes**, y **14 talleres** con una cobertura total de **402 participantes (351 mujeres y 51 hombres)** y un promedio de participación real de **89 padres y madres de familia (78 mujeres y 11 hombres)** que pueden ser considerados como agentes de cambios, pertenecientes a **17 unidades educativas** de los municipios de intervención. Los talleres abordaron diferentes temas, entre los cuales: prevención del Cáncer de Cuello Uterino (CACU) y Virus de Papiloma Humano (VPH), autoestima y contención emocional, derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR), masculinidades para transformar las relaciones de poder, entre otros.

Como fuentes relevantes para el análisis de género, se utilizaron los pre y post-test de evaluación¹, que se aplicaron como parte del proceso metodológico al comienzo y al final de cada taller, para medir el nivel de conocimiento inicial y el aprendizaje adquirido, a las y los participantes, en relación a las temáticas abordadas.

En seguida, se reportan algunos de los resultados más relevantes, que han salido de los talleres:

En relación a la formación con los profesores de las instituciones educativas, los contenidos de los talleres abordaron Derechos Sexuales y Reproductivos y prevención del CACU y VPH. Estos, fueron estratégicamente seleccionados con el fin de reducir la mortalidad de las mujeres por cáncer de cuello uterino, en este sentido, las sesiones plantean información básica para concientizar sobre la problemática y generar acciones de prevención en el entorno educativo, a partir de la corresponsabilidad del cuidado del cuerpo de las mujeres desde la promoción del diagnóstico temprano.

De acuerdo a los resultados obtenidos², se evidencia que la mayoría de las personas participantes, no tenía ningún conocimiento de las temáticas que se abordaron. Al inicio del taller un 97% de los participantes no tenían ningún conocimiento, el 3% tenía algunas ideas centrales.

¹ Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

² Anexo 18: Resultados de capacitación a profesores/as por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

EVALUACIÓN PRE TEST
Comprensión del taller: CACU y VPH (04/12/2020)



Al concluir los talleres de formación, el 62% reconoce los Derechos Sexuales y Reproductivos, el 6% todavía no identifica claramente cuáles son los Derechos Sexuales y Reproductivos, mientras que el 32% de los participantes han manifestado algunas ideas centrales del tema³.

Con relación a los adolescentes y estudiantes, se estructuró un plan de formación con nueve sesiones que abordaron los temas: masculinidades para transformar las relaciones de poder, derechos sexuales y derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, cuidado de los cuerpos, embarazo adolescente y su prevención, autoestima y plan de vida.

De los resultados de la evaluación pre-test⁴ en los tres municipios, se evidencia un desconocimiento casi total de todas las temáticas abordadas. Y la mayoría de percepciones de los estudiantes reproducen estereotipos de género y perpetúan roles de género, que se repiten en todas las temáticas abordadas en los talleres de formación.

A la pregunta “**Quiénes tienen más derechos entre hombres y mujeres**” en ninguno de los tres municipios, los jóvenes en la evaluación pre-test no identifican que tienen derechos por igual. Solamente después de los talleres de formación logran identificar que las mujeres y los hombres tienen igualdad de derechos⁵.

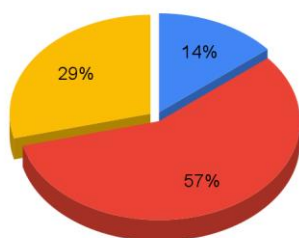
³ Anexo 18: Resultados de capacitación a profesores/as por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

⁴ Anexo 20: Resultados de capacitación a adolescentes de unidades educativas por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

⁵ Ibid.

EVALUACIÓN PRE TEST

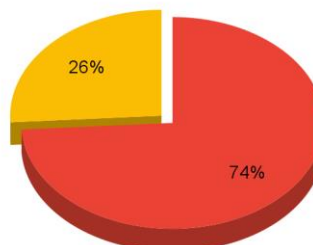
Comprensión del taller: MASCULINIDADES (01/04/2021)



- No hay comprensión de la pregunta, pero demuestra que los hombres tienen más derechos que las mujeres
- No hay comprensión de la pregunta, pero se inclina a que las mujeres tienen más derechos
- Hay comprensión de la pregunta, demostrando que hombres y mujeres tienen derechos por igual

EVALUACIÓN POST TEST

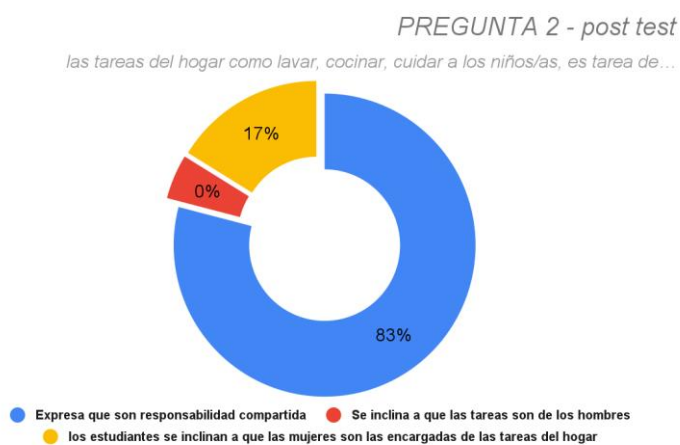
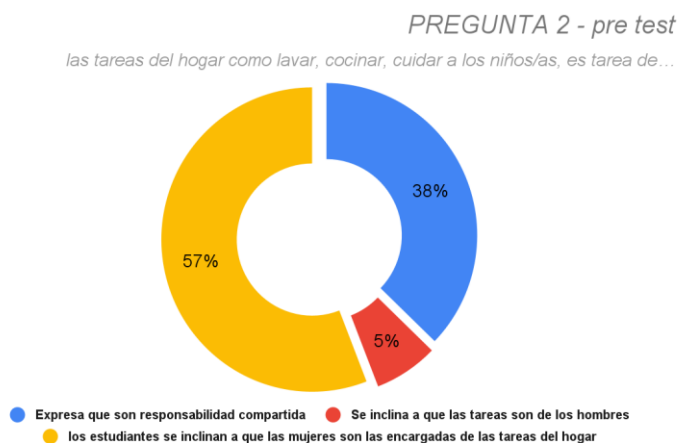
Comprensión del taller: MASCULINIDADES (01/04/2021)



- No hay comprensión de la pregunta, pero se inclina a que las mujeres tienen más derechos
- Hay comprensión de la pregunta, demostrando que hombres y mujeres tienen derechos por igual

A la pregunta “**las tareas del hogar como lavar, cocinar, cuidar a los niños/as, es tarea de**”...

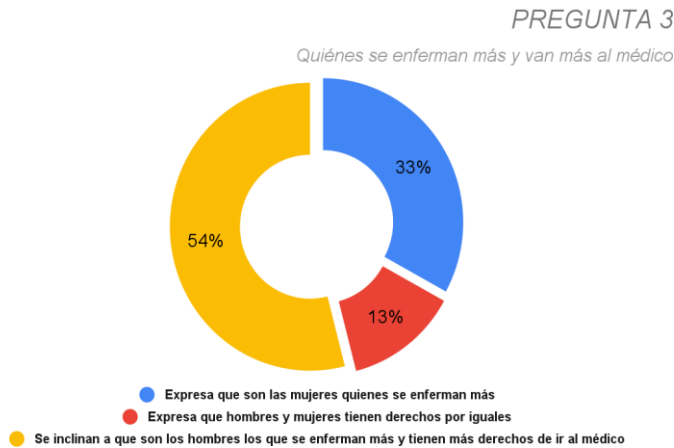
El 57% de los estudiantes se inclina a que las mujeres son las encargadas de las tareas del hogar, el 5% se inclina a que las tareas son de los hombres, el 38% expresa que son responsabilidad compartida. Solamente después de la formación, el 0% de los estudiantes indica que son tareas que pertenecen al hombre, el 17% indica que son tareas que corresponden a las mujeres, el 83% reconocen que son tareas compartidas⁶.



⁶ Anexo 20: Resultados de capacitación a adolescentes de unidades educativas por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

A la pregunta de “**Quiénes se enferman más y van más al médico**”

El 54% se inclinan a que son los hombres los que se enferman más y tienen más derechos de ir al médico. El 33% expresa que son las mujeres quienes se enferman más. Solamente 13% expresa que hombres y mujeres tienen derechos por iguales⁷.



Como se puede ver en los resultados de las evaluaciones de conocimiento pre y post-test, se evidencia como los conocimientos de las y los jóvenes tienden a reproducir roles de género que responden a las normas de género. En los talleres sobre **Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR)**, se evidencia información muy importante en cuanto a las percepciones de los estudiantes que reproducen roles y estereotipos de género y su impacto en los comportamientos con relación a la sexualidad. Esto apunta a reconocer que socialmente existe un conjunto de ideas, representaciones y creencias basadas en que hay cosas propias de hombres y de mujeres, significados que son transmitidos y reforzados en las personas como parte de su proceso de identidad. En el caso del género, se observa una fuerte influencia en las vivencias de la sexualidad a partir de los deberes asociados a lo femenino y lo masculino. De esta manera, los comportamientos de las mujeres están cargados de un tinte tradicional, donde se les asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros. Y es justo en este tipo de contrastes donde se puede reflejar que aunque los jóvenes cuentan con información sobre el uso de métodos anticonceptivos, su puesta en marcha está rodeada de una serie de resistencias y obstáculos sociales y psicológicos que tienen que ver con el arraigo de creencias tradicionales en función de los géneros, tal como lo muestran los resultados de los pre-test⁸. El 100% de las y los

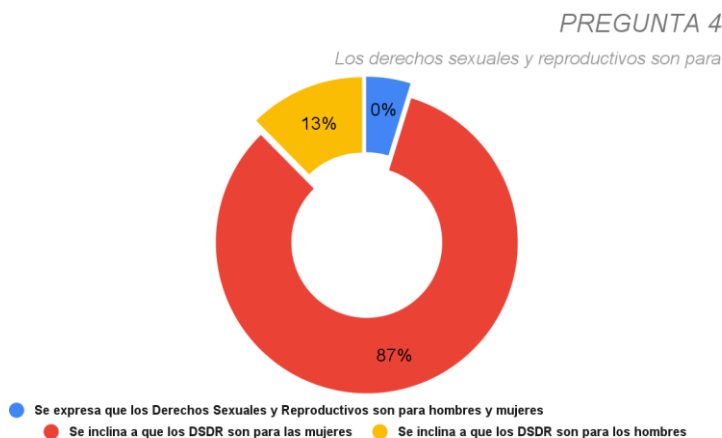
⁷ Anexo 20: Resultados de capacitación a adolescentes de unidades educativas por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

⁸ Evaluación general de comprensión pre y post test talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos con adolescentes, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

participantes en los dos municipios de Acasio y Toro Toro, concuerdan en que el uso del condón es solamente para los hombres. Se asocia con los estereotipos masculinos, de esta forma en que los jóvenes creen que las mujeres no deben comprar condones, hace probable que también creen que sólo los hombres deben aprender a usarlo correctamente. El uso del condón es uno de los tópicos más resistentes al cambio, principalmente porque a través de esto los varones reafirman su masculinidad y ejercen el poder sobre las mujeres. Por tanto, las construcciones de género no sólo implican la asignación de tareas diferentes a hombres y mujeres, sino que establecen y fomentan desigualdad e injusticia; para ellas hay mayor impacto y desventaja. Respecto a estas desventajas, los costos derivados de los obstáculos para que los y las jóvenes tomen decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar, limitan sobre todo el desarrollo de las mujeres, pues son quienes tienen que asumir casi la totalidad de la responsabilidad de un embarazo no deseado y también las únicas que tienen que prevenir el embarazo, frente a una desresponsabilización de los hombres. Se analizan los estereotipos y los roles de género que permean sus conductas y actitudes frente a los derechos sexuales y reproductivos.

⁹A la pregunta “**Los derechos sexuales y reproductivos son para..**”

El 87% se inclina a que los DSDR son para las mujeres. El 13% se inclina a que los DSDR son para los hombres. Ninguna persona entre las participantes expresa que son para ambos (0% expresa que los Derechos Sexuales y Reproductivos son para hombres y mujeres).



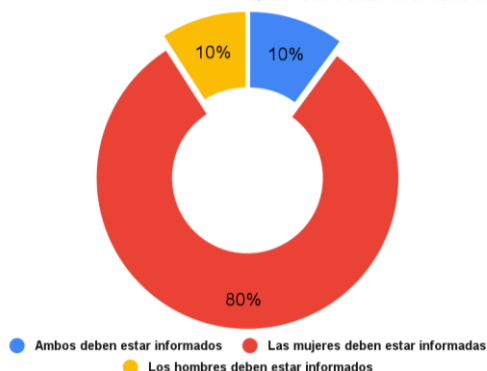
¹⁰A la pregunta “**Quién debe estar informado sobre los DSDR**” el 80% indica que las mujeres deben estar informadas. El 10% los hombres, el 10% ambos.

⁹ Evaluación general de comprensión pre y post test talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos con adolescentes, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

¹⁰Ibid.

PREGUNTA 5

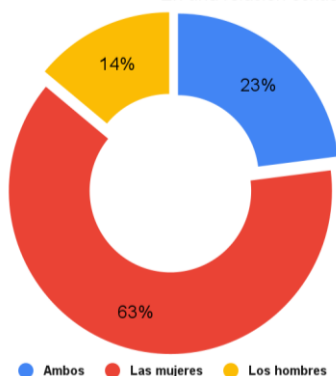
Quién debe estar informado sobre los DSDR



¹¹A la pregunta “**En una relación sexual quien debe protegerse**” el 63% responde que son las mujeres quienes deben cuidarse, el 14% los hombres, el 23% ambos.

PREGUNTA 6

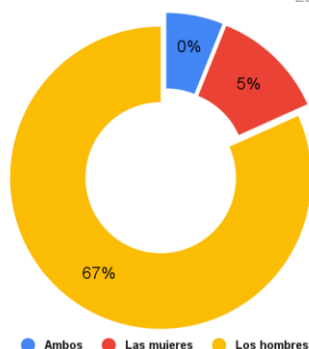
En una relación sexual quien debe protegerse



¹²A la pregunta “**La sexualidad es propia de..**” el 67% identifica que la sexualidad pertenece a los hombres, el 5% a las mujeres, 0% de ambos. Solamente después de las formaciones expresan que la sexualidad pertenece a ambos, hombres y mujeres.

PREGUNTA 7

La sexualidad es propia de



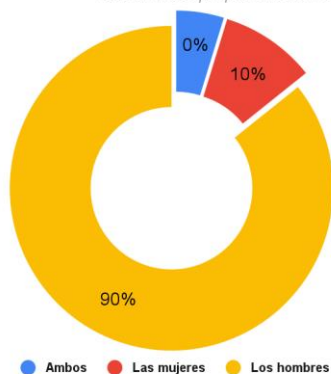
¹³“**Quien debe proponer una relación sexual en la pareja**” el 90% indica que los hombres, el 10% las mujeres, 0% ambos.

¹¹ Evaluación general de comprensión pre y post test talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos con adolescentes, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

¹² Ibid.

PREGUNTA 8

Quien debe proponer una relación sexual en la pareja

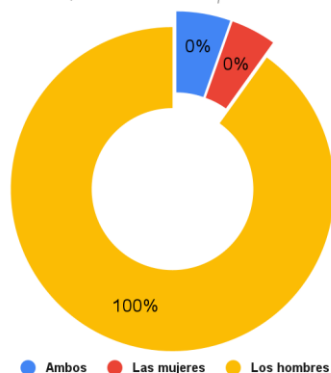


En las temáticas sobre **sexualidad y prevención del embarazo adolescente** en los municipios de Toro Toro y El Rosal:

¹⁴A la pregunta “**Quien debe usar el preservativo en las relaciones sexuales**” el 100% expresa que los hombres, 0% las mujeres, 0% ambos.

PREGUNTA 9

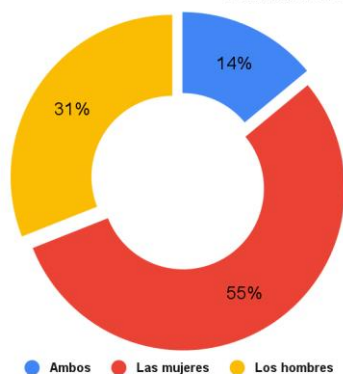
Quien debe usar el preservativo en las relaciones sexuales



¹⁵“**Los métodos anticonceptivos son para**” 31% hombres, 55% mujeres, 14% ambos.

PREGUNTA 10

Los métodos anticonceptivos son para

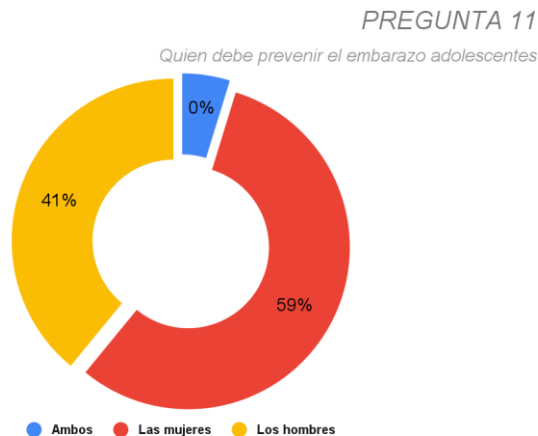


¹³ Evaluación general de comprensión pre y post test talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos con adolescentes, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶“**Quien debe prevenir el embarazo adolescentes**” 41% los hombres, 59% las mujeres, 0% ambos.



En las temáticas abordadas sobre cuidado del cuerpo, a la pregunta¹⁷ “**Quién debe tener más acceso personal**” el 47% expresan que son las mujeres quienes deben tener más aseo y cuidado personal, el 27% que son los hombres, y el otro 27% expresan que son ambos.

¹⁸“**Quien debe cuidar el cuerpo y la salud**” 53% hombres, 27% mujeres, 20% ambos.

Con respecto a las formaciones con las madres y padres de familia, también se evidencia un desconocimiento casi total de los temas abordados. Se resalta que en los tres municipios, hubo una mayor participación de mujeres en los talleres de capacitación (88% mujeres). El 22% de hombres que participaron en los talleres, eran representantes de la comunidad y tienen la responsabilidad de asistir a los espacios de capacitación, sin embargo, ellos tienen la percepción de que estas capacitaciones son de interés de las mujeres. También en este proceso, se refleja cómo se reproducen los roles de género y se evidencian desigualdades de género en cuanto al tiempo dedicado al cuidado del cuerpo, responsabilidad de las tareas familiares, falta de corresponsabilidad de los hombres en las tareas de cuidado. El hecho de que las mujeres son las que más han participado en los procesos de formación, demuestra que las mujeres son las que asumen las responsabilidades del cuidado del cuerpo, por los roles tradicionales que se les asigna y que tiene que ver con el cuidado de la familia. Mientras que los hombres siguen reproduciendo estereotipos de género frente al cuidado, que no forma parte de su responsabilidad, el cual es asignado a un miembro de la familia principalmente femenino (madres, hijas, hermanas, primas y otras).

¹⁶ Evaluación general de comprensión pre y post test talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos con adolescentes, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

Si bien no se tomaron evaluaciones pre y post-test de los temas desarrollados, al concluir los talleres se captaron las percepciones de las formas de pensar en relación a los temas abordados¹⁹: las mujeres ampliaron sus conocimientos respecto a la prevención del CACU y requisitos para ser atendidas en las pruebas del VPH, asimismo, sus percepciones manifestadas durante el taller demuestran su predisposición para realizarse la prueba VPH y de esta manera prevenir el CACU, manifiestan su preocupación por el trato que reciben en los centros de salud, el desinterés que muestran sus parejas en el cuidado y sanación de su cuerpo. De manera general, las participantes del taller ampliaron sus conocimientos en relación a cómo las prácticas machistas afectan a las relaciones de género. También las percepciones identificadas demuestran la expectativa de que algún día los hombres asuman los roles domésticos como parte de su corresponsabilidad. Las percepciones demuestran que las mujeres participantes del taller reconocen los roles domésticos, deben ser responsabilidad de todas y todos, a pesar de que eso no se presenta en todas las familias, existe una idea equivocada entre responsabilidad y ayuda; también identifican que mejorar las relaciones en la familia coadyuvaría en la corresponsabilidad del cuidado y promovería el acceso de las mujeres al derecho de la salud, además, expresan la necesidad de sentirse apoyadas si los esposos e hijos/as las acompañan al centro de salud.

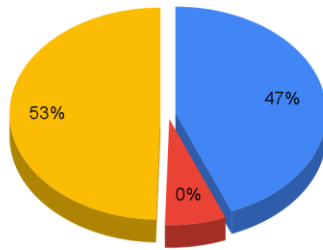
Con respecto a las formaciones con las y los operadores de salud, de acuerdo a los resultados obtenidos del taller de Derechos Sexuales y Reproductivos, se evidencia que no hay una comprensión total de las temáticas.²⁰ En las evaluaciones pre-test, el 0% de participantes comprende totalmente el significado de Derechos Sexuales y Reproductivos, el 47% rescata algunas ideas centrales del significado y el 53% no comprende el significado. No obstante las y los operadores de salud trabajan en esta área, de los resultados, se evidencia que no hay un conocimiento pleno de las temáticas abordadas relacionadas con el Cáncer de Cuello Uterino (CACU), el Virus de Papiloma Humano (VPH), los derechos sexuales y reproductivos, Enfermedades de Transmisión Sexuales, y principalmente del CACU desde el cuidado del cuerpo, la responsabilidad y la corresponsabilidad.

¹⁹ Anexo 21: Seguimiento a los procesos de capacitación a padres y madres de familia por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

²⁰ Anexo 22: Resultados de capacitación a operadores/operadoras de salud por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

EVALUACIÓN PRE TEST

Comprensión del taller: CACU y VPH (02/12/2020)

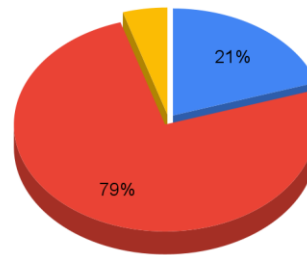


● No hay comprensión de la pregunta, pero rescata ideas centrales del significado
 ● Hay comprensión del significado ● No hay comprensión del significado

Al inicio del taller un 53% de los participantes no tenían conocimiento del tema, el 47% tenía algunas ideas centrales.

EVALUACIÓN POST TEST

Comprensión del taller: CACU y VPH (02/12/2020)



● No hay comprensión de la pregunta, pero rescata ideas centrales del significado
 ● Hay comprensión del significado ● No hay comprensión del significado

²¹Al concluir el taller el 21% de los participantes manifiestan algunas ideas centrales del tema, y el 79% comprendió a cabalidad el contenido del taller. El abordaje de esta temática permitió reflexionar en torno al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos para evitar situaciones de discriminación y revictimización. A nivel de conocimiento adquiridos en relación al tema de Derechos Sexuales y Reproductivos, se evidencia que las/os operadores/as de los centros de salud, iniciando el taller un 53% de los participantes no tenían conocimiento del tema, el 47% tenía algunas ideas centrales; Al concluir el taller el 2% todavía no identifica claramente cuáles son los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, mientras que el 21% de los participantes manifiestan algunas ideas centrales del tema, y el 79% comprendió los contenidos del taller.

²¹ Anexo 22: Resultados de capacitación a operadores/operadoras de salud por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

También en abordar las temáticas de “atención con calidad y calidez en salud”, en los tres municipios, los resultados de los pre-test de evaluación muestran que la mayoría de participantes tienen un desconocimiento del tema. Solamente después de la formación, se logra una comprensión plena de las temáticas y sus significados.

Respecto a la formación con autoridades municipales, se evidencia también un desconocimiento general de las temáticas abordadas. De acuerdo a los resultados obtenidos del taller de prevención del CACU y VPH²², evidenciamos que al inicio del taller un 71% de las participantes no tenían conocimiento del tema, el 21% tenía algunas ideas centrales y el 8% conocía cuál era la población de mayor riesgo; Al concluir el taller el 11% de los participantes manifiestan algunas ideas centrales del tema, mientras que el 89% comprendió los contenidos de los talleres. De acuerdo a los resultados obtenidos del taller de derechos sexuales y derechos reproductivos, evidenciamos que al inicio del taller un 14% de los participantes no tenían conocimiento del tema, el 24% tenía algunas ideas centrales y el 62% no conocía del tema; Al concluir el taller el 10% de los participantes manifiestan algunas ideas centrales del tema, y el 90% comprendió los contenidos del taller.

Cabe resaltar la importancia de los procesos educativos y formativos con perspectiva de género relacionados con el área de salud. Los pre-test de evaluación demuestran que la mayoría de participantes en los procesos formativos (profesores, estudiantes, madres y padres de familia, operadores sanitarios) tenían total, o casi total, desconocimiento de todas las temáticas abordadas. A través de los talleres formativos se logra una concientización de las personas participantes sobre los temas. En las evaluaciones post-test se evidencia un cambio de las percepciones y una toma de conciencia sobre las temáticas abordadas.

Fuentes primarias: cuestionario estructurado para recoger datos e información sensible al género.

La herramienta principal que se construyó para el análisis de género, fue un cuestionario estructurado en 39 preguntas para la relevación de datos sensibles al género en el que

²² Anexo 23: Resultados de capacitación a autoridades y organizaciones por municipio, Informe final consultoría: Programa de asistencia técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869, municipios de Acasio y Toro Toro, zona El Rosal municipio de La Paz.

participaron 450 personas, que han sido involucradas en las diferentes fases del Programa. Para la recolección de datos, lo primero ha sido identificar las dimensiones y las subdimensiones que se iban a analizar en relación a las desigualdades de género en salud. Se han recogido los datos cuantitativos y cualitativos a través de un instrumento que se ha construido para la recolección (**ANEXO 1**). Para el Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud – II Fase AID 10869, hemos tomado en cuenta tres principales dimensiones y sus relativas subdimensiones:

- ❖ **Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud:** grado de instrucción, ocupación, el cuidado y el tiempo del cuidado, autonomía económica, necesidades básicas;
- ❖ **Desigualdades de género en el estado de salud:** salud sexual y reproductiva, violencias;
- ❖ **Desigualdades de género en la atención sanitaria:** acceso a los servicios sanitarios, atención sanitaria, atención a la salud reproductiva;

Para seleccionar los datos a incluir, se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- **Desagregación por sexo**

Se han recopilado y analizado los datos desagregados por edad, sexo, estado civil, autoidentificación étnica, lugar de residencia, grado de instrucción, ocupación. Se calculan los resultados de algunos indicadores estratificados por las siguientes variables:

- ❖ Edad (Rango de 13 a 18, 19 a 25, 26 a 35, 36 a 45, 46 en adelante)
- ❖ Sexo (Mujer; Hombre; Otro)
- ❖ Estado civil (Casado/a; soltero/a; unión libre; separada/o; jefatura de hogar; otro)
- ❖ Número de hijos (Mujeres.../Hombres...)
- ❖ Autoidentificación étnica (Aymara; Blanca; Mestiza; Mojeño; Ninguna; Quechua; Otra)
- ❖ Nivel educativo (ningún estudio, estudios primarios, estudios secundarios, bachiller, estudios universitarios)
- ❖ Lugar de residencia (Rural, Semi-rural y Urbano)
- ❖ Ocupación (No trabajo; empleada/a; trabajo independiente; trabajo en casa;)

- ❖ Participación en los cuidados (Tienes alguien a tu cuidado? si la respuesta anterior ha sido si, ¿puedes indicar a quien/quienes brindas el cuidado? ¿con quienes compartes esta tarea?)

Los datos desglosados por sexos, tanto cualitativos como cuantitativos, permiten comprender mejor la situación de los hombres y las mujeres y las relativas desigualdades de género. Después de la recogida de datos (cualitativos y cuantitativos), se ha aplicado a estos el análisis de género. El análisis de género se basa en evidencias e información obtenida por medio del cuestionario y algunas entrevistas, consultas con diversos grupos de mujeres y hombres, y datos que se han recogido.

Nos concentramos en los tres elementos principales de un análisis de género, que son importantes para explicar las disparidades de género en la salud, en este caso en relación al Cáncer del cuello Uterino (CaCu):

1. Las diferencias biológicas entre los sexos
2. La diferencias socioculturales (los roles y las normas de género)
3. El acceso a, y control de los recursos

Una vez que se han recogido todos los datos cuantitativo y cualitativos desglosados por sexos y los resultados, a través del instrumento de recolección de cuestionario, a los resultados evidenciados, se ha aplicado el análisis de género, la cual nos ha permitido de identificar las desigualdades de género en el ámbito de la salud, en particular con relación a los derechos sexuales y reproductivos y el cáncer del cuello uterino. Se han analizado las relaciones entre mujeres y hombres, sus roles y actividades, los recursos a los cuales tienen acceso y los recursos que controlan, las normas que definen su comportamiento y las limitaciones que afrontan. Para aplicar el análisis de género se ha construido una herramienta que es una matriz específica para realizar el análisis de género a una condición o problema de salud, en este caso: el cáncer del cuello uterino en las mujeres bolivianas. Para realizar el análisis de género se toman en cuenta dos categorías de análisis:

- ❖ Cómo las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en los hombres y las mujeres.
- ❖ Cómo los roles y las normas de género afectan la salud de los hombres y las mujeres; relacionados a esta problemática de salud.

En relación a estas dos categorías de análisis se analizarán riesgos para la salud y vulnerabilidad; Capacidad de acceder y usar servicios de salud; Resultados en la salud y consecuencias de los problemas de salud (por ejemplo, económicas y sociales).

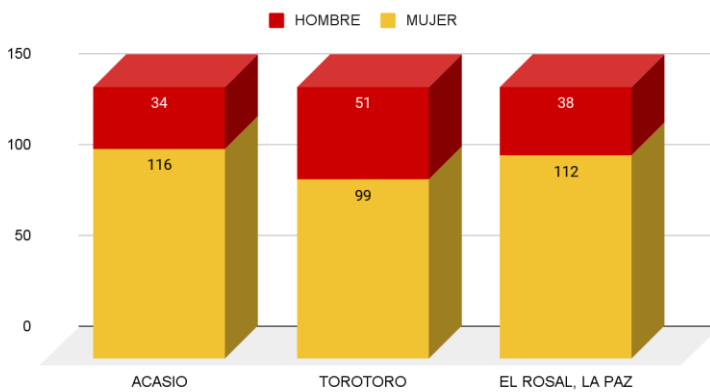
ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

1. Distribución de participantes según sexo

Al cuestionario participaron 450 personas, que han estado involucradas en las diferentes actividades del Programa. La distribución por sexo del total de participantes denota una clara presencia de mujeres, quienes han participado mas en todas las actividades de formación y sensibilización para la prevención del Virus del Papiloma Humano, con enfoque en educación sexual e igualdad de género (**327 mujeres y 123 hombres**).

El total de participantes se distribuye de la siguiente manera:

Datos según sexo por municipios de intervención



Las mujeres suelen estar más predispuestas a realizar cursos de formación, actividades que impliquen empoderamiento personal, en los cuales la presencia masculina suele elevarse. Este dato, refleja una reproducción de los roles de género y se evidencian desigualdades de género en cuanto al tiempo dedicado a actividades y formaciones para el cuidado del cuerpo. El hecho de que las mujeres son las que más han participado en los procesos de formación y actividades del programa, demuestra que las mujeres son las que más asumen las responsabilidades del cuidado del cuerpo, por los roles tradicionales que se les asigna y que tiene que ver con el cuidado de la familia. Mientras que los hombres siguen reproduciendo estereotipos de género frente al cuidado, que no forma parte de su responsabilidad, el cual es asignado a un miembro de la familia principalmente femenino (madres, hijas, hermanas, etc.).

El cuestionario se ha aplicado a una población, muestra representativa de toda la población que se ha abarcado a través del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud – II Fase.

Las personas participantes están distribuidas por rangos de edad:

Rango de edad de **13 a 18**

Rango de edad de **19 a 25**

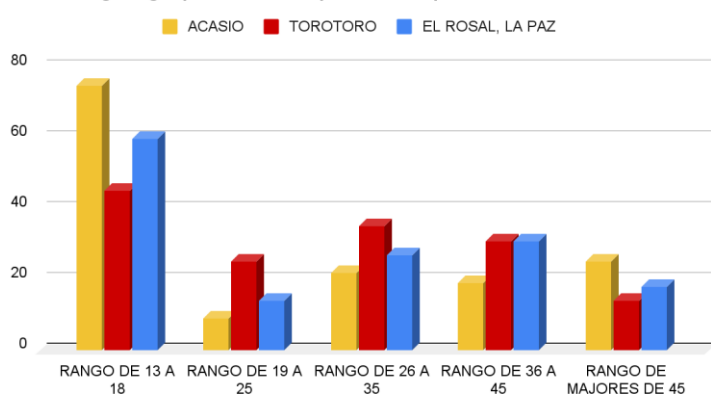
Rango de edad de **26 a 35**

Rango de edad de **36 a 45**

Rango de edad de **46 en adelante**

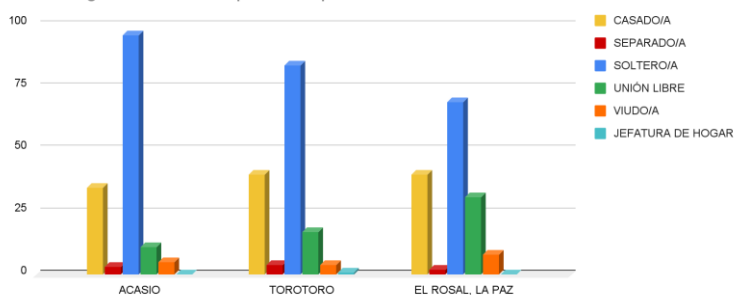
Podemos notar, que entre la población entrevistada, hay un porcentaje mayor de representatividad de población joven comprendida en el rango de edad de **13 a 18**.

Datos según grupos etareos por municipios de intervención

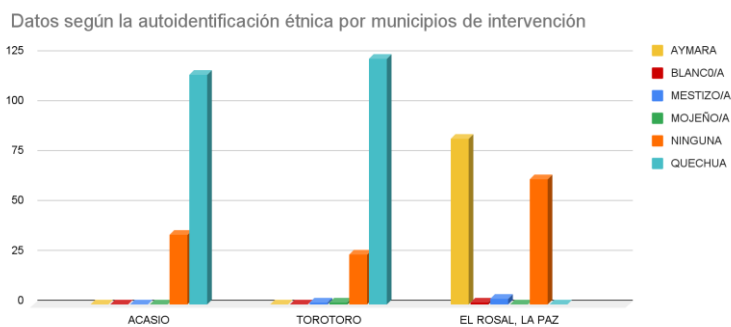


Podemos ver que el estado civil de la mayoría de la población entrevistada en los tres municipios de intervención, es **soltero/a**, **casado/a** y en **unión libre**.

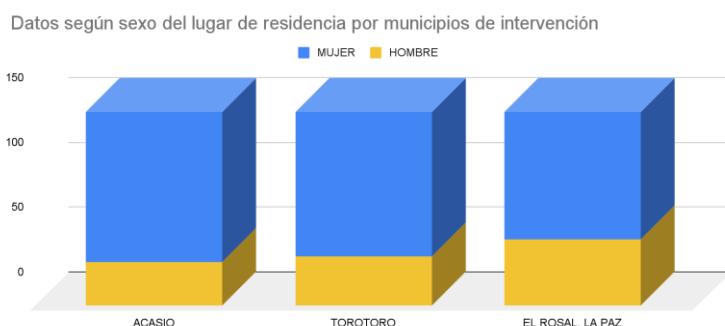
Datos según el estado civil por municipios de intervención



La distribución de participantes según autoidentificación étnica, denota una destacada mayoría de población indígena **Quechua** y **Aymara**, población principal que se ha abarcado con el Programa.



La población entrevistada es representativa de las tres áreas donde se ha implementado el Programa. La población reside en **zona rural** y en **zona urbana**, de los tres municipios donde se ha implementado el proyecto: el **área urbana** El Rosal del Municipio de La Paz y en dos **áreas rurales** en los Municipios de Acasio y Toro Toro en el Departamento de Potosí.



2. Dimensiones y subdimensiones para el análisis de género

- **Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud:** grado de instrucción, ocupación, el cuidado y el tiempo del cuidado, autonomía económica, necesidades básicas.

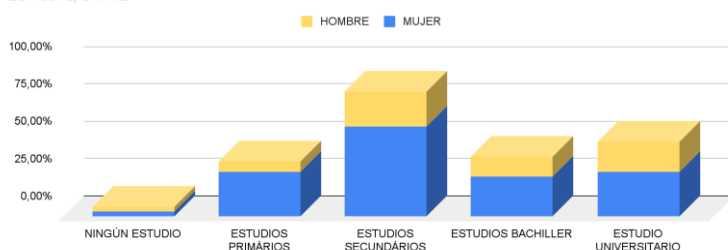
a) Grado de instrucción y ocupación

Los resultados sobre el grado de instrucción, se calcularon en base a la variable nivel educativo: ningún estudio, estudios primarios, estudios secundarios, bachiller, estudios universitarios.

Entre los resultados que surgen de los datos recogidos y sistematizados, se evidencia que: toda la población ha tenido acceso a los estudios. La mayoría, tienen un nivel de estudio entre medio y medio alto (bachiller, estudios secundarios y algunos estudios universitarios). Resulta que, sea los hombres que las mujeres, tienen acceso a la educación y con un nivel medio y medio - alto de instrucción.

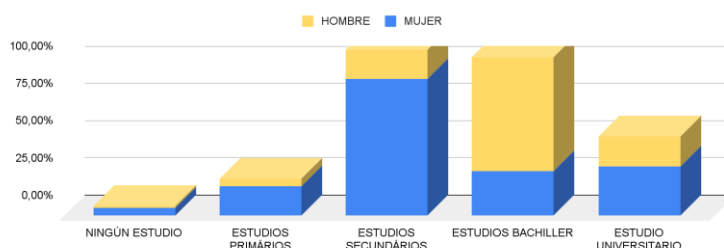
DATOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



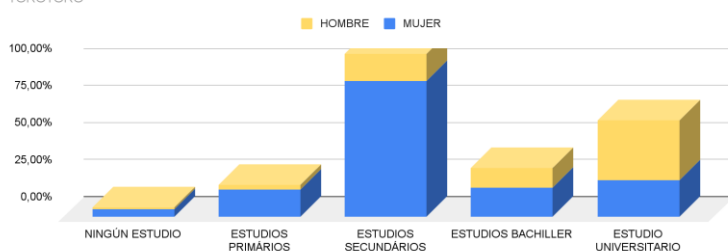
DATOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



DATOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

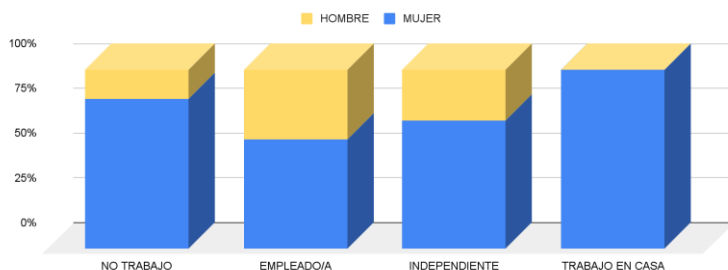
TOROTORO



No obstante, hombres y mujeres han tenido acceso al estudio y tienen un nivel de estudio medio y medio-alto, se evidencia que en los tres municipios quienes no trabajan o trabajan en casa, son solamente las mujeres. Pese a que todas las mujeres tienen niveles de estudio de bachiller, nivel secundario e incluso universitario. Ningún hombre de los entrevistados, en los tres municipios de intervención, afirma que trabaja en casa.

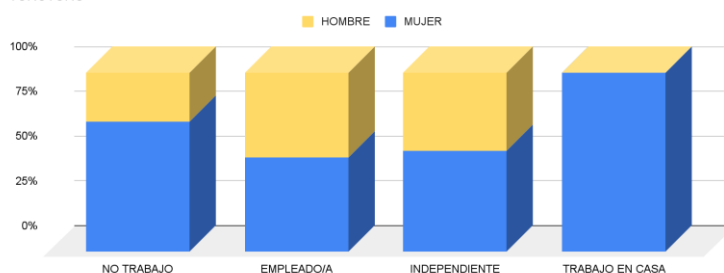
DATOS DE OCUPACIÓN SEGÚN EL SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



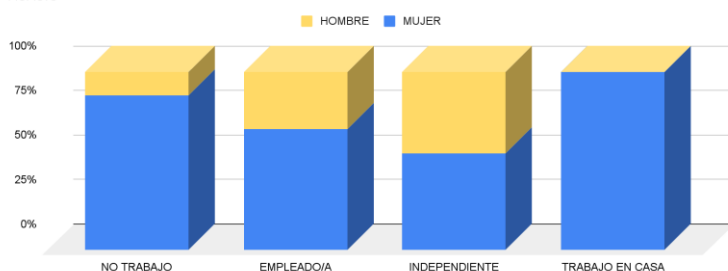
DATOS DE OCUPACIÓN SEGÚN EL SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

TOROTORO



DATOS DE OCUPACIÓN SEGÚN EL SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



Estos resultados de las encuestas son muy importantes, en cuanto denotan una división del trabajo sobre la base del género. Resulta que se tiene interiorizada, tanto de manera personal, como en el imaginario colectivo, no sólo una división del trabajo sobre la base del género, sino también una percepción androcéntrica del concepto de trabajo. El trabajo en casa es algo que pertenece solamente a las mujeres. Se aprecia como perteneciente a la esfera privada y se considera que es ahí donde debe gestionarse. Estos resultados evidencian que hay desigualdades de género, y que estas se muestran como estructurales y transversales. El hecho de que se den estos resultados, no es una cuestión casual, sino que aparecen como resultado de una socialización diferenciada y asignación de roles asociados al género, que se sustentan en una sociedad patriarcal que hace que este tipo de cuestiones se conviertan en determinantes y condicionadoras, en este caso para las mujeres. Las desigualdades de género en la distribución del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado en la casa, las percepciones subjetivas y la auto clasificación en las categorías

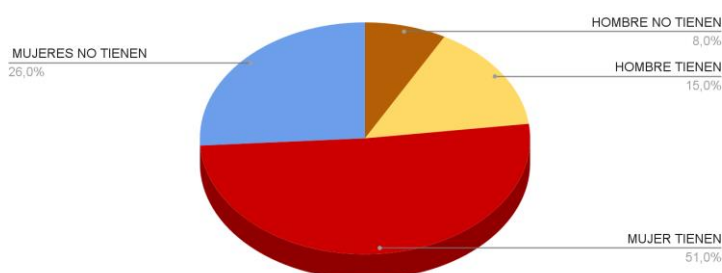
de empleado/a y no empleado/a, son también factores relevantes en las desigualdades de género.

b) El cuidado y el tiempo del cuidado

En cuanto al tiempo del cuidado y las responsabilidades: los resultados evidencian como estas recaen en un porcentaje mucho mayor en las mujeres respecto a los hombres. El trabajo de cuidado, cubre el bienestar cotidiano y gestiona el bienestar de las personas y esto en las sociedades patriarcales donde vivimos, ha quedado recluido al ámbito doméstico, al ámbito privado de lo doméstico, y dado el desequilibrio y la relación de poder que existe, se ha depositado sobre los hombros de las mujeres que han sido las únicas que han atendido de manera mayoritaria este tipo de tareas.

DATOS SOBRE RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN EL SEXO
POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

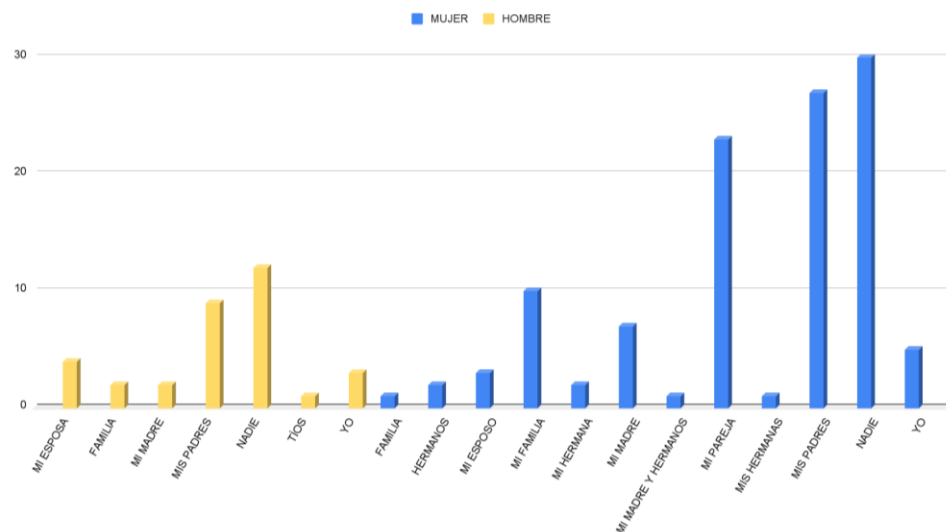
ACASIO



Casi todas las mujeres entrevistadas, en los tres municipios, afirman que tienen a alguien a cargo de su cuidado. Entre las personas a las que brindan cuidado, se evidencia que son la familia, los padres, el esposo. Y entre los datos de con quienes se comparte la tarea de cuidado, de los resultados emerge que con los padres o con nadie.

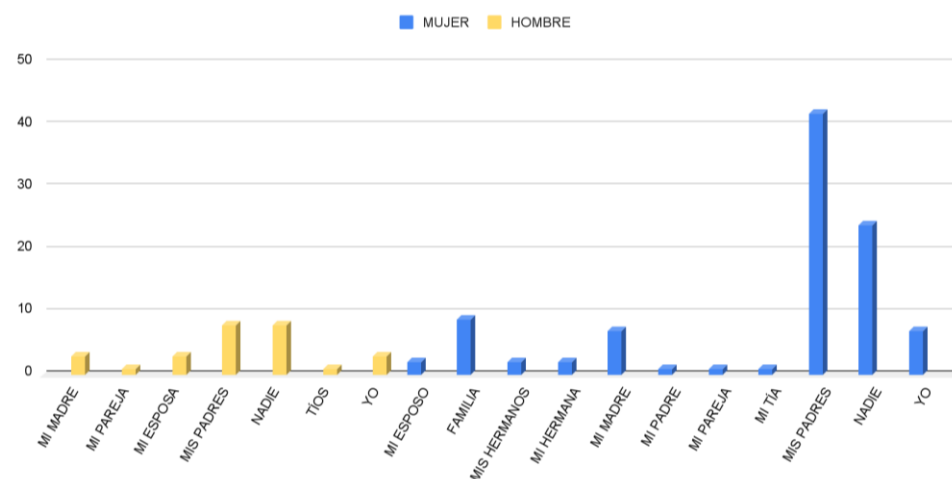
DATOS DE CON QUIENES SE COMPARTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



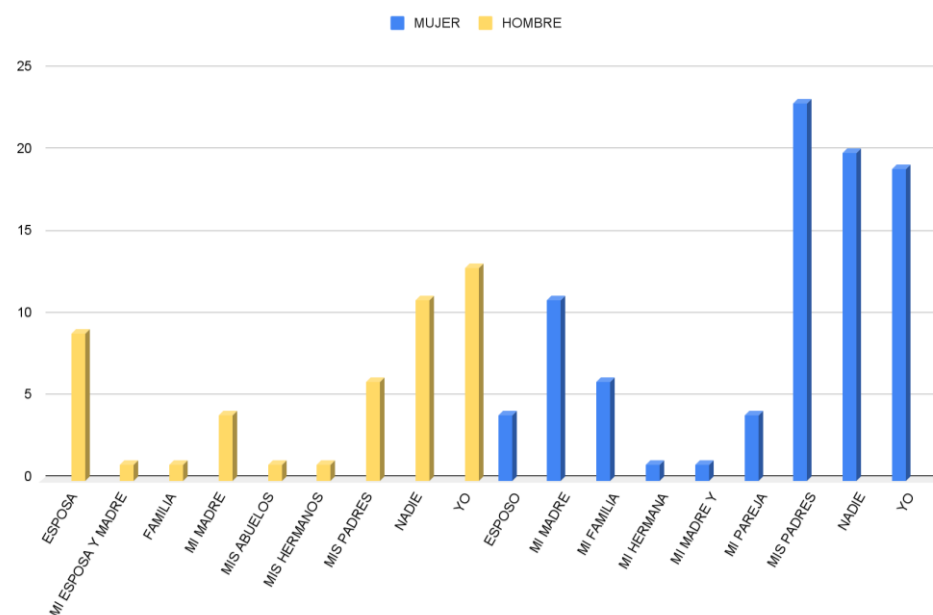
DATOS DE CON QUIENES SE COMPARTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



DATOS DE CON QUIENES SE COMPARTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

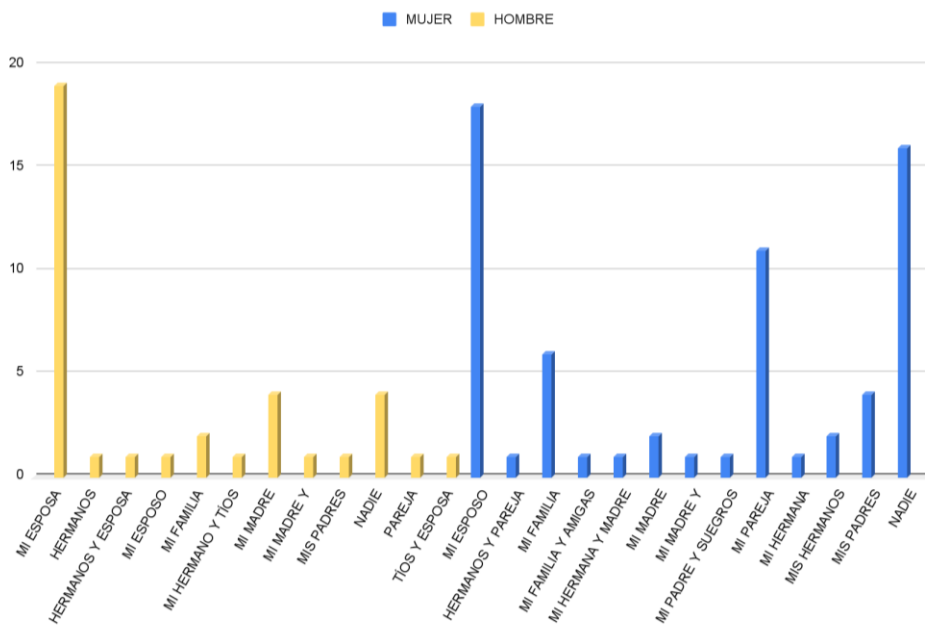
TOROTORO



No se puede ignorar la existencia de las desigualdades de género en la distribución del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres. La división sexual del trabajo que asigna de manera naturalizada, el trabajo de cuidados, invisible y no remunerado a las mujeres, es una de las principales razones de la desigualdad entre sexos basadas en el género, tanto en el acceso al mercado laboral, como en la ocupación de los tiempos o en cómo se viven cuestiones como el tiempo libre, el autocuidado y también la relación con el cuerpo y la salud. Se evidencia cómo se reproducen roles basados en las normas de género, por las cuales las mujeres asumen el rol reproductivo, de cuidado de la familia, del esposo, de los padres, y los hombres el rol productivo de ser los proveedores que trabajan afuera y no en casa.

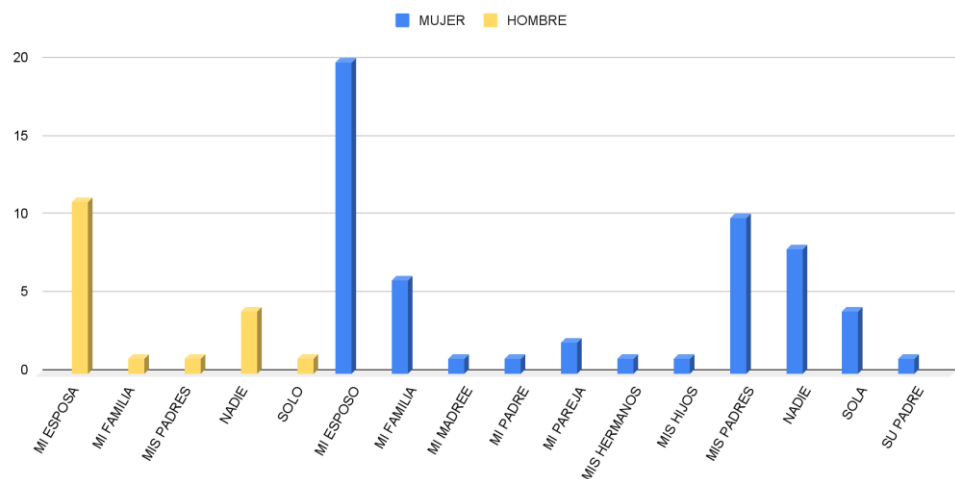
DATOS DE RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

TOROTORO

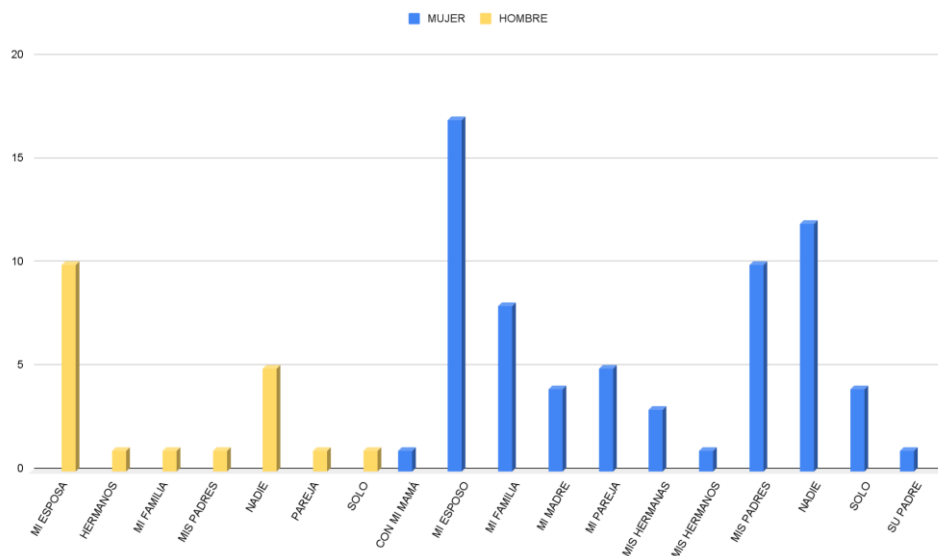


DATOS DE RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



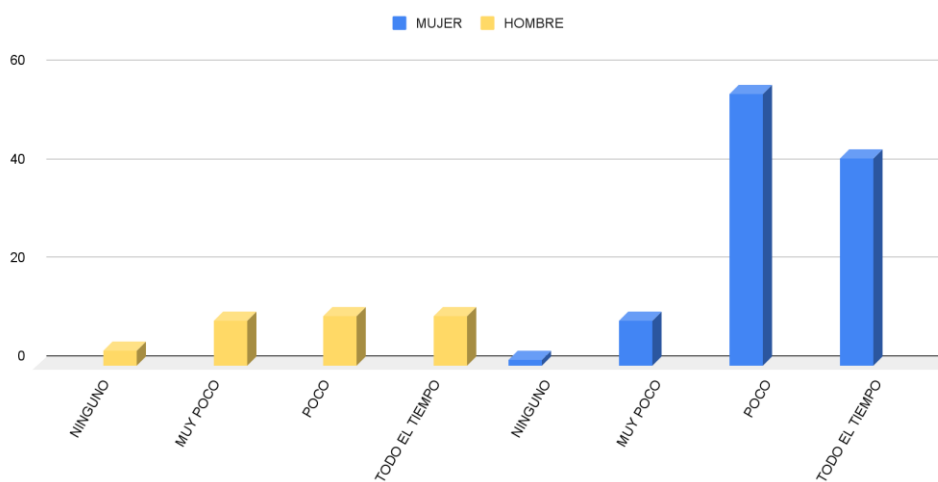
DATOS DE RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN
EL ROSAL, LA PAZ



La posición asimétrica de mujeres y hombres, en particular, en todo lo relativo a los trabajos de cuidado, se refleja también en el uso del tiempo invertido en las tareas de cuidado. En los tres municipios, de los resultados se evidencia de forma muy clara, que son las mujeres quienes invierten más tiempo en las tareas de cuidado y en muchos casos, “todo el tiempo” como se puede ver en el gráfico abajo sobre “Datos de tiempo invertido en tareas de cuidado según sexo por municipio de intervención”.

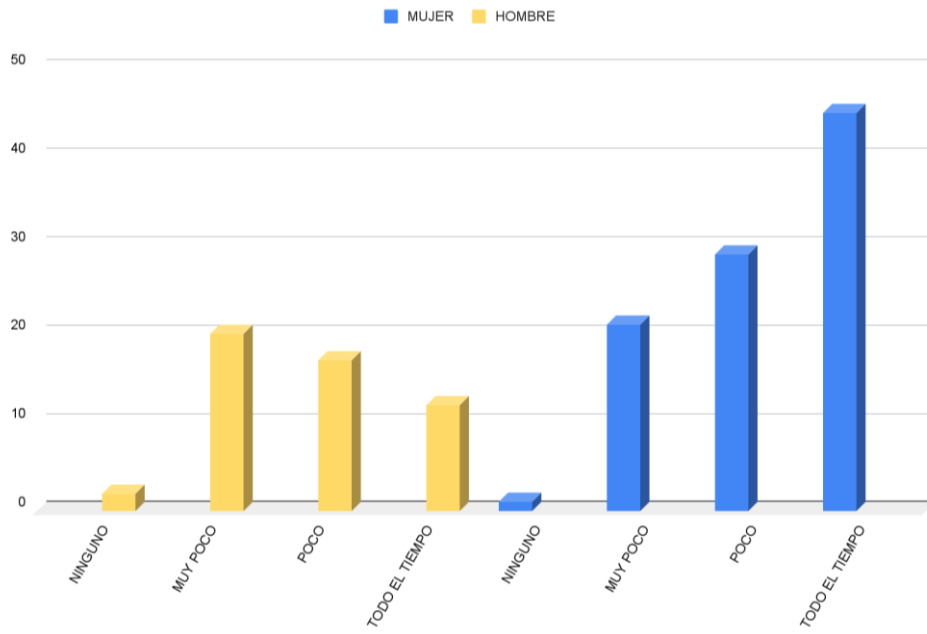
DATOS DE TIEMPO INVERTIDO EN TAREAS DE CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



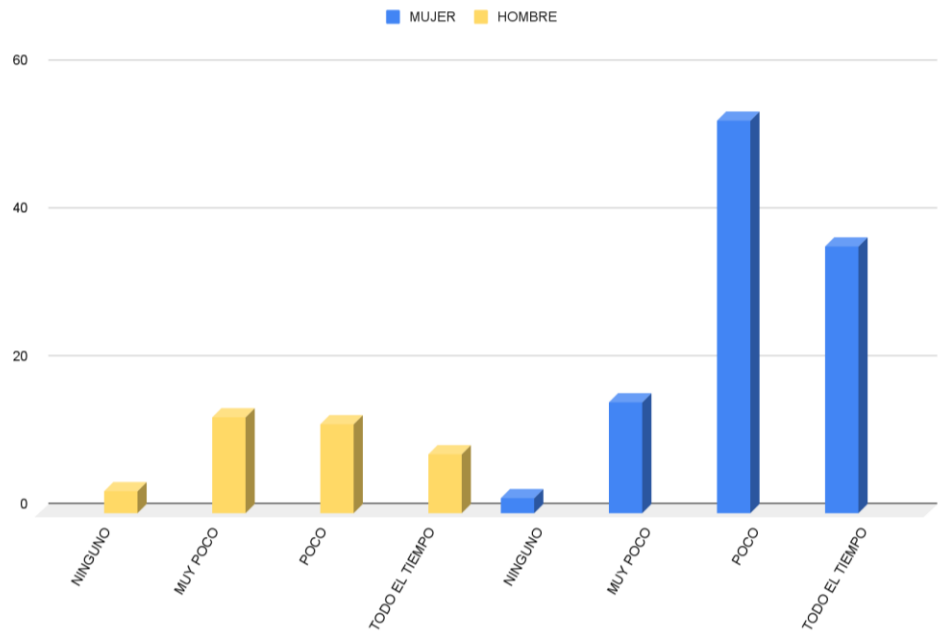
DATOS DE TIEMPO INVERTIDO EN TAREAS DE CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

TOROTORO



DATOS DE TIEMPO INVERTIDO EN TAREAS DE CUIDADO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



Datos cualitativos

Se reportan algunas percepciones y breves entrevistas individuales, que se hicieron a diferentes personas participantes de los procesos de capacitación en los tres municipios de intervención:

EL CUIDADO Y EL TIEMPO DEL CUIDADO

¿Tienes alguien a tu cuidado?

Si la respuesta anterior ha sido sí, ¿puedes indicar a quién o/y quienes brindas el cuidado?

¿Con quienes compartes esta tarea?

“En realidad, yo soy la jefa de familia y tengo cuatro hijitos ya que mi esposo ha fallecido y me ha dejado sola a cargo de mis hijos y desde que él nos ha dejado tratamos todos de cuidarnos, mis hijos me apoyan, son muy responsables con sus deberes y siempre estoy yo también pendiente de ellos” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

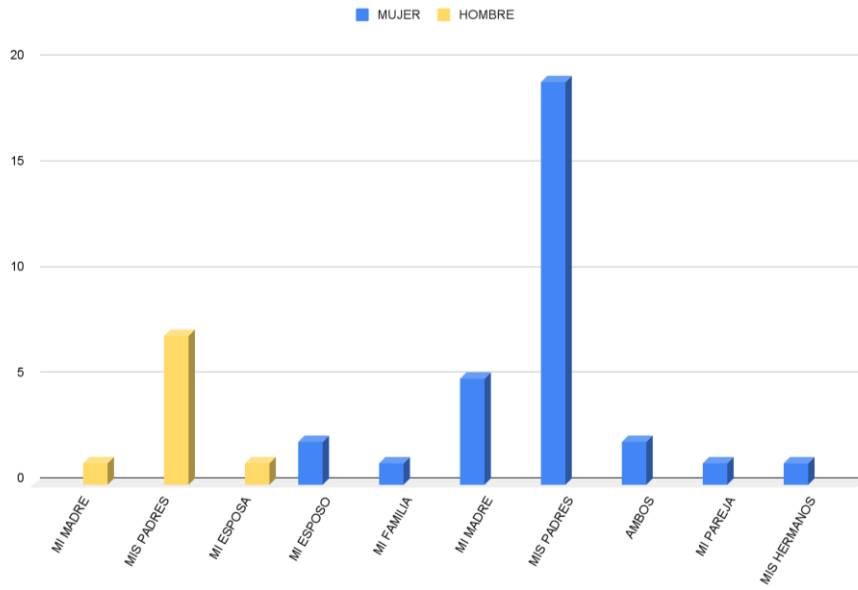
“Comparto la tarea del cuidado de mis hijos, con las hermanas o la mamá, casi no mucho con el esposo, porque está trabajando y yo estoy sola” (Entrevista de servidores/as de salud del municipio de Torotoro, septiembre del 2021).

c) Autonomía económica

Los resultados de los datos sobre acceso a los recursos y autonomía económica, muestran claramente que las mujeres son mucho más dependientes económicamente de alguien, con respecto a los hombres. Si bien un pequeño porcentaje de los hombres entrevistados afirma que depende económicamente de los padres (cabe recordar que el porcentaje mayor de entrevistados son jóvenes entre 13 y 18 años de edad, lo que justificaría la dependencia económica de los padres). En el caso de las mujeres, podemos ver como en los tres municipios, dependen económicamente también del esposo, de la pareja, de los hermanos, y de los padres. Aquí también podemos evidenciar desigualdades de género con respecto a la autonomía económica y de consecuencia asimetrías en términos de acceso y control de los recursos económicos.

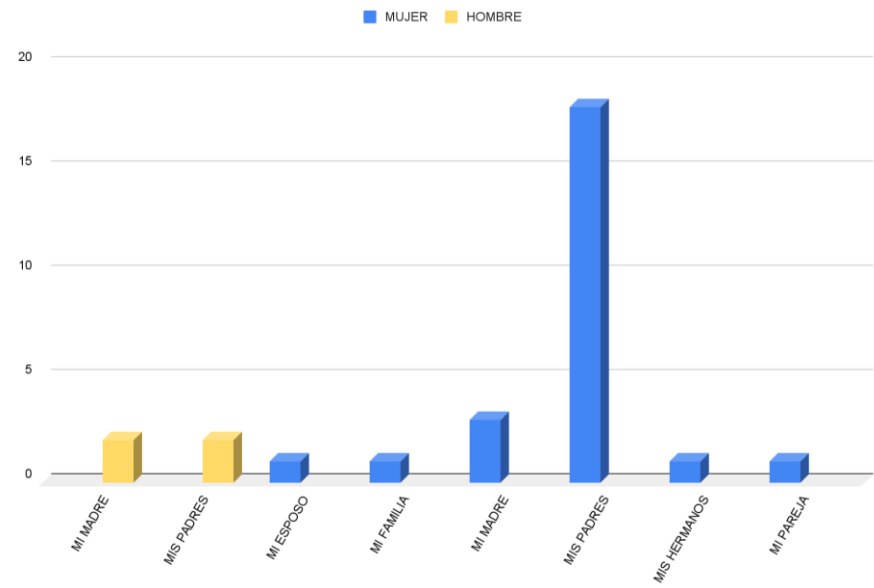
DATOS DE DEPENDENCIA ECONOMICA SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



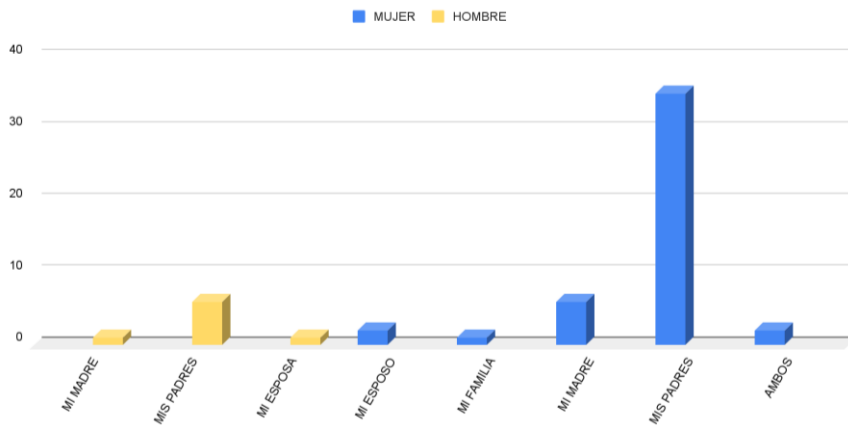
DATOS DE DEPENDENCIA ECONOMICA SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

TOROTORO



DATOS DE DEPENDENCIA ECONOMICA SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

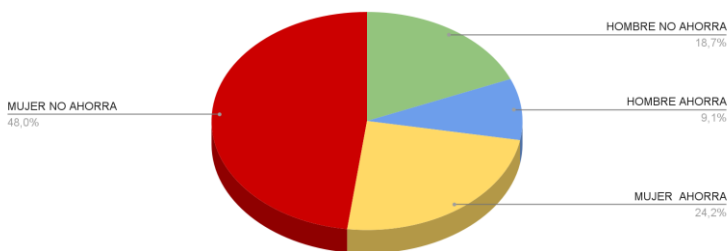
ACASIO



Otro dato muy importante, es que de los resultados emerge que la mayoría de las personas entrevistadas no priorizan el ahorro de recursos económicos para la atención en salud. Se evidencia como por parte de la comunidad no se prioriza el cuidado del cuerpo y de la propia salud. Estos resultados también son marcados por los roles y las normas de género. La actitudes masculinas estereotipadas de que los hombres son fuertes y no se pueden enfermar o el requisito de ser estoicos (es decir, tener la disciplina y la voluntad para autorregularse) suele impedir, muchas veces, que los hombres tomen medidas para cuidar de su salud. Así como por los roles basados en las normas de género, las mujeres en su rol de cuidadoras, tienden a invertir todo el tiempo en el cuidado de los demás (familia, padres, hijos, etc.) y no tener tiempo para ellas mismas.

Todo esto, se evidencia con más claridad, en el análisis de la dimensión de género en relación a la atención sanitaria, en donde muchos de los hombres entrevistados afirman que no acuden al centro de salud porque no se enferman, mientras que las mujeres entre las varias razones, afirman que no van por falta de tiempo.

DATOS SOBRE EL AHORRO DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Datos cualitativos

Se reportan algunas percepciones y breves entrevistas individuales, que se hicieron a diferentes personas participantes de los procesos de capacitación en los tres municipios de intervención:

AUTONOMÍA ECONÓMICA

¿Tienes la capacidad de administrar tu sola/o el dinero de manera independiente y disponer cuándo tú quieras?

Si la respuesta anterior ha sido no, ¿puedes indicar de quien o quienes dependes?

¿Tienes un recurso económico específico para pagar la atención en salud?

“El hecho de que no tengo acceso a los recursos económicos hace que no pueda destinar dinero para hacerme la prueba, no es gratis y con mi esposo hemos decidido no gastar ya que estamos pagando deudas” (Madre de Familia del municipio Torotoro, 2020).

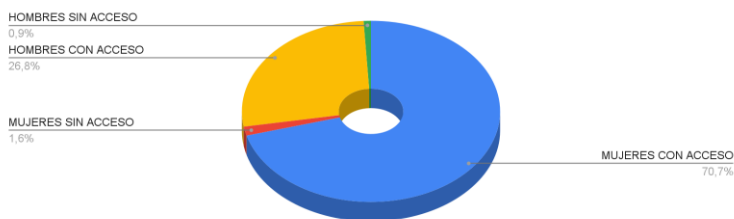
d) Necesidades básicas

Con respecto a las necesidades básicas, de los resultados emerge que toda la población entrevistada, hombres y mujeres, tienen acceso a las necesidades básicas, sea en las zonas urbanas que en las zonas rurales.

Los datos sobre acceso a las necesidades básicas son muy importantes para el análisis de género relacionada a la salud.

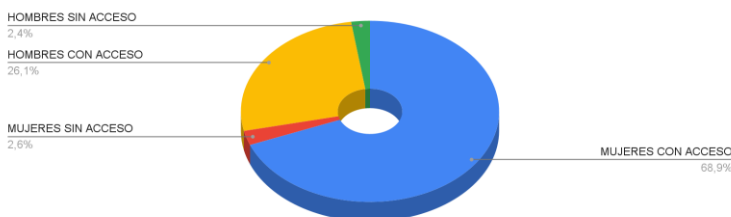
Podemos ver que toda la población entrevistada tiene acceso al agua potable. Solamente el 2,5% declara que no, y de este porcentaje la mayoría son mujeres (1,6%).

DATOS SOBRE AGUA POTABLE SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



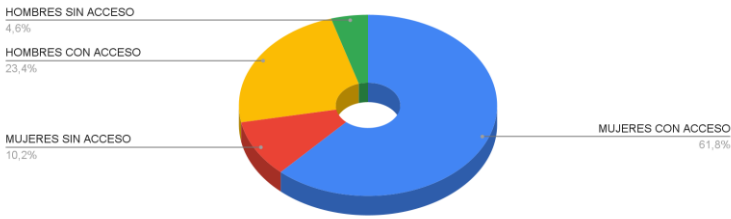
También la mayoría de la población entrevistada, hombres y mujeres, en las tres zonas de intervención, tienen acceso a la alimentación y comen al menos dos comidas al día. Solamente el 5% afirma que no, de los cuales el 2,6% son mujeres.

DATOS SOBRE ALIMENTACIÓN SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



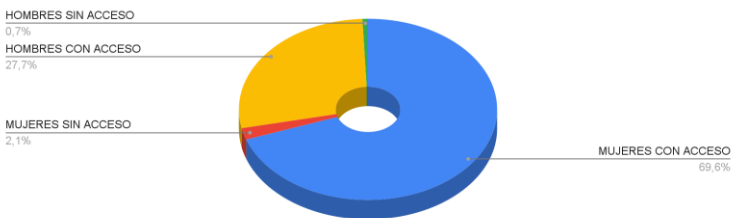
Los resultados muestran que para la mayoría de la población entrevistada hay facilidad de acceso a medios de transportes y comunicaciones. Cabe resaltar que quienes afirman que no tienen acceso a medios de transportes, son sobre todo las mujeres que viven en zona rurales: el 10,2% de las mujeres que viven en el municipio de Acacio y en el municipio de Toro Toro.

DATOS DE ACCESO A MEDIOS DE TRANSPORTE SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Lo mismo pasa con el acceso a las comunicaciones, los resultados muestran que hay facilidad de acceso para casi toda la población. Aunque el 2,8% que expresan no tener acceso a comunicaciones, de estos, el 2,1% son mujeres.

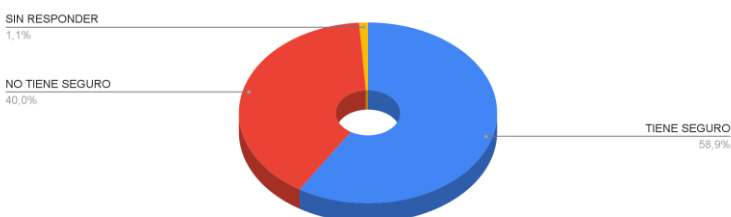
DATOS DE ACCESO A COMUNICACIÓN SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



- **Desigualdades de género en la atención sanitaria:** acceso a la salud y a los servicios sanitarios, atención sanitaria, autonomía en la decisión de ir al médico.

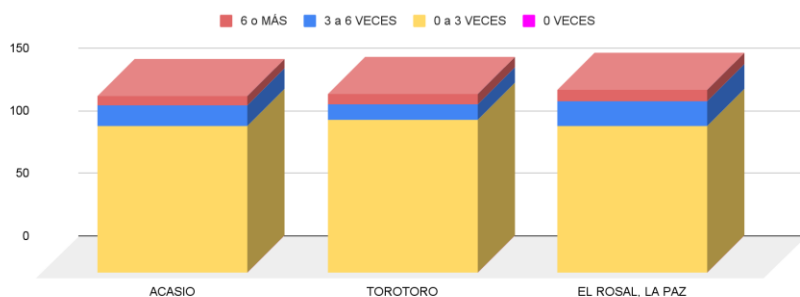
Para medir las desigualdades de género en la dimensión de la atención sanitaria, a las personas entrevistadas, se aplicaron preguntas que pudieran cuantificar: si tienen el seguro de salud, cuántas veces al año asisten a un centro de salud, si no asisten, cuales son las razones del porque no van al centro de salud, autonomía en la decisión de ir al médico, facilidad en alcanzar un centro de salud cercano, discriminación por parte del personal de salud.

DATOS DE POSESIÓN DEL SEGURO DE SALUD POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Los resultados obtenidos muestran que el 58,9% de la población entrevistada en los tres municipios, hombres y mujeres, tienen seguro de salud y acuden al centro de salud entre de 0 a 3 veces en un año.

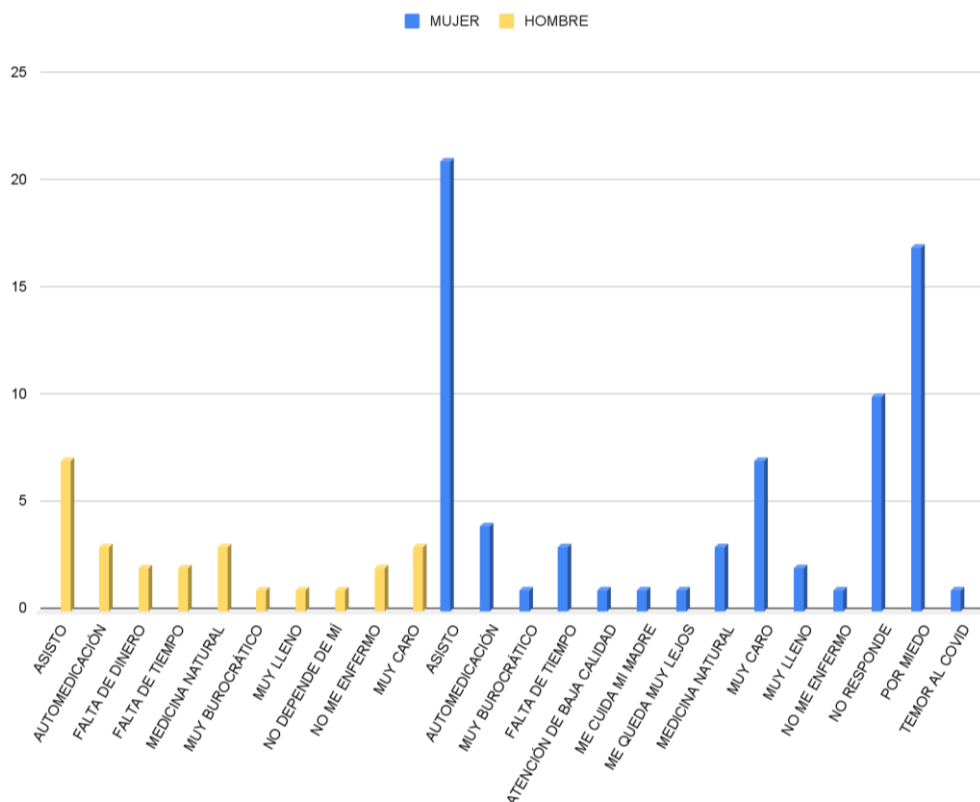
DATOS DEL NÚMERO DE VECES QUE ASISTEN AL AÑO AL CENTRO DE SALUD POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Entre las razones del porque no asisten al centro de salud, encontramos la automedicación, el uso de medicina natural, expresan que no se enferman o lo que tienen no es muy grave. Las mujeres, sobre todo, expresan que una de la razón principal es el miedo. Esta última razón solamente las expresan las mujeres y no los hombres.

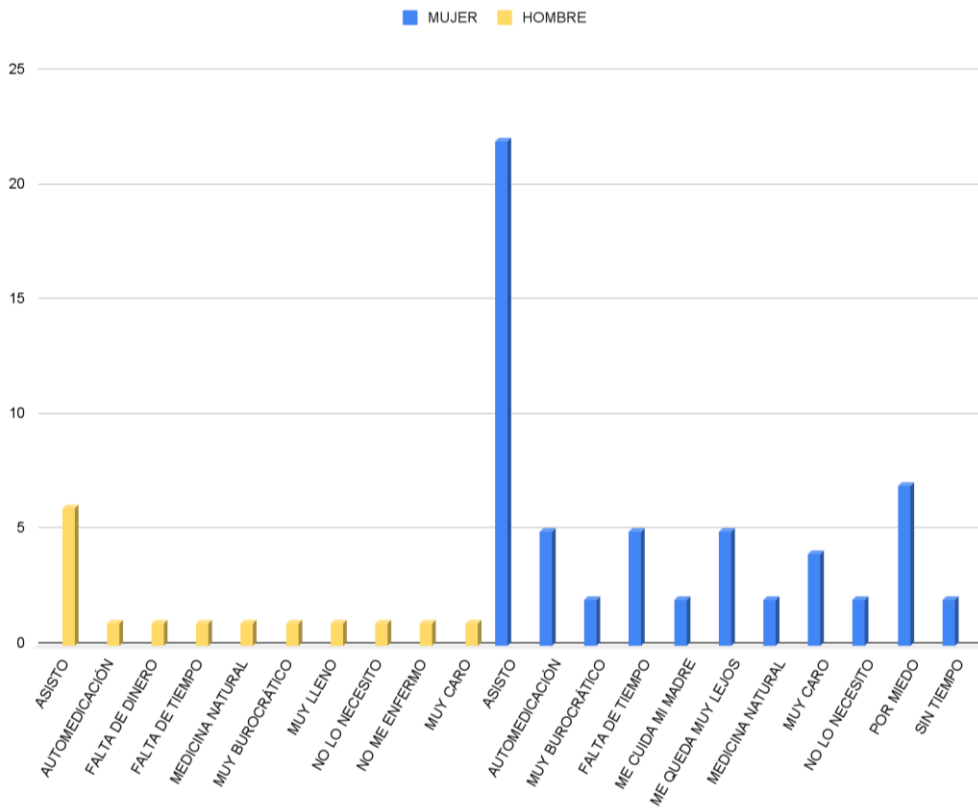
DATOS PORQUE NO ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO DEL MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN

EL ROSAL, LA PAZ



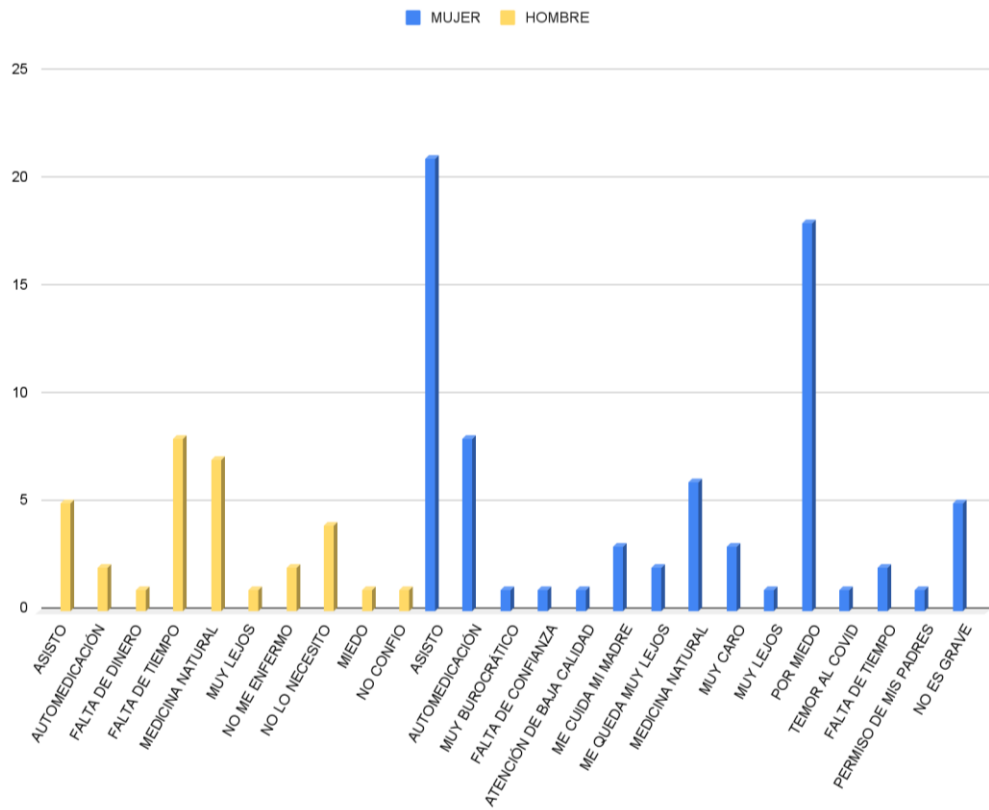
DATOS PORQUE NO ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO DEL MINICIPIO DE INTERVENCIÓN

ACASIO



DATOS PORQUE NO ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO DEL MINICIPIO DE INTERVENCIÓN

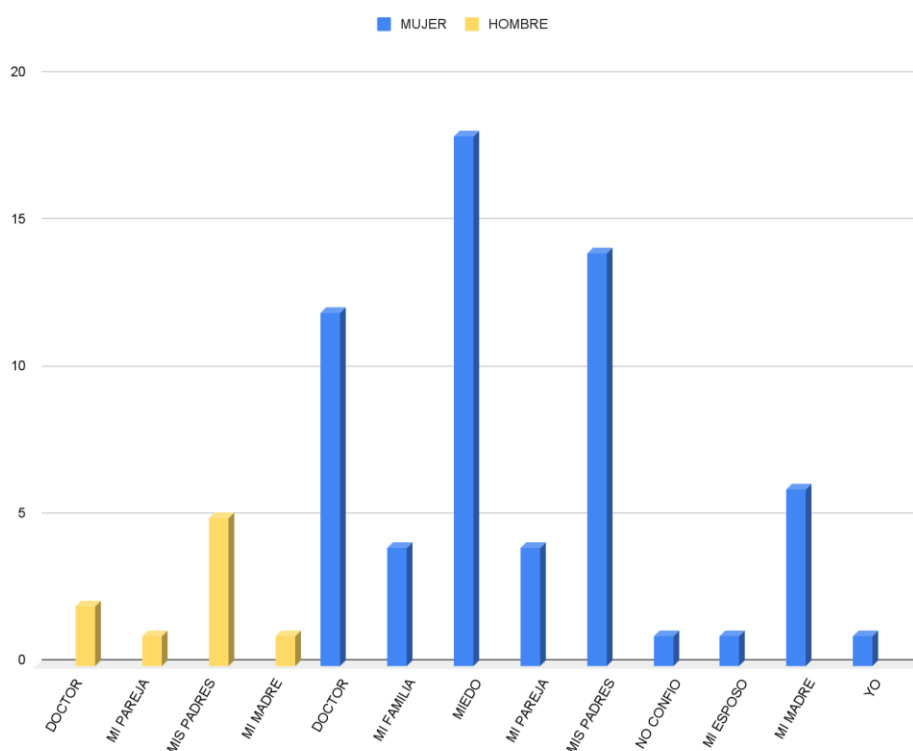
TOROTORO



Sobre la autonomía en la toma de decisión para ir al centro de salud, en los hombres la principal decisión depende de los padres (cabe resaltar que el porcentaje mayor de entrevistados son jóvenes entre 13 y 18 años de edad). Mientras las mujeres declaran que la decisión depende de la familia, el doctor, la pareja, el esposo y también de los padres. Otro factor que influye en la decisión de acceso a la salud, resulta ser el miedo. Muchas de las mujeres dicen tener miedo a la visita médica y esto influye en la decisión de no ir al centro de salud.

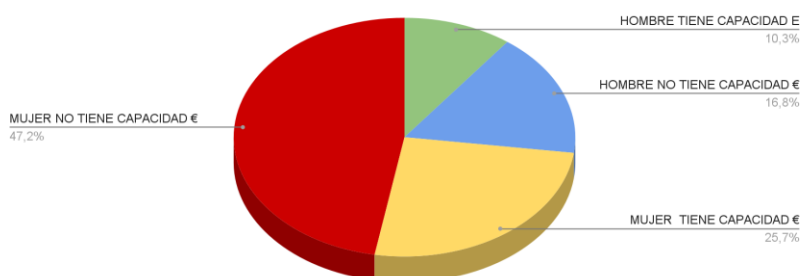
DATOS DE NIVEL DE DEPENDENCIA EN LA DECISIÓN DE ACCESO A LA SALUD SEGÚN SEXO DE LOS MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN

TOROTORO



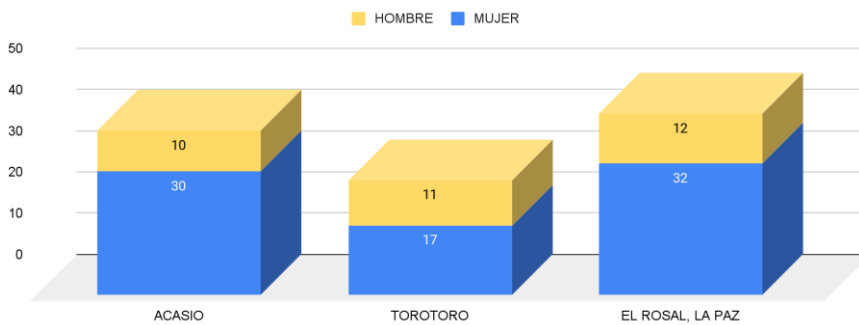
En la autonomía económica para el acceso a la salud, se puede ver como son en un porcentaje mayor las mujeres quienes afirman no tener la capacidad económica y los recursos limitados para el acceso a la salud.

DATOS DE CAPACIDAD ECONÓMICA PARA ACCESO A LA SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Las mujeres afirman en cantidad mucho mayor respecto a los hombres, de haberse sentido, al menos una vez juzgadas, rechazadas o discriminadas, por el personal de salud.

DATOS DE DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Datos cualitativos

Se reportan algunas percepciones y breves entrevistas individuales, que se hicieron a diferentes personas participantes de los procesos de capacitación en los tres municipios de intervención:

ACCESO A LA SALUD

¿Cuántas veces al año asisten al centro de salud o a un hospital privado?

“Sí, acudiría al médico ya que estoy a cargo solita de mis hijos y por eso debo cuidarme y tengo que hacerme chequeos porque ellos solo me tienen a mí, y si me pasara algo mis hijos quedarán solos, por eso trato de no descuidar mi salud” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021)

“Sí, claro que sí, como le dije mi madre ya se enfermó con cáncer, por eso es importante hacerse revisar con los doctores, una puede aparentar estar sana, pero si no se hace chequear una no puede estar segura, por eso una vez al año por lo menos hay que hacerse revisar” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021)

“Acudiría al centro de salud, ya que es importante estar sana, yo sobre todo que estoy a cargo de mis hijas, no puedo enfermarme, ya que soy la cabeza de mi familia, ellas me necesitan y no sabría qué hacer si me llego a enfermar porque yo sustento a toda mi familia, mis hijitas pequeñas están todavía, por eso debo cuidarme de mi salud sobre todo, porque usted sabe que lo más importante es estar sanita, luego todo se arregla si hay salud” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021)

¿Cuándo estás enferma porque no asistes al centro de salud?

“Prefiero cuidarme en la casa nomás con medicina tradicional, con matecitos o con algunas cremitas, sobre todo para mi reumatismo, algunas veces, pero hace falta o más venir al centro de salud, ya que en la casa a veces nos podemos hacer malograr más” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

“Hay formas de cuidarnos con medicina casera, con plantitas, sobre todo, pero hay que conocer también, pero cuando la enfermedad es grave o el dolor es fuerte es mejor venir al centro de salud, mis hijos todos saben que hay que venir al centro. Pero para no enfermar, es mejor alimentarnos bien”. (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

“Hay ratos trato de automedicarme, yendo a la farmacia y preguntando, sé que no es bueno, pero el centro de salud muchas veces implica tiempo y a veces implica plata, tiempo, sobre todo yo diría que es mucho gasto y muchas veces la platita no alcanza por eso trato de ver otras formas también de ver cómo me cuido o como me sano, a veces hasta del internet viendo que tengo también encuentro remedios” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

Si te sientes mal de salud, ¿tomas de manera independiente la decisión de ir al médico?

“Creo que no priorizo mi salud, sino la salud de mis hijos, pero tampoco he sentido la necesidad de ir al médico, no me duele nada, debe ser porque estoy siempre correteando con el trabajo, tal vez también tengo un poquito de miedo a los médicos” (Madre de Familia de la zona El Rosal, 2020)

“Sé que debo ir al centro de salud para prevenir enfermedades, pero lamentablemente con el trabajo no puedo sacarme tiempo” (Madre de Familia de la zona El Rosal, 2020)

¿En caso de una enfermedad puedes pagar el tratamiento en un hospital privado si es necesario?

“No tenemos recursos para ir cada vez que nos enfermamos al centro de salud, por eso aguantamos y no hay tiempo para cuidar el cuerpo, aquí en el municipio hay una farmacia que nos receta y nos curamos sin gastar mucho” (Madre de Familia del municipio Acasio, 2020)

“Mucho no hay, pero si son cosas que puedan preocuparnos, hay que hacer un esfuerzo sobre todo por mis hijos, lo importante para mí es que estemos juntos y sanitos, eso es muy importante para mi familia” ” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

“Plata extra no hay, pero si alguien de mi familia se enferma tenemos que venir al centro de salud, a hacernos atender con las doctorcitas, tampoco es bueno dejar pasar a la enfermedad a que se agrave, eso yo he aprendido con mi mamá, ella se aguantó y cuando ya no podía recién ha hablado, pero ya fue demasiado tarde” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021)

No siempre hay, sobre todo en mi caso, yo soy madre soltera y tengo que trabajar muy fuerte para que a mis hijas no les falte comida, sobre todo, para la salud platita no hay mucho, por eso también venimos a este centro de salud, sino podría hacerme atender con particulares, pero como no alcanza acudimos a este centro de salud. (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

“No mucho, pero aquí tampoco es caro, por eso creo que la gente viene a este centro de salud, al menos mi familia es consciente que en otros lados la consulta es cara” (Entrevista a Madre de Familia que asiste al centro de salud El Rosal, septiembre del 2021).

¿Estás de acuerdo que un personal de salud del sexo opuesto te revise?

“La verdad tengo miedo, o más bien vergüenza, no me gusta que me toquen mi cuerpo, que me miren, pero tampoco he visto la necesidad de realizarme la prueba, yo me siento sana” (Madre de Familia de la zona El Rosal, 2020)

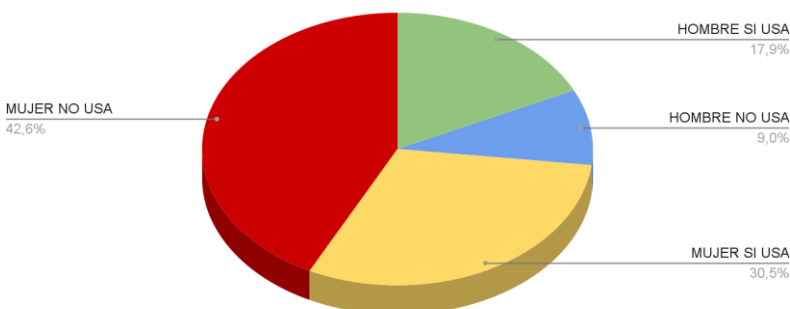
“No, tienen mucha confianza en los varones, pero buscan más a la doctora, para que tome la prueba de Papanicolaou, y conocen ya los tiempos que se encuentra la doctora, en el centro de salud. Generalmente existen celos de los esposos” (Entrevista de servidores/as de salud del municipio de Torotoro, septiembre del 2021)

- **Desigualdades de género en el estado de salud:** salud sexual y reproductiva, violencia, maltrato.

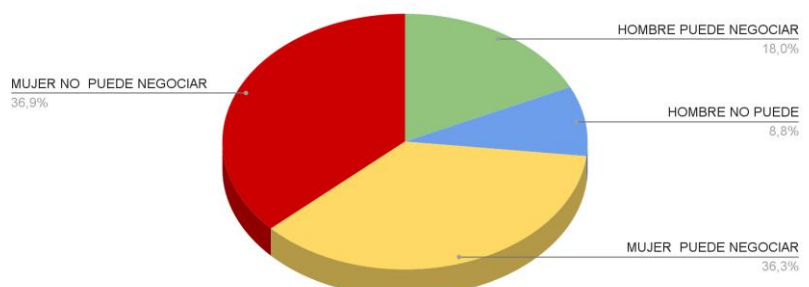
La tercera dimensión que se ha analizado para el análisis de género en el estado de salud, está relacionada con la salud sexual y reproductiva y casos de violencias y maltrato.

En el uso de métodos anticonceptivos, de los resultados de la encuesta, resulta que la mayoría de mujeres específicamente en el municipio de Acacio y en La Paz, no utilizan métodos anticonceptivos. Con respecto a la corresponsabilidad del uso del preservativo, aquí también en la mayoría de los resultados, resulta que las mujeres no pueden negociar el uso del preservativo con la respectiva pareja.

DATOS DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN

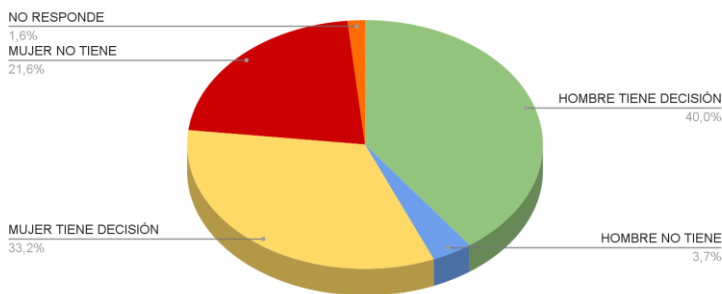


DATOS SOBRE CORRESPONSABILIDAD EN EL USO DEL PRESERVATIVO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Con respecto a la decisión sobre la libertad de poder rechazar las relaciones sexuales con la pareja, en los resultados se puede ver que la mayoría de la población entrevistada, hombres y mujeres, pueden rechazar las relaciones sexuales si lo desean. Sin embargo, hay un 1,6% de mujeres que no responde y un 21,6% que afirma no poder rechazar las relaciones con la pareja aunque no quiera tener relaciones sexuales.

DATOS DE NIVEL DE DECISIÓN EN LAS RELACIONES COITALES SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN

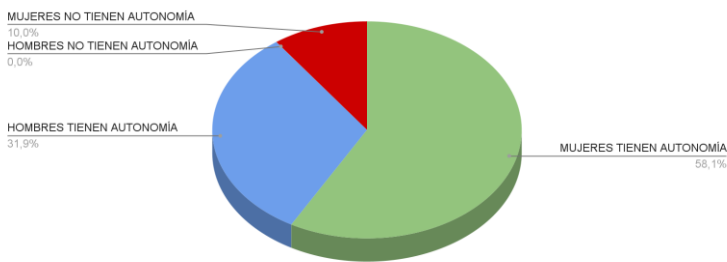


En la libertad de decidir y tomar decisiones sobre el propio cuerpo, incluso si tener o no tener hijos, la mayoría de mujeres afirma que se sienten libres. Sin embargo, hay un porcentaje de mujeres, en los tres municipios, que expresa que no se siente libre. De contra, un resultado bastante evidente, es que ninguno de los hombres entrevistados, afirma no sentirse libre con respecto a la libertad de decisión sobre su cuerpo. Este dato, es muy significativo con relación a las desigualdades de género. El hecho de que todos los hombres entrevistados se sienten libres de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, es debido claramente a una cultura patriarcal en la cual los hombres han tenido la libertad total sobre sus cuerpos, mientras que el cuerpo de las mujeres ha sido y sigue siendo un objeto de opresión y represión, en la medida en que se lo subordina a los deseos de los otros (el esposo, la familia, las instituciones, etc.) y cómo desde la consideración de instrumento sometido al poder masculino en los grupos sociales y familiares es oprimido desde múltiples ángulos.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen relación directa con la autonomía y la integridad corporales de las mujeres, con el cuerpo como el lugar donde residen todas las funciones y opciones sexuales y reproductivas. De las tres dimensiones de la autonomía y la integridad corporal: poder de decisión en materia de atención a la salud, anticoncepción y sexualidad, resultan desigualdades de género. En los tres municipios de intervención, muchas mujeres expresan que no pueden negociar el uso del preservativo con la respectiva pareja, que no pueden rechazar las relaciones sexuales aunque no quieran, y de no sentirse libres de tomar decisiones con respecto al propio cuerpo. Lo que resulta evidente, según los datos, es

que las mujeres no tienen pleno control de su cuerpo y sin control sobre el propio cuerpo, no hay igualdad de género.

DATOS DE NIVEL DE DECISIÓN Y AUTONOMÍA SOBRE EL CUERPO SEGÚN SEXO POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



El poder de decisión en lo relativo a la sexualidad y la reproducción es fundamental para el empoderamiento de las mujeres en general. La persistencia de tabúes sobre el sexo y la sexualidad, que se ven reforzados por las normas y las actitudes sociales, y que dejan a las mujeres y las adolescentes pocas oportunidades de negociar abiertamente sobre el sexo con sus parejas o maridos. Los sistemas patriarcales perpetúan una dinámica de poder desigual en las relaciones, en la que las exigencias sexuales de los hombres se antepone a las de las mujeres.

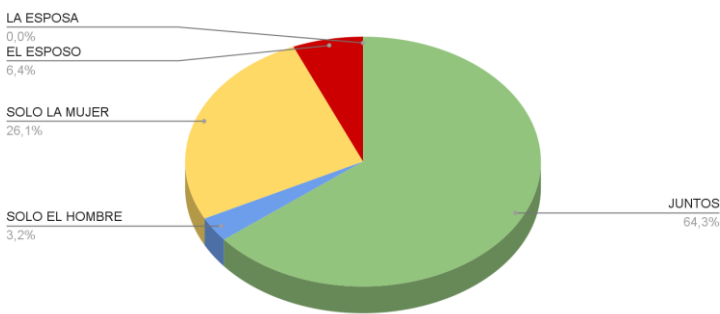
Una serie de factores sociales y económicos influye en la toma de decisiones de las mujeres en las tres dimensiones: el poder individual con el conocimiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos; la comunidad (normas de género, estigma, creencias); sistema de salud (proximidad, coste, calidad de la atención); factores interpersonales (relación con la pareja, la familia); factores socioeconómicos (nivel de educación, autonomía económica, acceso a los medios de comunicación, rural o urbano).

Los hombres, como cabezas de familia, suelen ostentar todo el poder y tomar muchas de las decisiones, incluidas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, a pesar de que esta suele percibirse como una “cuestión de mujeres”. Las normas de género suelen asignar a las mujeres la responsabilidad exclusiva de la salud reproductiva.

La capacidad de decisión significa tener el poder de elegir y decidir por una misma. En materia de sexo, sexualidad y reproducción, la capacidad de decisión puede suponer tener el poder de decidir libremente mantener relaciones sexuales y cuándo o con quién tenerlas, así como decidir quedarse embarazada y cuándo o con qué frecuencia. Sin capacidad de decisión, una persona jamás puede tener autonomía.

En los resultados del cuestionario, sobre la pregunta si tener hijos, cuántos tener y cuando, hay respuestas que atribuyen estas decisiones al esposo.

DATOS DE NIVEL DE DECISIÓN EN RELACIÓN A CUANTOS HIJOS/AS TENER Y CUANDO TENERLOS POR MUNICIPIOS DE



De todos los resultados en la dimensión de salud sexual y reproductiva, podemos ver como hay mujeres que aún carecen de poder para tomar sus propias decisiones en materia de atención de la salud, anticoncepción y relaciones sexuales con sus maridos o parejas. A menudo, otros toman estas decisiones o influyen sobre ellas, ya sean parejas, familiares, la sociedad, lo que implica que a las mujeres y las jóvenes se les niega su autonomía corporal.

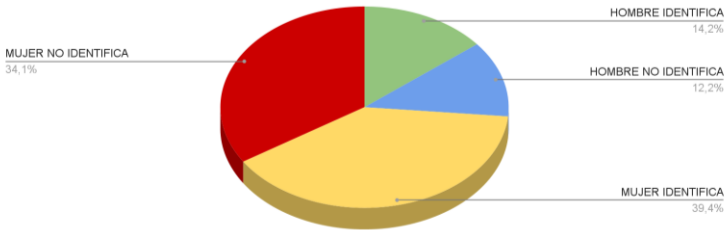
Las normas y las actitudes que perpetúan la desigualdad de género crean desequilibrios de poder en las relaciones que restringen la capacidad de decisión de las mujeres, especialmente en lo que se refiere a decir no al sexo. A menudo, las creencias patriarcales se traducen en expectativas de que las mujeres se sometan a sus maridos o parejas en todos los aspectos de su vida, incluido el sexual. Estas expectativas no solo pueden implicar que la mujer debe mantener relaciones sexuales siempre que su marido lo desee, sino también que ella no debe iniciar el sexo ni expresar abiertamente sus deseos. Al mismo tiempo, a veces se espera que las mujeres eviten los conflictos, lo que refuerza la dinámica de poder desigual. Las mujeres también pueden abstenerse de rechazar las relaciones sexuales por miedo a agresiones verbales, a retirada del sustento económico, el divorcio o incluso a violaciones.

Las normas y actitudes de género desiguales pueden socavar las facultades de las mujeres para tomar sus propias decisiones referentes al uso de anticonceptivos. Las dinámicas de poder desiguales en las relaciones constituyen otra barrera para las mujeres que quieren hablar de la anticoncepción con sus maridos o parejas. Además, el mero hecho de plantear el tema de la anticoncepción puede ser percibido por los hombres como una admisión de que se mantienen relaciones extramatrimoniales y conducir así a conflictos que se traducen en violencia, la separación o el divorcio. El nexo entre la desigualdad de género y la negación de la autonomía corporal tiene efectos reales en la vida cotidiana de las mujeres.

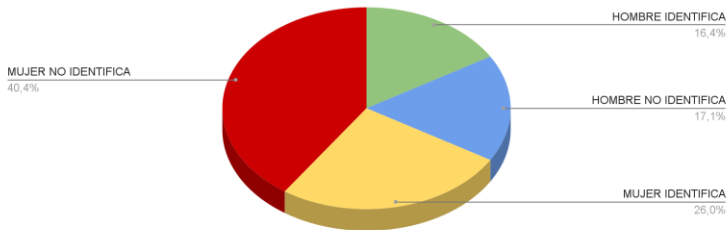
De los resultados también se evidencia que la mayoría de las personas entrevistadas, en particular las mujeres, afirman que los centros de salud identifican casos de violencias de

género. Las violencias sexuales, generan una mayor vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual, infección por virus del papiloma humano (VPH) y este constituye un factor de riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino.

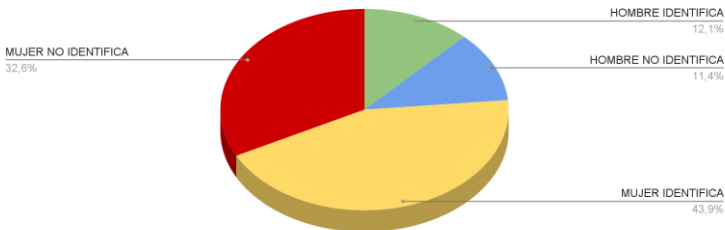
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN
ACASIO



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN
TOROTORO

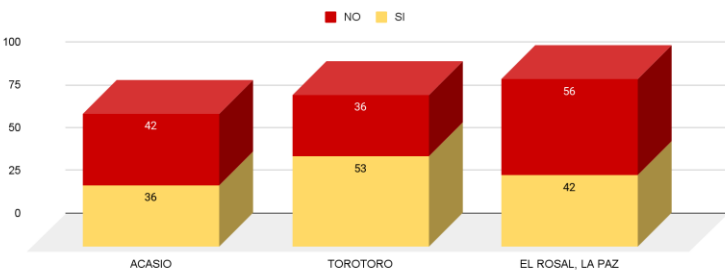


DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN SEXO POR MUNICIPIO DE INTERVENCIÓN
EL ROSAL, LA PAZ



De los resultados de la encuesta a las mujeres sobre la realización de exámenes de Papanicolau y mamás, en los municipios de Acasio y La Paz la mayoría de mujeres declaran que no suelen realizarse los exámenes y las pruebas, mientras que en Toro Toro más del 50% de mujeres declara que se realizan los exámenes.

DATOS DE MUJERES QUE REALIZAN LOS EXÁMENES DEL PAPANICOLAU I LAS MAMAS POR MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN



Datos cualitativos

Se reportan algunas percepciones y breves entrevistas individuales, que se hicieron a diferentes personas participantes de los procesos de capacitación en los tres municipios de intervención:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Te sientes libre de decidir y de tomar las decisiones sobre tu cuerpo?

“Mi esposo no quiere, tal vez te vas a lastimar y el tumor te puede estar saliendo me ha dicho, por eso no me he realizado la prueba, pero parece que estoy bien nomás” (Madre de Familia del municipio Acasio, 2020).

¿Sabes que es el Cáncer de Cuello Uterino (CaCu)?

“El cáncer de útero aquí se conoce más como cáncer de matriz, pero seguro muchos no sabemos bien cómo y porqué da el cáncer de matriz, tal vez en este momento estamos con cáncer, pero no sabemos ni cómo cuidarnos” (Madre de familia del municipio Acasio, 2020).

“No sabemos sobre el CACU, tampoco de donde viene esa enfermedad, no sabemos cómo curarnos. Tal vez en este momento estamos con cáncer, pero no sabemos, no hacemos nada, pero a partir de ahora nos cuidaremos” (Madre de familia del municipio Torotoro, 2020).

“Es una enfermedad que se produce por golpes y tumores que puede llevar a la muerte a las mujeres, por eso no hay que dejarse pegar o alzar cosas pesadas” (Madre de Familia del municipio Acasio, 2020).

“Son infecciones que dan a las mujeres, pero les da generalmente a las malas mujeres” (Madre de Familia del municipio Acasio, 2020).

“Es un castigo a las mujeres infieles, por traicionar a sus esposos” (Madre de Familia del municipio Torotoro, 2020).

“Las mujeres se contagian por ingresar a baños públicos” ((Madre de Familia del municipio Torotoro, 2020).

El cáncer de cuello uterino es producto de utilizar anticonceptivos” (Madre de Familia del municipio Torotoro, 2020).

“Todos tenemos el cáncer está dormido, a veces con un golpecito lo activamos” (Madre de Familia del municipio de Acasio, 2020).

Aplicación de la matriz de género

A través de la herramienta de la matriz para la análisis de género, analizaremos, a la luz de los resultados que han salido a través del cuestionario estructurado, cómo afectan los roles y las normas de género en la situación de salud general y en particular ligada al Cáncer de Cuello Uterino (CaCu) en los tres municipios de intervención. También miraremos cuáles son los factores culturales, sociales, que influyen en los resultados de salud. Hay condiciones estructurales en la sociedad (entorno físico, sistema de bienestar social, etc.) que promuevan la salud o la perjudiquen, de qué forma las percepciones sobre la salud y la enfermedad influyen la capacidad de las mujeres y los hombres para reconocer que están enfermos y buscar tratamiento. También de qué forma las normas locales en cuanto al acceso de información y servicios influyen en la voluntad y la capacidad de las mujeres y los hombres para reconocer que están enfermos y buscar tratamiento. Cómo influye la percepción de poder que tienen las propias mujeres y los hombres en su voluntad y capacidad para admitir que están enfermos y buscar tratamiento. Las actitudes masculinas estereotipadas suelen impedir que los hombres tomen medidas para cuidar de su salud, etc.

También analizaremos cómo el acceso a los recursos y su control, afectan la salud de los hombres y las mujeres, y cómo los roles y las normas de género nunca son neutrales o estáticas, sino que predeterminan el control de los recursos.

Análisis y resultados

PROBLEMÁTICA	MATRIZ DE GÉNERO	
Salud Sexual y Reproductiva y Cáncer de Cuello Uterino (CaCu)	¿Cómo las diferencias biológicas y físicas influyen en los hombres y las mujeres?	¿Cómo los roles y las normas de género afectan la salud de los hombres y las mujeres?
Riesgos para la salud y vulnerabilidad	<p>Las mujeres son más susceptibles a la infección durante la relación heterosexual debido a que tienen una superficie mayor de la mucosa expuesta durante las relaciones sexuales.</p> <p>Las violencias sexuales y las violencias en todas sus formas contra las mujeres, crean una mayor vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual, contraer el VPH y CaCu.</p> <p>El VPH resulta ser "asintomático" durante períodos más largos en las mujeres y puede tener consecuencias graves a largo plazo. Mientras que en los hombres el VPH tiende a ser totalmente asintomático, por lo cual la atención de salud a menudo llega tarde.</p> <p>El CaCu afecta específicamente a las mujeres.</p>	<p>Las actitudes masculinas estereotipadas suelen impedir que los hombres tomen medidas para cuidar de su salud.</p> <p>Las prácticas de autocuidado se consideran más de las mujeres.</p> <p>Desigualdad en la distribución del trabajo del cuidado y sobrecarga del trabajo del cuidado que recae en las mujeres, esto las hace más vulnerables a enfermarse.</p> <p>La mayoría de las mujeres no utilizan anticonceptivos y no pueden negociar el uso del preservativo con la respectiva pareja.</p> <p>Un porcentaje de mujeres afirman de no poder rechazar las relaciones sexuales con su pareja.</p> <p>Las mujeres no tienen pleno control y autonomía de sus cuerpos en la toma de decisiones.</p>
Capacidad de acceder y usar servicios de salud	<p>Las mujeres afirman, en un porcentaje mucho mayor respecto a los hombres, de haberse sentido, al menos una vez juzgadas, rechazadas o discriminadas, por el personal de salud.</p> <p>Muchas mujeres expresan que no acceden a la salud porque no quieren hacerse revisar de un médico de sexo opuesto.</p>	<p>Limitado acceso a los recursos económicos por parte de las mujeres (no trabajan o trabajan en casa, este trabajo no es remunerado).</p> <p>Dependencia económica de las mujeres de alguien (esposo, pareja, hermanos, padres, etc.).</p> <p>Tabúes sobre el cuerpo y la sexualidad y falsas creencias limitan el acceso a la salud de las mujeres.</p> <p>Muchas mujeres declaran que no tienen la capacidad económica para el acceso a la salud.</p> <p>Dependencia de muchas mujeres en la toma de decisión para ir al centro de salud, del esposo, pareja, familia.</p>
Resultados en la salud y consecuencias de los problemas de salud (por ejemplo económicas y sociales)	<p>Mayor muerte de mujeres por CaCu. No tanto por la letalidad del cáncer en las mujeres, sino más bien con el acceso limitado de las mujeres a los centros de salud para la detección y el tratamiento temprano del cáncer en las etapas iniciales.</p>	<p>No tener la capacidad económica para el acceso a la salud implica que las mujeres no se hacen controles de Papanicolau y prevención y/o tratamiento del CaCu.</p> <p>No tener plena autonomía en la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos, hace que las mujeres no vayan al centro de salud cada vez que quieran o lo necesiten. Esto implica menos probabilidades de detección temprana de la enfermedad y consecuencias más graves en el estado de salud a largo plazo.</p>

CONCLUSIONES PRINCIPALES

El análisis de género ha evidenciado datos relevantes en relación a las desigualdades de género en ámbito de la salud y sus determinantes sociales.

Un primer dato que cabe resaltar, ha sido encontrar **un desconocimiento general de casi toda la población que ha participado en el Programa** (jóvenes estudiantes, padres y madres de familia, profesores, autoridades municipales y operadores de salud) **sobre derechos, derechos sexuales y reproductivos, derecho a la salud y Cáncer de Cuello Uterino (CACU)**. En todas las fuentes utilizada para el análisis, desde la fase de estudio preliminar, así como en los resultados de los talleres y en las entrevistas individuales, resulta que la población no tiene información acerca de estas temáticas y los pocos conocimiento que tienen, se basan en las normas de género por lo cual tienden a reproducir roles y estereotipos, como hemos podido ver con los pre-test de evaluación de conocimiento en los talleres. Los talleres de formación, han resultado ser clave para desmitificar creencias erróneas, han ayudado en la comprensión de la importancia de hacer valer los derechos sexuales y reproductivos, y han favorecido el aprendizaje, el cambio de percepciones y la deconstrucción de roles y estereotipos basados en las normas de género. Los post-test de evaluación demuestran un cambio de percepciones y conocimientos en todas las personas que han participado en los talleres de formación.

Con respecto a **los resultados de las desigualdades de género** se evidencian:

- **Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud** (grado de instrucción, ocupación, el cuidado y el tiempo del cuidado, autonomía económica).

De los resultados que surgen de la encuesta, se puede ver que toda la población entrevistada ha tenido acceso a los estudios. En la mayoría, tienen un nivel de estudio entre medio y medio alto (bachiller, estudios secundarios y algunos estudios universitarios). Podemos evidenciar que aunque, hombres y mujeres han tenido acceso al estudio y tienen un nivel de estudio medio y medio-alto, en los tres municipios de intervención del programa, quienes no trabajan o trabajan en casa, son solamente las mujeres. Ningún hombre de los entrevistados declara que trabaja en casa. También con respecto a las necesidades básicas, se evidencia que casi toda la población entrevistada tiene acceso a las necesidades básicas como agua potable, alimentación, acceso a medios de transportes y comunicaciones. Sin embargo las más desfavorecidas, aunque en un porcentaje muy pequeño, resultan ser las mujeres y aún más las mujeres que viven en zonas rurales. Estos datos son muy importantes porque demuestran que, no obstante la población entrevistada tiene acceso las necesidades básicas y al estudio, **en la**

sociedad hay una asignación de roles asociados al género, que se sustentan en una sociedad patriarcal que hace que este tipo de cuestiones se convierten en determinantes, **como la división del trabajo sobre la base del género por la cual el trabajo en casa es algo que pertenece solamente a las mujeres**. Todo esto, **se refleja en el cuidado y el tiempo del cuidado, como determinante social de la salud. El cuidado es un referente de las desigualdades de género**.

Como hemos visto, los resultados han evidenciado que las responsabilidades de las tareas del cuidado recaen en un porcentaje mucho mayor en las mujeres respecto a los hombres. La división sexual del trabajo que asigna de manera naturalizada, el trabajo de cuidados, invisible y no remunerado a las mujeres, es una de las principales razones de la desigualdad entre sexos basadas en el género, tanto en el acceso al mercado laboral, como en la ocupación de los tiempos o en cómo se viven cuestiones como el tiempo libre, el autocuidado y también la relación con el cuerpo y la salud. Se evidencia cómo **se reproducen roles basados en las normas de género, por las cuales las mujeres asumen el rol reproductivo**, de cuidado de la familia, del esposo, de los padres, y **los hombres el rol productivo** de ser los proveedores que trabajan afuera y no en casa. En los tres municipios, se ha evidenciado de forma muy clara, que son las mujeres quienes invierten más tiempo en las tareas de cuidado y en muchos casos, “todo el tiempo”. Los resultados de los datos sobre acceso a los recursos y autonomía económica, muestran claramente que las mujeres son mucho más dependientes económicamente de alguien, con respecto a los hombres, aquí también podemos evidenciar **desigualdades de género con respecto a la autonomía económica** y de consecuencia **asimetrías en términos de acceso y control de los recursos económicos que tienen consecuencias en el acceso a la salud**, el cual en muchos casos, está perjudicado por el limitado acceso a los recursos económico por parte de las mujeres respecto a los hombres. Otro resultado muy importante, es que **la población entrevistada no prioriza el cuidado del cuerpo y de la propia salud**. Esto también es un resultado marcado por los roles y las normas de género. En los roles masculinos estereotipados los hombres tienden a no acudir al centro de salud, esta actitud responde a las normas de género por las cuales los hombres tienen que estar fuertes y no se pueden enfermar, y esto suele impedir, muchas veces, que los hombres no tomen medidas para cuidar de su salud.

En cambio, las mujeres para responder a sus roles de cuidadoras, basados en las normas de género, tienden a invertir todo el tiempo en el cuidado de los demás (familia, padres, hijos, etc.) y no tener tiempo para ellas mismas. En muchas de las entrevistas que se han realizado, resulta que no priorizan su salud, sino la salud de los hijos/hijas, y que no liberan tiempos para ellas mismas.

- **Desigualdades de género en la atención sanitaria:** (acceso a la salud y a los servicios sanitarios, atención sanitaria, autonomía en la decisión de ir al médico).

Sobre la autonomía en tomar la decisión de ir al centro de salud o hacerse una visita médica, los resultados muestran que esta depende, en la mayoría de las mujeres, de alguien de la familia, del doctor, de la pareja, del esposo o de los padres. Esto demuestra que **muchas mujeres no tienen autonomía en relación a las decisiones sobre sus cuerpos**. Otro factor que influye en la decisión de acceso a la salud, resulta ser el miedo o la vergüenza. Muchas de las mujeres dicen tener miedo a la visita médica y esto influye en la decisión de no ir al centro de salud. Esto se debe a los tabúes sobre el cuerpo y la sexualidad, los mitos y las falsas creencias que limitan el acceso a la salud de las mujeres. Estos mitos se multiplican con mucha facilidad porque históricamente, los temas relacionados con sexualidad y reproducción no se han tratado abiertamente en los espacios en que deben tratarse, como las aulas de clase en concordancia con la información que se da en casa. La sexualidad sigue siendo considerada un tabú del cual no se puede hablar. Los mitos, se multiplican porque la sexualidad, particularmente la femenina, ha sido muy cercenada y castigada por las culturas y también por las religiones.

- **Desigualdades de género en el estado de salud:** (salud sexual y reproductiva, violencia, maltrato).

En el uso de métodos anticonceptivos, de los resultados de la encuesta, resulta que la mayoría de mujeres específicamente en el municipio de Acacio y en La Paz, no utilizan métodos anticonceptivos. Con respecto a la corresponsabilidad del uso del preservativo, aquí también en la mayoría de los resultados, resulta que las mujeres no pueden negociar el uso del preservativo con la respectiva pareja. Con respecto a la decisión sobre la libertad de poder rechazar las relaciones sexuales con la pareja, en los resultados se puede ver que la mayoría de la población entrevistada, hombres y mujeres, pueden rechazar las relaciones sexuales si lo desean. Sin embargo, hay un 20% de mujeres que afirma no poder rechazar las relaciones con la pareja. La salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen relación directa con la autonomía y la integridad corporales de las mujeres, con el cuerpo como el lugar donde residen todas las funciones y opciones sexuales y reproductivas. **De las tres dimensiones de la autonomía y la integridad corporal: poder de decisión en materia de atención a la salud, anticoncepción y sexualidad, se evidencian desigualdades de género.** En los tres municipios de intervención, **muchas mujeres expresan que no pueden negociar el uso del preservativo con la respectiva pareja, que no pueden rechazar las relaciones sexuales aunque no quieran, y de no sentirse libres de tomar decisiones con respecto al propio cuerpo.**

Lo que resulta evidente, según los datos, es que **las mujeres no tienen pleno control de su cuerpo y sin control sobre el propio cuerpo, no hay igualdad de género**. La capacidad de decisión significa tener el poder de elegir y decidir por una misma. En materia de sexo, sexualidad y reproducción, la capacidad de decisión puede suponer tener el poder de decidir libremente mantener relaciones sexuales y cuándo o con quién tenerlas, así como decidir quedarse embarazada y cuándo o con qué frecuencia. Sin capacidad de decisión, una persona jamás puede tener autonomía. En los resultados del cuestionario, sobre la pregunta si tener hijos, cuántos tener y cuando, hay respuestas que atribuyen estas decisiones al esposo. Las normas y actitudes de género desiguales pueden socavar las facultades de las mujeres para tomar sus propias decisiones referentes al uso de anticonceptivos. Las dinámicas de poder desiguales en las relaciones constituyen otra barrera para las mujeres que quieren hablar de la anticoncepción con sus maridos o parejas. **El nexo entre la desigualdad de género y la negación de la autonomía corporal tiene efectos reales en la vida cotidiana de las mujeres**. De los resultados también se evidencia que la mayoría de las personas entrevistadas, en particular las mujeres, afirman que **los centros de salud identifican casos de violencias de género**. Las violencias sexuales, generan una mayor vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual, infección por virus del papiloma humano (VPH) y este constituye un factor de riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino.

A través del análisis de las desigualdades de género, se han identificado **desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, desigualdades de género en la atención sanitaria y desigualdades de género en el estado de salud**. Estas desigualdades, tienen un impacto fuerte en las mujeres, influyendo en el acceso a la salud y la calidad de vida de las mujeres y de los hombres. Hemos visto cómo las normas y los estereotipos de género condicionan diferencias entre hombres y mujeres en la percepción y evaluación del estado de salud, así como en su disposición a actuar para proteger su salud, acudir al médico y tomar medidas de prevención. También como las pautas de la socialización de género implican para las mujeres la asunción de roles de cuidado y trabajo del hogar, y los hombres la asunción de roles productivos. Resulta evidente cómo el género es una determinante social en la salud y de consecuencia la importancia de integrar la perspectiva de género en las políticas de salud.

RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados obtenidos por medio del análisis de género, se emiten algunas recomendaciones para el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia:

Se recomienda la **incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud** y que las políticas y los Programas tengan en cuenta las diferencias biológicas y sociales, y las desigualdades en relación con los roles, recursos y poder.

Específicamente se recomienda:

- ❖ Formular estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre la salud, con particular atención a los derechos sexuales y reproductivos.
- ❖ Reforzar procesos formativos, de capacitación y sensibilización en materia de género, mujer y salud y en la promoción de las mismas.
- ❖ Promover campañas de salud sexual y reproductiva, que no se centren solamente en el uso de los métodos anticonceptivos, sino que aborden la salud y la sexualidad en su sentido más amplio y donde los hombres también tengan un rol activo. Es necesario impulsar políticas educativas que promuevan comportamientos sexuales saludables, libres de prejuicios, mitos y falsas creencias obtenidas culturalmente sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ❖ Promover procesos formativos sobre educación sexual integral. Sin educación sexual integral, los jóvenes son vulnerables a los mitos y la información errónea. La importancia de posicionar el tema del cuerpo y la soberanía del cuerpo. Y que haya más paridad en la salud sexual y reproductiva, un rol más activo de los hombres. Que la atención no se centre solamente en las mujeres como quienes tienen que prevenir, sino también en los hombres y su rol de corresponsabilidad.
- ❖ La inclusión en las agendas de las políticas del cuidado, regulando y asignando presupuestos (tanto para mantenimiento de los ingresos, como para transferencias y subsidios), ofreciendo servicios e infraestructuras de cuidado, facilitando tiempos y permisos para el cuidado. Porque las políticas del cuidado, tienen la capacidad de ser transformadoras, en el sentido de que deben mitigar las desigualdades de género, deben dar cumplimiento a los derechos humanos (a través del derecho a cuidar y a ser

cuidado) y deben ser capaces de transformar la responsabilidad social, la gobernanza y el concepto de ciudadanía.

Para hacer operativa **la perspectiva de género** se proponen los siguientes elementos:

1. **Visibilidad de las mujeres.** Este punto implica hacer visible la realidad de las mujeres y para ello, el primer elemento a tener en cuenta en una política pública con perspectiva de género, es hacer visibles a las mujeres para dar visibilidad a las mujeres en relación a la salud y sus problemas.
2. **Participación paritaria.** En todo el proceso de diseño de los planes o programas determinados se debe promover la participación paritaria. En concreto, se considera necesario que se debe promover la paridad de mujeres y hombres de manera que el nombramiento de los equipos directores, redactores, consejos asesores, órganos de participación, tienda a ser paritario.
3. **Lenguaje e imágenes no sexistas.** En todo el diseño de los programas o planes es necesario utilizar el lenguaje que haga visibles por igual mujeres y hombres, y que no reproduzca roles y estereotipos de género, tanto en el lenguaje escrito como en el visual.
4. **Inclusión de los determinantes de salud y/o enfermedad en relación con el sexo/género.** Es necesario tener en cuenta los elementos o factores de riesgo relacionados con el sexo/género que intervienen como determinantes de salud y de sus problemas en los programas o planes de salud determinados.
5. **Promover la transversalidad.** Este elemento implica que el género esté presente en todas las políticas y medidas generales y que, en el momento de planificarlas, se tenga **en cuenta el impacto que producirán en los hombres y en las mujeres.**
6. **Formación sensible al género.** Es necesario que la formación en las instituciones educativas y en el pregrado, incluya la perspectiva de género.
7. **Investigación sensible al género.** Es necesario investigar la manera cómo el género está presente en el proceso salud/enfermedad, así como orientar a los profesionales en relación a la inclusión de las dimensiones del género en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- CPMGA (Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza). 2020. *Informe de línea base para la prevención del cáncer de cuello uterino (CACU) y aumento de la práctica de las pruebas de Papanicolaou (PAP)*. Municipios de Torotoro, Acasio y zona El Rosal, Bolivia: n.p.
- CPMGA (Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza). 2021. *Informe final consultoría: Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud - II Fase AID 10869*. municipios de Torotoro, Acasio y zona El Rosal, Bolivia: n.p.
- OMS (Organización de la Salud). 2002. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Ginebra: OMS; 2002. Ginebra, Suiza: n.p.
- ONU Mujeres. n.d. "ONU Mujeres- Coordinación del Sistema de Naciones Unidas - Incorporación de la Perspectiva de Género."
<http://www.unwomen.org/es/how-we-work/unsystem-coordination/gender-mainstreaming>.
- Pérez Orozco, Amaia, y Sira del Río. n.d. *Una Visión Feminista de la Precariedad desde los Cuidados*. Madrid, España: Publicado para la Comisión Confederal contra la Precariedad de CGT.
https://www.nodo50.org/xarxafeministapv/IMG/pdf/APO-vesion_feminista_precariedad_cuidados.pdf
- Rohlf, Izabella, C. Borell, y MC. Fonseca. 2000. *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. Vol. 14. 3 vols. Barcelona, España: n.p.
<https://gacetasanitaria.org/en-genero-desigualdades-salud-publica-conocimientos-articulo-X0213911100956185>.
- Sen, Gita, Asha George, y Pirooska Östlin. 2005. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Compiled by Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for population and Development Studies. Cambridge, Estados Unidos: n.p.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/809>.
- Torns, Teresa. 2008. *El Trabajo y el Cuidado. Cuestiones Teórico-metodológicas desde la Perspectiva Feminista*. Vol. 15, enero-junio. páginas 53-73 vols. Madrid, España: Revista de Metodología de Ciencias Sociales. <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045003.pdf>.

ANEXO

Cuestionario análisis de género Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud AID 10869

Este cuestionario pretende recoger información sobre algunas de las desigualdades de género relacionadas al sector salud en el marco del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud AID 10869. La relación de los datos y la evaluación con el análisis de género nos llevará a mejoras en las políticas y programas incluyendo la perspectiva de género de manera más eficaz.
¡Gracias por participar!

EL CUESTIONARIO ES ANÓNIMO

a) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

.....

2. Sexo

Mujer Hombre Otro

3. Estado civil

Casado/a Soltero Unión libre Separado/divorciado jefatura de hogar Otro

4. Número de Hijos

Mujeres..... Hombres.....

5. Auto identificación Étnica

6. Lugar de residencia

7. Tienes seguro de salud

Si No

Cua?

8. Grado de instrucción

Ningún estudio Estudios primarios Estudios secundarios Bachiller Estudios universitario

9. Ocupación

No trabajo Empleada/o Trabajo independiente Trabajo en casa

En:.....

b) EL CUIDADO Y EL TIEMPO DEL CUIDADO**10. ¿Tienes alguien a tu cuidado?** SI NO**11. Si la respuesta anterior ha sido sí, ¿puedes indicar a quien o a quienes brindas el cuidado?**

.....

12. ¿con quienes compartes esta tarea?

13. ¿Quién o quienes se hacen responsables de tu cuidado?

.....

14. Te sientes capaz de cuidarte a ti misma/o? SI NO

¿Por qué?

15. ¿Tienes tiempos de descanso, recreación para sentirte bien? SI NO**Porque?****16. ¿Cuánto tiempo dedicas a las tareas de cuidado de la familia, de la casa y el trabajo doméstico?** NINGUNO MUY POCO POCO TODO EL TIEMPO

c) AUTONOMÍA ECONÓMICA

17. ¿Tienes la capacidad de administrar tu sola/o el dinero de manera independiente y disponer cuándo tú quieras?

SI NO

EN QUE COSAS LO DISPONES:.....

18. Si la respuesta anterior ha sido no, ¿puedes indicar de quien o quienes dependes?

19. Tienes un recurso económico específico para pagar la atención en salud?

SI NO

POR QUE'

d) NECESIDADES BÁSICAS

20. ¿Tienes acceso a agua potable y salubre?

SI NO

21. ¿Comes al menos dos comidas completas al día?

SI NO

22. ¿Tienes acceso a comunicación?

SI NO

Internet Celular Medios de comunicación

23. ¿Tienes acceso a medios de transporte?

SI NO

Cual?

.....

e) ACCESO A LA SALUD

24. Cuantas veces al año asistes al centro de salud o a un hospital privado?

.....

25. ¿Cuándo estas enferma porque no asistes al centro de salud?

.....

26. Si te sientes mal de salud, ¿tomas de manera independiente la decisión de ir al médico?

SI NO

27. Si la respuesta anterior ha sido no, ¿de quién o quienes depende la decisión?

28. ¿Puedes acceder fácilmente al centro de salud más cercano?

SI NO

Si la respuesta es negativa porque?

29. ¿En caso de una enfermedad puedes pagar el tratamiento en un hospital privado si es necesario?

SI NO

Porque?

30. ¿Estás de acuerdo que un personal de salud del sexo opuesto te revise?

SI NO

31. ¿Alguna vez te sentiste juzgada, o rechazada por el personal de salud?

SI NO

Quando

f) SALUD SEXUAL

32. ¿Utilizas algún método anticonceptivo?

SI NO

¿Quién decide?

.....

33. ¿Puedes negociar el uso de condones con tu pareja sexual?

SI NO

34. ¿Puedes rechazar las relaciones sexuales con tu pareja o cónyuge si lo deseas?

SI NO

35. ¿Te sientes libre de decidir y de tomar las decisiones sobre tu cuerpo?

SI NO

36. ¿La decisión de cuantos hijos tener y cuando tenerlos es del :

Esposo

Sola

Juntos

37. Te realizas los exámenes de Papanicolaou y mamas

SI NO

38. Conoces si los centros de salud identifican casos de violencia

SI NO

39. Consideras que el no ejercer el derecho a la salud es violencia

SI NO

Porque?

