

**Programa Mujer, Salud y Desarrollo**

**Serie Género y Salud Pública**



**Organización Panamericana de la Salud**  
**Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Programa Mujer, Salud y Desarrollo

**Serie Género y Salud Pública**

**5**

REPORTE COMPRENSIVO DE SIETE INVESTIGACIONES DE SITUACION DE SALUD A NIVEL  
LOCAL SEGÚN CONDICIONES DE VIDA CON ENFOQUE DE GÉNERO REALIZADAS EN  
CENTROAMERICA (PERIODO 1994-1995)

San José, Costa Rica  
Agosto de 1999

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN.

Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte a:

ISBN : 92 75 32264 3

Créditos:

Elaboración :  
Lic. José Adrián Trejos Chacón  
MSc. Lea Guido

Conducción Técnica:  
MSc. Lea Guido

Cuidado de la edición:  
Bch. Julio Acuña Aguero

Organización Panamericana de la Salud  
Programa Mujer, Salud y Desarrollo  
Apartado Postal 3745-1000  
San José, Costa Rica.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS  
Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica  
[www@cor.ops-oms.org](mailto:www@cor.ops-oms.org)

## INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Presentación.....	v
Resumen Ejecutivo .....	vi
<b>1. Introducción .....</b>	<b>1</b>
1.1 Naturaleza metodológica y propósito del presente reporte.....	1
1.2 Antecedentes del ASIS con enfoque de género en la Subregión de Centroamérica.....	2
1.3 Propuesta de un ASIS con enfoque de género a los países de la Subregión de Centroamérica .....	3
<b>2. Marco de comparación de siete investigaciones nacionales.....</b>	<b>4</b>
2.1 Perfil básico de las investigaciones.....	4
2.2 Definición del espacio-población.....	4
2.3 Definición de las unidades de análisis.....	5
2.4 Participación en el proceso de investigación de los actores sociales y comunitarios.....	5
2.5 Balance básico de la selección y aplicación de las técnicas para la recolección de la información.....	6
<b>3. Principales datos y hallazgos.....</b>	<b>6</b>
3.1 Balance básico del tratamiento y análisis de la información según el centramiento y el esquema de investigación .....	6
3.2 Balance básico de hallazgos y resultados.....	7
<b>MATRICES.....</b>	<b>8</b>
1.1 Matrices-protocolo para la análisis de las 7 investigaciones.....	8
1.2 Antecedentes del ASIS con enfoque de género en la subregión de Centroamérica.....	9
2.1 Perfil básico de las investigaciones .....	16
2.2 Criterios para la definición de los espacios-población.....	23
2.3 Unidades de análisis .....	30
2.4 Participación en el proceso de investigación.....	34
2.5 Balance básico de la selección y aplicación de las técnicas para la recolección de información.....	42
3.1 Balance básico de tratamientos y análisis según el centramiento y el esquema de investigación.....	53
3.2 Balance básico de hallazgos y resultados.....	64
3.3 Balance de tratamientos y análisis según el centramiento y el esquema investigativo.....	81
Selección bibliográfica.....	83

## **PRESENTACION**

*La Serie "Género y Salud Pública" es producida por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en la subregión de Centro América auspiciado por los Gobiernos de Suecia y Noruega, con el propósito de difundir temas de interés promovidos por el Programa. Se pretende que sea un medio para estimular la reflexión, análisis y acciones desde una perspectiva interdisciplinaria de género sobre aspectos de la salud colectiva.*

*En los Cuadernos se publicarán documentos que por su importancia permitan consolidar los procesos que se realizan en los países centroamericanos, de incorporar la consideración de género en políticas y acciones del Sector Salud, que pueden ser originados por conclusiones de talleres, aportes de autores individuales y resultados de investigaciones.*

*El contenido de los trabajos publicados y la forma como los datos se presentan no implica necesariamente la posición del Programa MSD/OPS sobre el tema en particular.*

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Cada vez se plantea con mayor urgencia y convicción, la necesidad de elaborar propuestas metodológicas que visibilicen las iniquidades de género y propicien la participación de los diferentes actores sociales.

Las acciones de investigación sobre Análisis de Situación de Salud en el nivel local, según condiciones de vida y con enfoque de género, tienen como propósito fundamental la incorporación de este enfoque y alcanzar esa propuesta metodológica.

Los siete países de la Subregión Centroamérica han venido desarrollando experiencias locales de Análisis de Situación, estrechamente imbricadas con los procesos de reforma del sector y que han tomado especial vigencia en el curso de los últimos diez años.

Se ha tenido en perspectiva la importancia de activar la sensibilización y capacitación de los equipos involucrados, fortalecer el estado de las fuentes estadísticas de información, alentar el uso de técnicas cualitativas de investigación como complemento de las cuantitativas y, muy especialmente, profundizar en el desarrollo de aquellas que faciliten la participación, sean económicas, reproducibles y congruentes con las experiencias y necesidades nacionales y locales.

Este proyecto contó con el apoyo de los Ministerios de Salud, de las instancias locales de ejecución y de equipos altamente comprometidos, en cada uno de los países de la Subregión. Sin duda alguna el proceso no culmina aquí, sino que debe prolongar su vida en un trabajo cada vez más estrecho con las comunidades.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Naturaleza metodológica y propósito del presente reporte

En lo fundamental, este reporte aspira a ser una lectura sistemática de los informes finales de investigación del “ASIS según condiciones de vida con enfoque de género”, presentados por los siete países de la Subregión Centroamérica. Las investigaciones aludidas se llevaron a cabo entre octubre de 1994 y julio de 1995. Conforme a la convocatoria inicial de elaborar y validar una metodología que incorpore el enfoque de género en el ASIS del nivel local, se proponen los siguientes objetivos en lo que respecta al presente informe:

- a) Sistematizar y reconstruir los procesos metodológicos seguidos en las investigaciones nacionales.
- b) Recuperar las experiencias de la investigación, con el fin de fundamentar una propuesta metodológica subregional que tenga en cuenta los matices, las semejanzas y las diferencias nacionales.
- c) Mostrar los principales hallazgos y resultados.

El recurso para llevar a cabo estos objetivos es la utilización de matrices que sirvan, tanto para tamizar y clasificar los contenidos de los informes de investigación, como para comparar y reconstruir los procesos. Cabe subrayar que las matrices no se plantearon de una vez por todas, sino que se fueron modelando progresivamente; inclusive — como se puede verificar en las matrices-protocolo —, algunas se eliminaron y otras se desagregaron o reunieron en una única matriz. Este proceso iterativo, se guió, en buena parte, por intentos previos de sistematización, por prueba y error, aproximaciones sucesivas y afinamiento paulatino de categorías de análisis del presente proceso. No se trata en estricto sentido, de un análisis de contenido clásico, sino de una especie de análisis del discurso o de lectura semi-estructurada.

La idea original fue elaborar matrices sintéticas, con enunciados breves y referidos a conceptos puntuales, que dieran pie a la elaboración de redes causales, mapas cognoscitivos y árboles de decisión— herramientas usuales en el análisis de datos cualitativos. Esta propuesta continúa siendo válida, no obstante se optó finalmente por recuperar en lo posible los tonos y matices de los investigadores y personas involucradas, a través de citas textuales y algunas síntesis y parafraseos. De hecho, las abundantes citas textuales se indican por las típicas comillas (“...”), pero siempre se procura señalar la página de la fuente y distinguir un comentario, pregunta o deducción con una (C) en negritas. Las categorías de análisis de las respectivas matrices, se ubican en el título, los encabezados y la columna principal de las matrices. Sin embargo, para facilitar la lectura se introdujeron en mayúsculas otras categorías en el interior mismo de las columnas de los países.

La idea fundamental es que cada matriz presente un ángulo o aspecto de cada una de las investigaciones, con un nivel de detalle tal que el lector pueda citar las fuentes originales, sin necesidad de consultarlas directamente. Por supuesto, que si el interés del lector es la obtención de cifras pormenorizadas en cuadros y gráficos, tendrá necesariamente que acudir a los informes de investigación mismos, aunque se ha intentado presentar los hallazgos más sobresalientes desde la perspectiva de la planificación con enfoque de género. El concepto prevaleciente ha sido producir un texto de consulta fácil y con las características de una memoria comprensiva de todos los procesos de investigación, que reduzca al mínimo posible las repeticiones, preserve el contexto y permita diferentes lecturas, en especial desde la perspectiva metodológica. Por tanto, no se intenta simplemente “vaciar” todos los contenidos de los informes finales, ni suplantar estos documentos.

Para algunos las matrices son algo estáticas y complicadas, pero aquí se ha hecho el esfuerzo de que sirvan a un propósito más ambicioso: sugerir diversas lecturas, relaciones, agrupamientos y asociaciones que ayuden a explicar y comprender los procesos de investigación emprendidos por cada país de la Subregión. De hecho, el orden de las matrices obedece a un modo particular de concebir el proceso de investigación; inclusive se ha pensado como una posible propuesta de protocolo para futuras experiencias, pero de ningún modo debe asumirse como una norma rigurosa que obstaculice experimentar otras rutas y fórmulas.

En este documento sólo se incluyen los informes finales de investigación; para los casos de Nicaragua y El Salvador, algunos contenidos sin comillas ni la indicación (C) corresponden a comentarios escuchados a los equipos de investigación directamente. En relación con los aspectos teórico-conceptuales básicos de la propuesta, se ha preferido que sean los mismos informes finales los que den cuenta de los detalles, específicamente en lo relativo a los conceptos de género, condiciones de vida y sus dimensiones y análisis de situación de salud. Para este propósito se formularon varias matrices sobre los antecedentes básicos del ASIS con enfoque de género en cada país. Quien desee más detalles, deberá consultar los documentos fundamentales, indicados en la bibliografía.

Finalmente, esta primera parte está dedicada a comentar brevemente cada uno de los aspectos básicos de los procesos de investigación, destacando sobre todo las similitudes y diferencias generales. La brevedad obedece a la insistencia de evitar innecesarias repeticiones y concederle toda la atención posible, al contenido de los propios informes. En cada caso, el número del inciso o aspecto comentado —por ejemplo, este apartado tiene el número 1.1— corresponde con el número de la matriz o matrices aludidas, 1.1, las cuales se han situado juntas en la segunda parte del documento.

## **1.2 Antecedentes del ASIS con enfoque de género en la Subregión de Centroamérica**

Los sistemas de salud de los países Centroamericanos, en el curso de la última década han venido contemplando procesos de descentralización con miras a mejorar la calidad de los servicios en términos de acceso equitativo, reducción de costos y aumento de la eficacia. A la par de este proceso se



ha venido realizando esfuerzos por delimitar y coordinar la intervención de las diferentes instituciones del sector y fortalecer los entes rectores. Todo esto ocurre en el contexto de ajustes estructurales y de gran urgencia por alcanzar la sostenibilidad de los sistemas de salud de estos países.

El Análisis de Situación de Salud se ha venido introduciendo en la Subregión más o menos desde 1991, bajo la forma de experiencias piloto locales o regionales, o dirigidas a algún aspecto muy específico. Cabe citar como ejemplos una experiencia por regiones de 1992 y otra con énfasis en cólera de 1993, realizadas por Guatemala; la utilización de índices de condiciones de vida en ASIS de diferentes regiones sanitarias de Honduras con base en los censos de 1988; a través de la estrategia de los Municipios Saludables, se ha extendido el ASIS en El Salvador; en el caso de Nicaragua, el ASIS se ha incorporado como metodología de seguimiento y planificación estratégica de los SILAIS; en lo que respecta a Costa Rica, es un subsistema dentro del Sistema de Vigilancia de Salud, que se viene poniendo en práctica desde inicios de los noventa.

En lo referente a la incorporación de las condiciones de vida, todo parece apuntar a que es un proceso más reciente, posiblemente afín con la realización de la presente investigación, aunque hay antecedentes en el Sistema de Vigilancia y Planificación que viene implementando Costa Rica desde 1991 y en los estudios de Necesidades Básicas Insatisfechas, hechos en Honduras a partir de los datos censales de 1988.

La incorporación del enfoque de género en el ASIS en la Subregión, fue precedida por actividades de capacitación y sensibilización en aspectos de género del personal de salud, el abordaje de temas tales como la autoestima, el autocuidado de la salud y la atención de la problemática de la violencia intrafamiliar. En este proceso han sido significativos el establecimiento del Programa Mujer, Salud y Desarrollo a finales de los años ochenta y los esfuerzos de los diferentes Ministerios de Salud, desde inicios de los años noventa, por instalar unidades u oficinas expresamente dedicadas a coordinar lo relativo a género y salud. Además, la preocupación por el estado de las estadísticas de morbi-mortalidad y la visibilización de sesgos de género se ha venido intensificando desde la mitad de los años noventa en los países de Centroamérica.

### **1.3 Propuesta de un ASIS con enfoque de género a los países de la Subregión Centroamérica**

Tomando en cuenta tales antecedentes, la propuesta de desarrollar investigaciones de situación de salud, según condiciones de vida con enfoque de género, ha tenido en cuenta que existen tanto diferencias como semejanzas entre los sistemas de salud de los países de la Subregión Centroamérica. A partir de dicha consideración, se ha planteado llevar a cabo una experiencia multicéntrica y multisectorial, en cuanto a su coordinación se refiere, con un acuerdo tácito sobre el problema y los objetivos de investigación, pero dejando en libertad a cada equipo de investigación de desarrollar y proponer sus propias técnicas, de conformidad con las experiencias y necesidades nacionales y locales.

En lo fundamental se busca la incorporación del enfoque de género al Análisis de Situación de Salud y la formulación de una propuesta metodológica que visibilice iniquidades históricamente inadvertidas y facilite la participación de los diferentes actores sociales. Dicha incorporación se propone como la posibilidad de vivir una experiencia de investigación que al final permita contrastar e intercambiar las propuestas de los siete países.

## **2. MARCO DE COMPARACIÓN DE SIETE INVESTIGACIONES NACIONALES**

### **2.1 Perfil básico de las investigaciones**

La definición y justificación del problema de investigación expresamente reposa en la ausencia de un enfoque de género y la inexistencia de experiencias de investigación previas. Hay una urgente necesidad de desarrollar metodologías que visibilicen y contraresten las iniquidades de género y orienten las acciones a la superación de esquemas conceptuales y enfoques centrados en los roles reproductores de las mujeres (crítica al enfoque de bienestar) y favorezcan el empoderamiento de los miembros, hombres y mujeres, de las comunidades.

Los equipos de investigación destacaron enfáticamente los importantes problemas de la calidad de la información, cuantitativa y cualitativa, que es posible enumerar con la siguiente lista de categorías: indicadores fuera del contexto local; no ser aplicables en áreas geográficas pequeñas; ausencia de una desagregación conveniente por sexo y edad; problemas de registro y problemas de orden metodológico de los indicadores e índices.

Dentro del marco antes enunciado, la formulación de los propósitos u objetivos en lo básico es similar. En cuanto a las hipótesis, indicadas expresamente sólo por tres de los siete informes, señalan fundamentalmente la incidencia de las condiciones de vida de manera diferenciada por sexo/género, en los problemas de salud y la existencia de respuestas sociales que, en vez de contrarrestar, profundizan las iniquidades de género entre hombres y mujeres.

Finalmente, la propuesta de los países gira alrededor de una demanda de técnicas cualitativas y cuantitativas, el desarrollo de investigaciones, en lo fundamental, de corte exploratorio y descriptivo transversal, que reposen su carácter participativo en la consulta a través de los grupos focales o la consulta directa a prestatarios de servicios de salud y representantes de organizaciones comunales.

### **2.2 Definición del espacio-población**

Teóricamente, la definición del espacio población se basó en la premisa de que los problemas de salud no están distribuidos aleatoriamente; antes bien, responden a condiciones históricas, a aspectos étnicos, a la importancia de identificar identidades y roles de género en el marco de las diferencias culturales y económicas. Los espacios-población — mejor dicho en plural— se caracterizan como la expresión de condiciones de vida de grupos de población específicos, a las que se superponen desigualdades e iniquidades de género.

La posibilidad operacional del espacio-población radica —tomando en cuenta la experiencia de los equipos de investigación de los países— en la identificación de la especificidad y homogeneidad de las condiciones de vida de la localidad bajo estudio y la comparación bipolar o contraste de al

menos dos espacios, cuya diferencia sea atribuible a una condición básica global: rural/urbano, niveles de pobreza o la condición de unidad básica de gestión del sistema de salud.

La selección de los espacios-población, finalmente, consiste en la ponderación de una variedad de criterios. Entre éstos se citan: nivel organizacional-administrativo de la localidad como sede de algún servicio de salud y punto estratégico o clave de respuesta institucional a los problemas de salud; condiciones de vida con respecto a aspectos de postergación o niveles de pobreza; el apoyo central y bcal en la realización de la investigación e inclusive, el mandato institucinal. Por supuesto que pesan otros criterios, como las condiciones sociales y geográficas propicias y el apoyo comunitario y local, aparte del interés de realizar una comparación bipolar.

Es posible afirmar que el criterio eje ha sido la comparación bipolar entre dos espacios: uno rural y otro urbano (El Salvador); ambos urbanos, pero uno “popular” y otro “marginal” (Panamá); un espacio urbano “tradicional” y otro clasificado como “urbanización progresiva” (Nicaragua); puede tratarse de un contraste menos preciso entre urbano y rural (Belice) o algo difuso entre “localidades tanto urbanas como urbano-marginales” (Guatemala). El contraste puede cifrarse en representatividad, es decir, tomar “una comunidad representativa de las urbano-marginales del país” (Costa Rica). Por otro, el énfasis puede ser considerar los niveles de pobreza para el estudio de un caso urbano (Honduras).

### **2.3 Definición de las unidades de análisis**

En la definición de las unidades de análisis radica uno de los aspectos más controvertibles de las estadísticas tradicionales, especialmente en lo relativo a la declaración de quién es el jefe de hogar y la existencia de una variedad de estructuras familiares.

Las unidades de análisis, de menor a mayor especificidad, van desde grupos de población o localidades (Guatemala), familias y hogares (Panamá y Honduras, respectivamente), jefes de hogar o jefaturas de familia (El Salvador, Nicaragua y Costa Rica) y hombres y mujeres de 14-65 años de edad, conforme a sus ciclos de vida (Belice).

En el caso de Honduras la unidad de análisis, hogar, es estratificada “de acuerdo a la incidencia de carencias”, pero se combina su análisis con el de otras unidades tales como la familia y la jefatura de hogar. En relación con Panamá se indica explícitamente, que la unidad de anclaje central son las familias de las comunidades seleccionadas, dentro del marco de las poblaciones o comunidades comparadas (unidades de nivel superior) y los individuos informantes, hombres y mujeres, miembros de la pareja conyugal (unidades de nivel inferior). El equipo de investigación de Costa Rica, designa otras unidades de análisis: organizaciones comunales y prestatarios de los servicios.

Bien se podría destacar, que la definición de las unidades de análisis no se propone como algo a priori o definitivo, sino que está sujeta a procesos de construcción y aproximación, justamente lo que los instrumentos buscan examinar. Por esto se comprende que en general, la cuestión metodológica se centra en lo que se entiende por jefe/a de familia y qué significa ésta última en el marco de los espacios-población de interés.

### **2.4 Participación en el proceso de investigación de los actores sociales y comunitarios**

Las observaciones aquí presentadas, parten de la premisa de que cada equipo de investigación tenía presente como uno de los aspectos clave del enfoque de género, la ruptura con el paradigma tradicional, que reduce a los informantes y estudiados a simples objetos de la investigación.

Una consulta de los informes finales, a través de dieciseis actividades o procesos, permite llegar a las siguientes conclusiones:

- ✓ La elección del enfoque, el inicio de la experiencia, la definición del problema, de los propósitos, de los objetivos y de las hipótesis, se centró en las orientaciones y acuerdos tomados entre la Asesoría Subregional y los equipos de investigación de los siete países.
- ✓ La definición del tipo de investigación, del espacio- población, de las unidades de análisis, de las unidades de información, del diseño de los instrumentos, del análisis e informe, se centraron en los equipos de investigación, fundamentalmente.
- ✓ Son los procesos de recolección de la información, de difusión y de continuidad de la experiencia, los que involucran más a los miembros de las comunidades o localidades estudiadas.

En resumidas cuentas, los equipos dejaron sobrada evidencia de desarrollar técnicas cualitativas participativas (especialmente los grupos focales y la red de eslabonamiento estratégico) pero dejan el grueso de la participación “genuina” como un proceso por realizar como parte de la continuidad de la experiencia.

## **2.5 Balance básico de la selección y aplicación de las técnicas para la recolección de la información**

En el conjunto de todas las experiencias de investigación se incursionó en el uso de gran variedad de técnicas cuantitativas y cualitativas. Definitivamente los equipos de investigación cifraron grandes expectativas alrededor de la técnica del grupo focal como medio para incrementar la participación de los miembros de las localidades comprendidas en los espacios-población. El recurso de la encuesta por muestreo o por enumeración total es común a todas las investigaciones. En el caso de Costa Rica es palpable que se descansó fundamentalmente la recolección de los datos en esa última técnica.

En cuanto a la reproducción se refiere, se favorece la utilización de los grupos focales, se advierte la necesidad de reconsiderar la técnica de la encuesta por muestreo o enumeración total y la importancia de repetir la experiencia periódicamente y en otras localidades.

## **3. PRINCIPALES DATOS Y HALLAZGOS**

### **3.1 Balance básico del tratamiento y análisis de la información según el centramiento y el esquema de investigación**

Como conclusiones generales en relación con el tratamiento y análisis de la información cabe destacar:

- ✓ Estas experiencias son el primer acercamiento en la región a la aplicación de la categoría sexo-género en un análisis de situación de salud a nivel local. Por ésto es congruente que las investigaciones hallan cubierto con más detalle el esquema exploratorio (3.1.1) y que halla importantes avances en lo relativo al esquema analítico/descriptivo (3.1.2).
- ✓ Respecto al esquema analítico/descriptivo (3.1.2), el tratamiento y el análisis principalmente está centrado en las variables. En cuanto a los valores o indicadores predominantemente se plantea como una fase que debe continuar su desarrollo posterior. Este paso es indispensable para completar las demandas relativas a las unidades de análisis dentro de este esquema y facilitar la reproducción de los análisis locales con enfoque de sexo-género.
- ✓ Ha quedado en evidencia que los esquemas de investigación se imbrican y es posible adelantar aspectos del esquema explicativo/compreensivo (3.1.3), a pesar de que los otros esquemas estén incompletos. Este es el caso de la propuesta de elementos para desarrollar en forma una tipología de las unidades de anclaje jefaturas de hogar. Sin embargo, la validación estadística de los indicadores se indica como una fase posterior y no se señalan análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.
- ✓ Las tareas y procedimientos de análisis se realizaron interdisciplinariamente. Participaron en tareas de operacionalización y análisis, profesionales de epidemiología, estadística y otros campos de ciencias sociales. Para los casos de Nicaragua se destaca la interpretación de la información con el personal local de salud, especialmente en lo atinente a las sesiones de los grupos focales. En El Salvador el personal de enfermería también tomó parte en el análisis. En lo principal el análisis se centró en el equipo de investigación, aunque se preven formas de devolución y difusión de la información con la participación de los actores locales.

### **3.2 Balance básico de hallazgos y resultados**

En suma se puede destacar que todas las investigaciones reportaron hallazgos en todos los componentes esenciales para diseñar una planificación en salud con perspectiva de género. El peso del análisis recayó en la presentación de las necesidades de salud más importantes. Quizás deba examinarse con más detenimiento el rol de gestión comunitaria en una próxima experiencia investigativa.

**1.1. MATRICES PROTOCOLO PARA EL ANALISIS DE LAS 7 INVESTIGACIONES**

	<b>Antecedentes del ASIS con enfoque de género</b>	<b>Perfil básico de las investigaciones</b>	<b>Criterios para la definición de los espacios- población.</b>	<b>Unidades de análisis</b>	<b>Participación en el proceso de investigación</b>	<b>Balance básico de las técnicas para la recolección de la información</b>	<b>Balance básico de hallazgos y resultados (planificación desde un enfoque de género)</b>
1	Contexto: los sistemas de salud	Problema (Definición/Justificación)	Definición teórica	Definición teórica	Enfoque teórico- metodológico	Tipo de informante	Rol reproductor
2	Desarrollo del ASIS	Propósitos	Criterios de selección	Selección	Inicio de la experiencia	Tema	Rol productivo
3	Incorporación de las condiciones de vida en el ASIS	Objetivos	Características básicas	Jerarquía	Definición del problema	Instrumentos de apoyo	Rol de gestión comunitaria
4	Incorporación del enfoque de género en el ASIS	Hipótesis			Definición de los propósitos	Dificultades	Estructuras familiares/jefatura de hogar
5		Tipo de investigación: cualitativa, cuantitativa, participativa, etc.			Definición de los objetivos	Contexto	Acceso y control sobre recursos
6					Definición de las hipótesis	Reproducción y costo	Necesidades de salud
7					Definición del tipo de investigación	Participación	Respuestas sociales
8					Definición del espacio –población		
9					Definición de las unidades de análisis		
10					Definición de las unidades de información		
11					Diseño de instrumentos		
12					Recolección de la información		
13					Análisis		
14					Informe		
15					Difusión		
16					Continuidad de la experiencia		

## 1.2 ANTECEDENTES DEL ASIS CON ENFOQUE DE GENERO EN LA SUBREGION DE CENTROAMERICA

### 1.2.1 CONTEXTO: LOS SISTEMAS DE SALUD: Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>"El Ministerio de Salud desarrolla Programas específicos de carácter obligatorio en todos los servicios, los cuales responden a los principales problemas de Salud (...) todos ellos dirigidos al binomio madre niño, por ser considerado el grupo más vulnerable. También desarrolla componentes como el Programa de Tuberculosis, Control del Dengue, Rabia, Profilaxis Sexual y Control del SIDA, los cuales están dirigidos a la población en general." [p.31]</p> <p>"El Ministerio de Salud Pública tiene como prioridad dentro de sus programas, los de IRA y Control de la Diarrea Aguda, por lo que se cuenta con registros específicos para esta morbilidad." [p.80]</p> <p>"En las localidades del Distrito de Bethania, las madres, en promedio, tienen mayor afiliación, siendo esto debido a la atención requerida para el período de maternidad (86%)." [p.86]</p> <p>"(...) El Distrito de Bethania posee un Centro de Salud y una Clínica Periférica. (...) [esta última es] parte del proyecto recientemente desarrollado en el país (...)" [p.15]</p>	<p>"Las estrategias del Gobierno son mejorar la equidad, la calidad y el costo- eficacia de los servicios de salud. Para aplicarlas, el Gobierno ha presupuestado más recursos para salud en áreas económicamente deprimidas." [p.4]</p> <p>-- "Ajustes estructurales mayores pueden forzar al gobierno a iniciar un recorte en programas y servicios del sector social, con efectos negativos en los roles de las mujeres como madres y cuidadoras." [p.4]</p> <p>--"El país reconoce cuatro principales grupos étnicos y varias comunidades étnicas menores. Todas ellas tienen por un lado impacto e influencia recíproca en tanto que las condiciones de vida de los individuos varían en alguna medida por las diferencias entre los grupos étnicos." [p.4]</p> <p>--"Existe evidencia de un empeoramiento en la situación del acceso al mercado laboral y a la participación." [p.4]</p> <p>"(...)El Gobierno de Belice suscribe las metas de la Organización Mundial de la Salud (Salud para todos en el año 2000), a través de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud para llegar a cumplir sus objetivos." [p.7]</p> <p>"El sector salud es el segundo mayor empleador del sector público, con cerca del 30% del total de empleados del servicio público. (...)" [p.7]</p>	<p>"Actualmente, el sector salud en el nivel local está desarrollando importantes proyectos, tales como la construcción del Albergue Materno Infantil, construcción de huertos familiares, Proyecto Pecuario de Especies Menores, reorganización del área geográfica de influencia y la organización del SILOS Departamental, que tomó auge a partir de las demandas hechas al Gobierno Central y Ministerio de Salud, de parte de los pueblos Lencas de Intibucá." [Vol.2, p.iv]</p>	<p>"Dentro del Plan de Gobierno 1994-1999 para el Sector, se plantean políticas y acciones tendientes a: Ampliar y profundizar los programas de salud primaria, con énfasis en aspectos preventivos; promover una efectiva incorporación de la comunidad al sistema de salud; mejorar y ampliar la cobertura de los establecimientos de salud; modernizar y descentralizar la gestión de salud primaria, para mejorar la capacidad de respuesta, principalmente, en unidades y puestos de salud; estimular los SILOS, en consistencia con la estrategia de la programación local; introducir sistemas modernos de administración, para crear una red integrada de información sobre salud, nutrición y administración; fortalecer el programa de nutrición." [p.5]</p> <p>"A partir de 1995, el Ministerio de Salud, como producto de un proceso de modernización, ha adoptado una estrategia de división departamental, (...)" [p.5]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
	<p>“Corozal tiene un sistema de salud dividido en 5 áreas. Cada área de salud tiene un centro de salud rural. El centro urbano de salud está localizado en Corozal Town. Cada centro de salud tiene personal entrenado. (...) Las dos comunidades estudiadas son atendidas por clínicas de salud móviles (...)” [p.8-9]</p>		

**1.2.2 CONTEXTO: LOS SISTEMAS DE SALUD (continuación): Nicaragua, Costa Rica y Panamá**

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>Sistema Local de Atención Integral en Salud(SILAIS): “Es la unidad administrativa básica del sistema, con la responsabilidad directa de la salud en cada uno de los territorios definidos.” [p.9]</p> <p>“(...) son la estrategia principal del Ministerio de Salud para implementar políticas de salud, constituyéndose en el proyecto impulsor de la transformación del sistema de salud, tanto en la disposición interna del MINSA, como en la articulación entre actores sociales de un territorio, para el abordaje de los problemas de salud.” [p.13]</p> <p>A partir del Plan Nacional de Salud 1988-1990, se fortaleció el Ministerio de Salud como organismo rector de la salud e impulsó el desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) y su capacidad de articulación con los procesos sociales y económicos del país. [p.2]</p> <p>“En abril de 1991 se aprobó la Resolución Ministerial No.91, en la cual se establece la creación de los SILAIS. En todo el país se conformaron 19 SILAIS que corresponden a la división política y administrativa del mismo, con excepción del Departamento de Managua, que por complejidad y volumen de población, fue subdividido en tres: Managua Oriente, Managua Central y Managua Occidental.”</p>	<p>Los sistemas de atención médica en Costa Rica son tres: El de Asistencia Pública (Ministerio de Salud): “Presta atención sobre educación para la salud, prevención y saneamiento ambiental a todo el país y a un porcentaje de la población, da cuidados para la enfermedad. Sus ingresos los da el estado. Son insuficientes.” [Vol.1, p.16]</p> <p>Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): “Un sistema parcial de Seguridad Social, que tiene una cobertura de más del 80% de la población total del país. A esta le da: atención de enfermedad, maternidad, rehabilitación e invalidez. Se sostiene con cuotas Obrero Patronales e impuestos que el Estado destina para ella. Es deficitario en la relación ingresos/egresos a la fecha.” [Vol.1, p.17]</p> <p>Instituto Nacional de Seguros (INS): “Un seguro contra accidentes sufridos por los trabajadores, llamado de riesgos profesionales o del trabajo. Es autofinanciado eficiente. (...)” [Vol.1, p.17]</p> <p>En un ambiente de “permanente crisis técnica, financiera y laboral de sus</p>	<p>-- “Para la administración actual ha sido prioridad la reorganización administrativa y funcional de la institución, (...) de acciones concertadas (siento que hubo más apoyo y enlace gubernamental en esta experiencia de investigación), descentralización administrativa y de actividades, que conduzca al logro de los objetivos de la institución, desarrollando una eficaz y eficiente administración.” [p.28]</p> <p>-- “Estos servicios de Salud se estructurarán, de acuerdo a los lineamientos políticos y estratégicos del Ministro de Salud para el quinquenio (1994-1999), por niveles de atención de complejidad creciente, articulados entre sí por la Estrategia de Atención adecuada para la solución del problema de salud y reforzados por un sistema de referencia de doble vía para garantizar este propósito.” [p.30]</p> <p>--“(...) A partir de octubre de 1991, se definió un ‘Acuerdo para la Coordinación Funcional de los servicios entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social’, que transforma el modelo a uno de coordinación en el cual se elaboran y ejecutan programas conjuntos, incluyendo la facturación y compensación de las prestaciones a los derecho habientes. Para ello, se iniciaron procesos administrativos tendientes a racionalizar el gasto y a facturar. ” “El sistema de servicios de salud está compuesto</p>



NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Cada SILAIS fortalece seis componentes básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El modelo de atención a la salud.</li> <li>- El modelo de gerencia de los servicios.</li> <li>- Los sistemas de información.</li> <li>- La integración de los programas especializados.</li> <li>- La participación social.</li> <li>- La formación y capacitación de los recursos humanos.” [pp.2-3]</li> </ul>	<p>instituciones y establecimientos”, se plantea como prioridad “fortalecer el ámbito y quehacer del Ministerio de Salud en su función política de Rectoría, definiéndolo como la máxima autoridad nacional en aspectos de salud (...)” [Vol.1, pp.33-34]</p>	<p>por el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y las instituciones privadas con o sin fines de lucro. (...)” [p.32]</p> <p>--Principios rectores de las políticas de salud: “integridad de la salud panameña”; “responsabilidades y participación social”; “equidad/solidaridad/seguridad social”; “eficiencia”; “eficacia”; y “coordinación entre sectores”. [p.37]</p>

### 1.2.2 DESARROLLO DE ASIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Previo al desarrollo de la presente investigación, únicamente se habían desarrollado dos experiencias en Análisis de Situación de Salud en el país: una por Regiones en 1992 y otra con énfasis en Cólera en 1993, en el municipio de San Raymundo, de la ciudad capital. Ninguna de ellas investigando condiciones de vida y menos aún con enfoque de Género. El enfoque para la ejecución del ASIS, que en la actualidad se desarrolla en algunos municipios del país, ha cambiado, aunque persiste la idea inicial de hacerlo orientado al problema del Cólera.” [p.31]</p>	<p>“La introducción del ASIS fue anunciada hace más de dos años y verbalmente propuesta a los profesionales del nivel nacional como pertinente, por el Consultor de la OPS y el Punto Focal Nacional. Luego se mantuvieron discusiones con el Director de Servicios de Salud y el Director Nacional de Atención Primaria. Una vez introducido nacionalmente se mantuvieron conversaciones con el Oficial Médico de Distrito, del distrito seleccionado. Posteriormente se nombró un Coordinador para el proyecto.”</p> <p>“El inicio del ASIS en el nivel comunitario fue hecho en</p>	<p>“La política de salud actual, ha sido impulsora de propuestas innovadoras, que plantean el desarrollo de la Epidemiología y Análisis de Situación de Salud y Condiciones de vida, de tal manera que se han desarrollado proyectos en diferentes Regiones Sanitarias, pero sin incorporar el enfoque de género y utilizando los índices de condiciones de vida según los datos de población de 1988.” [Vol.2, p. iv]</p>	<p>"El Análisis de Situación de Salud, teóricamente, se realiza a través de los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Del nivel central se envían instrucciones para la preparación del Plan Anual Operativo (PAO) y se solicita que, como requisito previo, debe realizarse un ASIS en el que debe participar el equipo epidemiológico local, el o la médica, la enfermera y el o la inspectora de saneamiento. Esto se realiza en cada Unidad, Centro o Puesto de Salud.</li> <li>2. El ASIS debe contener: <ul style="list-style-type: none"> <li>situación socioeconómica,</li> <li>aspectos ecológicos, factores de riesgo, población,</li> <li>problemas de salud. Esta información se incorpora al PAO local.</li> </ul> </li> <li>3. Se hace la consolidación de</li> </ol>	<p>“Para incidir en los problemas de salud, se le da seguimiento a través de la metodología de análisis de situación, en la cual cada SILAIS establece cuales son sus principales problemas de salud y cómo estratificarlos por prioridad, tomando en consideración los siguientes criterios entre otros: recursos financieros, recursos humanos, magnitud del problema, trascendencia, etc.” [p.3]</p> <p>“Para 1992 y 1993 ya algunos SILAIS realizan esfuerzos por efectuar este ejercicio a nivel de cada Servicio Municipal de Salud, involucrando al personal que trabaja en esto y con la participación de la comunidad. Este proceso viene a fortalecer la capacidad de gestión de los SILAIS y se inicia el proceso de</p>	<p>Antes de 1991 dominaron los “enfoques fragmentarios”: los biológicos (productos terminales: enfermedad y muerte); los economistas (rendimiento – productividad – costos); y la “relación oferta- demanda”. [Vol.1, p.61].</p> <p>A partir de 1991, con el Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud se incursiona en un “enfoque integral” que contempla “los factores sociales, culturales, ecológicos, económicos, políticos, de administración y prestación de servicios de salud”. [Vol.1, p.69]</p> <p>Asimismo, los “factores de riesgo a la salud” y las “condiciones favorables de vida” (el mejoramiento de la calidad de vida</p>	<p>Modelos precedentes y que aún tienen alguna vigencia en el sistema de salud son: el modelo ecológico, el modelo socio – ecológico y en los últimos años el modelo de la morbilidad y mortalidad, cobertura y producción de servicios y condicionantes de salud. [p.66]</p> <p>--A partir de 1989, especialmente 1992, “mediante la evaluación del Desempeño de los Equipos de Salud [en la Región de Salud de San Miguelito] se ha incorporado el <b>Modelo Epidemiológico de Análisis de Políticas de Salud de G. E. Dever</b> en</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>colaboración con el personal de salud del nivel de Distrito y los miembros del equipo local. Permanentemente el proceso fue de diálogo, un elemento crítico en la comprensión de las realidades de las comunidades y líderes locales. Esto fue igualmente importante en el diálogo con líderes nacionales. La comprensión, acuerdo y participación en el proceso de ASIS requirió tiempo.” [p.3]</p>		<p>los PAO locales para elaborar los departamentales, regionales y el nacional. Para la elaboración de estos documentos, se utiliza la información disponible y se realizan encuestas sólo si es de interés nacional.” [p.9]</p> <p>“Actualmente se está impulsando la estrategia de Municipios Saludables, que propicia la coordinación horizontal y entre sectores para la identificación, priorización y solución de los problemas al nivel de Municipios.” [p.9]</p> <p>En conclusión, ya el ASIS tiene una amplia extensión en el país.</p>	<p>descentralización financiera y fortalecimiento de los SILAIS a partir de 1994.” [p.3]</p> <p>“Una de las herramientas fundamentales con las que cuentan los SILAIS en el proceso de planificación estratégica al nivel local, es el Análisis de Situación de Salud que se realiza cada año en los diferentes municipios que conforman un SILAIS.” [p.3]</p> <p>“En el año 1994, se revisó la Metodología de Planificación Estratégica al nivel local, dando mayor énfasis a la participación comunitaria, y como parte del proceso de descentralización, se orientó y capacitó al personal municipal para que este proceso fuera realizado por ellos.” [p.3]</p>	<p>antes que la atención de la enfermedad). [Vol.1, p.70]</p> <p>“(…) una redefinición del concepto de vigilancia de la salud, la cual se haría ya no exclusivamente sobre aquellos actores tradicionalmente reconocidos como responsables de su mantenimiento y mejoramiento, sino, también, sobre aquellos otros que realicen acciones que afecten la salud humana, directa o indirectamente. La vigilancia es un proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la población.” [Vol.1, p.64]</p> <p>Dentro del Sistema de Vigilancia de la Salud “(…) el Subsistema de Análisis de la Situación de Salud se define como el proceso mediante el cual se relacionan las variables de las cuatro dimensiones de las condiciones de vida (ecológica, biológica, social y de servicios) para la selección de aquellos factores que representan un peso específico en la producción social de salud. Esta relación busca identificar los factores explicativos de la situación actual y los predictivos de una situación futura deseable.” [Vol.1, p.65]</p>	<p>diferentes regiones de salud (….) el cual ha servido para sentar las bases de un análisis integral (….)” [p.66-67]</p>

**1.2.3 INCORPORACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN EL ASIS**

<b>GUATEMALA</b>	<b>BELICE</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>EL SALVADOR</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>COSTA RICA</b>	<b>PANAMA</b>
(C) No se expresa cuándo y cómo.	(C) No se expresa cuándo y cómo.	--“(…) en el país hay un cúmulo de experiencias a partir de los datos del Censo de 1988, respecto a estudios de Necesidades Básicas Insatisfechas(NBI), que han permitido la caracterización de la pobreza desde la dimensión de Condiciones de Vida y la capacidad de subsistencia. Sin embargo, no se han hecho avances metodológicos en la interpretación y vinculación operativa de las Condiciones de Vida como expresiones de necesidades desde el punto de vista de salud o riesgo. Además, los indicadores utilizados en el país — se hace referencia a NBI — si bien describen en forma objetiva los hogares hondureños, especialmente en lo que a <b>condiciones</b> de vida se refiere, no revelan las desigualdades que históricamente se dan entre hombres y mujeres en diferentes grupos de población.” [Vol.1, p.6-7] [Véase también Vol.2, p. iii, Vol.1, p.14]  *“(…) se han realizado esfuerzos importantes en la caracterización de la pobreza mediante estudios de Condiciones de Vida a nivel Nacional.” [Vol.1, p.1]	(C) No se dice expresamente cómo y a partir de cuándo.	“En [la Metodología de Planificación Estratégica en el nivel local (revisada en 1994)] se estableció que: ‘Los factores condicionantes estructurales o reglas son características personales o del medio, no controlables desde el punto de vista estrictamente sanitario y que determinan el que una persona sea particularmente vulnerable a contraer un daño en su salud’. ” [p.3] “Ejemplo: edad, género, nivel socioeconómico, clima.”, pero no se establece en el proceso, cómo incluir y analizar los problemas de salud de mujeres y hombres, considerando la participación de los roles masculino y femenino en la incidencia de determinados problemas.” [p.4]	Véase 1.2.2	“(…)no contar con referencias documentadas (…)sobre la aplicación del Modelo de Reproducción Social, Basado en Condiciones de Vida.” [p.91] (C) De hecho, es a partir de la presente investigación que se acoge la sugerencia de la Oficina Subregional, de utilizar las cuatro dimensiones (biológica, ecológica, cultural y económica) de condiciones de vida contenidas en la formulación de Castellanos.

#### 1.2.4 INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GENERO EN EL ASIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Es importante mencionar que el momento político que vive el país, como la etapa en la que se encuentra el proceso de ASIS en el nivel técnico normativo del Ministerio, limitaron la posibilidad de enfocar el Análisis hacia el estudio de grupos de población específicos: Hombres y Mujeres. En estos momentos, aún no se han unificado criterios acerca de la metodología a utilizar para el análisis de la información. Sin embargo, pareciera ser un hecho que la unidad de análisis estándar será las localidades de los Distritos de Salud en donde se aplique.” [p.39]</p> <p>Con respecto a la estratificación de las comunidades y la ponderación requerida para la determinación de su nivel de postergación en el curso de la investigación, se indica: “Una de las principales dificultades en esta metodología, fue la búsqueda de indicadores de Género factibles de ponderar y la ponderación de la información de carácter cualitativo. Esta</p>	<p>“Belice ha estado participando en el Programa Mujer, Salud y Desarrollo desde 1989. Es reconocido que para que las comunidades sean saludables es necesario que la salud de las mujeres sea satisfactoria y adecuadamente dirigida, para asegurar su contribución al desarrollo.”[p. iii]</p> <p>“El estudio intentó superar algunas de las limitaciones inherentes a los enfoques epistemológicos tradicionales, con la incorporación del enfoque de género, de manera que la información obtenida permitiera la identificación de las iniquidades que pudieran afectar el estado de salud de las poblaciones meta y capturar la perspectiva de la población que se estudia, a través de un proceso participativo.” [p.1]</p>	<p>“La introducción del enfoque de género como tal, en las actividades de salud, se ha venido planteando a través de capacitaciones al personal de todas las disciplinas, alentadas por las autoridades políticas de salud (Vice- Ministra de Riesgos de la Población) y apoyo de OPS/OMS, quienes vieron la presente investigación como una oportunidad para vincular la caracterización de condiciones de vida a las desigualdades de género, a pesar de que no teníamos antecedentes históricos de otras experiencias (...)” [Vol.2, p. iv]</p>	<p>“Desde 1990 se han venido desarrollando esfuerzos en la formación de Recursos Humanos mediante capacitación sobre aspectos de género y salud, autoestima, autocuidado de la salud y de atención a la problemática de la violencia intrafamiliar”. Entre el personal capacitado está: el equipo de capacitación del SILOS, enfermeras y parteras del SILOS, personal del Nivel Central del Ministerio de Salud, Docentes, forenses y jueces. [p.9-10]</p> <p>“(…)El MSPAS creó recientemente la “Unidad de Género y Salud” dentro de la Subdirección de Atención Primaria de Salud, que será la responsable de la incorporación del enfoque de género en los diferentes programas y de coordinar todas las acciones en esta área de trabajo.” [p.10]</p>	<p>En Nicaragua, el Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de OPS y UNICEF ha venido desarrollando acciones para incorporar este enfoque en el quehacer del sector por medio de un proceso de capacitación en género y salud a los funcionarios de los niveles central y locales, contando ya con un Manual de Capacitación y con una red de monitoras para siete SILAIS.”</p> <p>“Así mismo, al nivel central del MINSAL y por decisión expresa de la Lic. Marta Palacios, Ministra de Salud al momento de la realización de este trabajo, se ha iniciado el proceso de elaboración de las estrategias para incorporar el enfoque de género en las políticas, programas y proyectos impulsados por el Ministerio.” [p.1]</p> <p>“(…) limitaciones conceptuales y</p>	<p>La introducción del enfoque de género tiene lugar: * A partir de 1990 con el reconocimiento de las limitaciones de las estadísticas de morbilidad y mortalidad; producción documental con perspectiva de género. * La capacitación y sensibilización de personal de salud de todo nivel, en aspectos de género y salud (1992-1994). * La acción de OPS/Programa Mujer, Salud y Desarrollo: elaboración, aplicación y difusión de metodología e instrumentos; disponibilidad de instrumentos conceptuales; prioridad del ASIS local con perspectiva de género (1993-1994). [Vol.1 p.112]</p> <p>* “Esta investigación se formula y desarrolla a partir del marco ideológico, teórico y práctico vigente a nivel nacional (...)” [p.111] Cuenta como una “limitación” para el grupo investigador, la “necesidad de implementar un marco teórico diferente al utilizado por el país en el proceso de Análisis de</p>	<p>Se dice expresamente respecto al último, que fue un “<b>factor facilitador</b>”; respecto a los demás antecedentes, sólo se dice que no incluye el enfoque de género. La introducción del enfoque de género (OPS/ Programa Mujer, Salud y Desarrollo) precede inclusive a las condiciones de vida y “permite sentar las <b>bases de preparación del personal de salud</b>” [p.66]: *Proceso de sensibilización en aspectos de género a nivel nacional a partir de 1991. *Organización de grupos focales. * Revisión de normas del programa maternal con enfoque de género.</p> <p>Pese a lo anterior, es la ausencia de investigaciones destinadas al conocimiento de las condiciones de vida para el análisis de la situación de salud, con enfoque de género, lo que creó la necesidad de definir elementos conceptuales y metodológicos, para producir una investigación que permitiera reconocer las características particulares del sistema sexo/género en las condiciones de</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>última resultó muy difícil de interpretar, por ser específica para cada localidad y se debía contar con un criterio de ponderación de las posibles alternativas de respuesta para los aspectos investigados. Esto dio como resultado un cúmulo de información que no es posible analizar desde la perspectiva de Género, ya que pertenece a grupos de población que incluyen hombres y mujeres indistintamente.” [p.42]</p> <p>Se expresa la incorporación del enfoque de género en la parte de conclusión o recomendación, así: “Es necesario profundizar en algunos aspectos de la investigación, para definir el grado de postergación de acuerdo al Género que se posea, confirmando o descartando lo que muestran otros estudios en cuanto a la discriminación de Género y su incidencia en la Salud de la Mujer.” [p.98]</p>	<p>“Estos factores, individual o colectivamente, hablan de la necesidad de relacionar la equidad, la calidad y disponibilidad de los servicios con un enfoque de género y las condiciones de vida. Belice quizás es menos capaz de manejar la intrincada dinámica de la planificación con una perspectiva de género. Esto se puede deber en parte a la juventud del país —su independencia fue en 1981—. El ASIS permite fortalecer los esfuerzos que favorecen la construcción de relaciones más equitativas entre hombres y mujeres. ” [p.4]</p>			<p>metodológicas expresadas en los siguientes factores: Analiza los daños y no los riesgos de la salud. . No se desagregan los datos de morbilidad por sexo, para conocer los patrones epidemiológicos de mujeres y hombres. . No relaciona los factores de riesgo con los daños a la salud. . Se contemplan solamente variables cuantitativas y no cualitativas. . No se articula con la Vigilancia Epidemiológica, la cual también analiza daños y no riesgos.” [p.4]</p>	<p>Situación de la Salud.” [p.199] (C) No hay claridad teórica y conceptual sobre el procedimiento a seguir para resolver la dificultad antes señalada.</p>	<p>vida y la situación de salud de las familias de Cerro Batea y Nuevo Belén, como conjuntos de población bipolar. ” [p.74] [véase también p.91]</p>

## 2.1 PERFIL BÁSICO DE LAS INVESTIGACIONES

### 2.1.1 PROBLEMA (Definición/justificación)

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>AUSENCIA DE UN ENFOQUE DE GÉNERO</b></p> <p>“Los estudios epidemiológicos han mostrado que las muertes y las enfermedades no se presentan de la misma forma, ni en la misma magnitud, en todos los individuos y sociedades. Existe una distribución diferenciada, que se vincula con el lugar que ocupa el ser humano en un grupo social, las funciones que realiza y sus relaciones con el medio y los otros miembros.</p> <p>“Cuando se trata de comparar los problemas de salud de las mujeres y los presentados por los hombres, las diferencias se atribuyen sólo a factores determinados por el sexo —características biológicas— y se suprimen aquellos determinados por el género, que permiten la comprensión de las causas de enfermedad y muerte que se encuentran en las relaciones sociales establecidas entre ambos.”</p> <p><b>[Cap. I: Elementos teóricos y</b></p>	<p><b>CRITICA AL ENFOQUE DE BIENESTAR</b></p> <p>“El foco de la salud ha sido la provisión de servicios para mejorar la salud de las mujeres (en edad reproductora) y niños (menores de cinco años). Si bien esta es una área crítica y esencial de los servicios de salud, el enfoque falla en la atención satisfactoria de otras necesidades de salud de las mujeres. Las mujeres en edad reproductora que no requieren servicios de maternidad, tienen poco o ningún acceso a los servicios de salud (...)”</p> <p>“Hombres adolescentes, potenciales padres, y los hombres mayores son igualmente limitados en su acceso a los servicios de salud por la forma en que están diseñados los programas, en los que no se les contempla como grupos diferentes.”</p>	<p><b>PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA INFORMACION</b></p> <p><b>* Información fuera del contexto local:</b></p> <p>“Sistemas de información nacional tradicionales”, “deficientes” y “que no visualizan los problemas de salud – enfermedad en su contexto, es decir, en el nivel local.” <b>[Vol.1, p.5]</b></p> <p><b>* Indicadores no aplicables en áreas geográficas pequeñas:</b></p> <p>Prioridades y estrategias de intervención en salud basadas “en estadísticas de mortalidad que requieren de una población relativamente numerosa para estimar los indicadores propuestos”; estadísticas que “solamente han sido probadas al nivel de país y no de circunscripciones pequeñas”. <b>[Vol.1, p.5]</b></p> <p><b>* No desagregada convenientemente por sexo y edad:</b></p> <p>- En los servicios de salud “se privilegian aquellas situaciones ligadas a salud materno – infantil”.</p>	<p><b>PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA INFORMACION</b></p> <p><b>* No desagregada convenientemente por sexo y edad:</b></p> <p>“En los diagnósticos y la programación local de salud, no se han incorporado conceptos ni instrumentos metodológicos que permitan establecer las relaciones existentes entre las condiciones de salud y las condiciones de vida según el género, y que favorecen algunos riesgos específicos para hombres y mujeres y que no están dadas por las características biológicas de cada uno de los sexos, sino por la creación totalmente social de las identidades subjetivas de los mismos. Sin embargo, se han iniciado esfuerzos por parte del Departamento de Epidemiología, para</p>	<p><b>AUSENCIA DE UN ENFOQUE DE GÉNERO</b></p> <p>“¿La metodología existente en el Análisis de situación de salud dentro de la planificación estratégica Nacional, permite el análisis por género, en los barrios seleccionados del municipio de Diriamba ?” <b>[p.11]</b></p>	<p><b>AUSENCIA DE UN ENFOQUE DE GÉNERO</b></p> <p>- “(...) La sociedad ha reforzado la desigualdad entre los sexos (condición orgánica, física, reproductora, atribuida al hombre y a la mujer), como algo natural, confundiendo lo que es sexo y lo que es género”. <b>[p.110]</b></p> <p>- La evidencia documentada de “las repercusiones de la desigualdad de género en la salud de hombres y mujeres”. <b>[p.111]</b></p> <p>- “La existencia de una producción más conceptual que metodológica e instrumental, especialmente en aspectos de planificación y género.” <b>[p.111]</b></p> <p><b>PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA INFORMACION</b></p> <p><b>* No desagregada convenientemente por sexo y edad:</b></p> <p>- Las “limitadas estadísticas</p>	<p><b>DEFINICION</b></p> <p>“Estudio de las Condiciones de Vida y Análisis de la Situación de Salud según sexo/genero en doscientas familias de las comunidades de Cerro Batea y Nuevo Belén del Distrito de San Miguelito.” <b>[p.68]</b></p> <p><b>AUSENCIA DE UN ENFOQUE DE GÉNERO</b></p> <p>- “La necesidad de demostrar las iniquidades de género en las condiciones de vida (...) así como la ineficacia del sistema para identificar las necesidades y problemas según sexo/género, producidas como consecuencia de éstas, constituyen la base fundamental para la introducción del enfoque de género en el ASIS.” <b>[p.65]</b></p> <p><b>PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA INFORMACION</b></p> <p><b>* Información fuera del contexto local:</b></p> <p>- “Los métodos de análisis de situación de salud que se desarrollan localmente, generan un vacío de conocimientos que no explican la incidencia de las relaciones de género y de las condiciones de vida,</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>metodológicos. p.33 y 36]</b></p>	<p>“(…) [Se trata de un] enfoque centrado en las mujeres antes que en el género; centrado en el grupo de edad antes que en los ciclos de vida”. [p.9]</p> <p><i>A FAVOR DE UN ENFOQUE DE EMPODERAMIENTO</i></p> <p>“La planificación está influenciada primariamente por administradores del nivel central que planifican, presupuestan y administran programas separadamente antes que a través de la integración. La planificación hecha por el personal del distrito de salud ocurre en un ambiente limitado y generalmente se ajusta a parámetros desarrollados por los administradores del nivel central.” [p.9]</p> <p>“(…) La inclusión de las necesidades comunitarias, sus recursos y participación en su propia intervención sanitaria no ha sido la práctica acostumbrada en la planificación de la salud. El resultado final ha sido una promoción adicional de las</p>	<p>- “[L]as categorías de edad son muy grandes y el sexo generalmente se anota solamente para la edad reproductora, con el agravante de que ese grupo es tan amplio que no permite detectar riesgos en relación a embarazo y edad”. [Vol.1, p.6]</p> <p><i>* Problemas de registro:</i></p> <p>- “los problemas de acceso a los servicios” de salud (de solo el 60% de la población); “no se registra las defunciones hasta en un 43%”; “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos” en un 22.3% de los casos de defunciones registradas; “se puede conocer la causa de defunción solamente en el 20.7% de las defunciones”. [Vol.1, p.6]</p> <p>- “(…) cualquier intento de utilizar las estadísticas de los servicios de salud para establecer prioridades, debe tomar en cuenta que esta[n] basada [s] solamente en aquellos grupos que acceden a los servicios y, por lo tanto, se estaría reproduciendo la desigualdad de oportunidades existentes.” [Vol.1, p.6]</p> <p><i>* Problemas metodológicos de indicadores e índices</i></p> <p>- Para el índice de postergación</p>	<p>desagregar por sexo la información del reporte epidemiológico.” [p.9]</p>		<p>periódicas de salud desagregadas por sexo con énfasis en morbilidad, resultado de la invisibilidad social patriarcal del género femenino y del énfasis biológico de la salud.” [p.111]</p>	<p>en la situación de salud que presentan hombres y mujeres.” [p.68]</p> <p><i>* Problemas metodológicos de indicadores e índices:</i></p> <p>- “(…) [empleo] de variables e indicadores de corte epidemiológico que privilegian la información de daños a la salud, presentando generalidades o promedios que ocultan las iniquidades desde sus particularidades de sexo/género, clase social y etnia.” [p.67]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>iniquidades de género en los servicios de salud.” [p.9]</p> <p>“El objeto del estudio fue la Situación de Salud de los poblados [villages] de San Víctor y Chunox, vistos a través de tres dimensiones: Necesidades y problemas de salud; Problemas y necesidades socio–económicas; y salud y respuesta social.” [p.15]</p>	<p>“no hay criterios estandarizados para medir desnutrición y de validez externa, pues este último indicador, que es el de mayor peso, se refiere solamente a los niños que acuden a la consulta.” [Vol.1, p.6]</p> <p>- “(...) no se han hecho avances metodológicos en la interpretación y vinculación operativa de las Condiciones de Vida como expresión de necesidades desde el punto de vista de salud o riesgo; además, los indicadores utilizados en el país — se hace referencia a NBI — (...) no revelan las desigualdades que históricamente se dan entre hombres y mujeres en diferentes grupos de población.” [Vol.1, p.6-7]</p>				



**2.1.2 PROPÓSITOS**

<b>GUATEMALA</b>	<b>BELICE</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>EL SALVADOR</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>COSTA RICA</b>	<b>PANAMA</b>
<p>“(…) orientar los Análisis de Situación de Salud en el nivel local, enfocándolos de una manera integral, con el fin de que sean utilizados en la planificación de actividades de intervención, tomando en cuenta las diferencias entre los grupos de población y entre los géneros.” [p.32]</p>	<p>“Estimular la capacidad local de incorporar el análisis de género en la planificación de salud.” [p.10]</p> <p>“Como resultado el estudio integró dos procesos dependientes entre sí y simultáneos: el proceso de la producción de información sobre la situación de salud de las comunidades que están siendo estudiadas; y el proceso de construcción de un enfoque metodológico más exhaustivo que el usado actualmente. (...)” [p.15]</p>	<p>Formular “una propuesta metodológica validada para incorporar la categoría de género en el ASIS del nivel local (Municipal), lo que proporcionará información integrada y actualizada sobre las Condiciones de Vida, perfiles de salud – enfermedad de las mujeres y de los hombres en el espacio - población Municipal, y algunas características de la utilización de los servicios de salud que hacen los hombres y las mujeres.” [Vol.1, p.20]</p> <p>Se deduce como un fin, es decir, como el objetivo más alto al cual contribuirá el proyecto, lo siguiente: “(…) marcar el inicio de un proceso de análisis en el que estarán inmersos los actores y actrices sociales y, en el marco de la Participación Social, dar respuestas concretas a problemas concretos a partir del contexto social global y no solamente de la salud, permitiendo así que la población asuma el ejercicio del poder y se apropie del conocimiento y la interpretación objetiva de su realidad.” [Vol.1, p.1]</p>	<p>“(…) elaborar y validar instrumentos metodológicos para incorporar el enfoque de género en el ASIS según condiciones de vida, en el municipio de Guazapa.” [p.11]</p> <p>“(…) que el equipo de salud del nivel local adquiera conocimientos y experiencias a través de la aplicación de una metodología para poner en practica el concepto de género en salud.” [p.11]</p> <p>“Los resultados obtenidos contribuirán a la identificación del proceso de salud y enfermedad de hombres y mujeres desde una perspectiva de género.” [p.11]</p>	<p>“Contribuir, a partir de los resultados de la investigación, a la incorporación del enfoque de género en la metodología de análisis de situación, en todos los SILAIS del País.” [p.11]</p>	<p>“Promover la incorporación formal del enfoque de género en el análisis de situación de salud del nivel local.” [Vol.1, p.114]</p>	<p>“1.Contribuir a la construcción de un modelo conceptual y metodológico, que incorpore la dimensión de género en el estudio de la situación de salud según condiciones de vida.”</p> <p>“2.Crear los mecanismos de participación, para la integración de los actores sociales institucionales y comunitarios, en el diseño, ejecución y evaluación del ASIS.”</p> <p>“3.Fortalecer los procesos de concertación y negociación, de los actores sociales institucionales y comunitarios, para la formulación de respuestas sociales de género, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de hombres y mujeres.” [p.68]</p>

### 2.1.3 OBJETIVOS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Elaborar una propuesta metodológica de Análisis de Situación de Salud al nivel local, que tome en consideración la perspectiva de Género y las condiciones de vida.” [p.32]</p> <p>“Analizar la situación de Salud local, tomando en cuenta las condiciones de vida y Género.” [p.32]</p> <p>Dos elementos clarificadores de tales objetivos: “El objetivo final del ASIS al nivel nacional, es la búsqueda de grupos de población que posean mayor grado de postergación, justificado esto en el razonamiento de necesidades ilimitadas y escasez de recursos.” [Conclusiones y recomendaciones. p.96]</p> <p>“Bajo este marco teórico, se decidió que la unidad de análisis del estudio sería grupos de población representados por las localidades del Distrito, 25 en total, <b>sin diferenciar</b></p>	<p>“Objetivos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la situación de salud de dos comunidades locales en el Distrito de Corozal, utilizando el enfoque de género en el análisis.</li> <li>• Desarrollar un instrumento para conducir un Análisis de Situación de Salud con enfoque género.</li> </ul> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Describir el perfil de salud del Distrito de Corozal y de las dos comunidades seleccionadas.</li> <li>◆ Identificar e interpretar las diferencias de género en el perfil de salud.</li> <li>◆ Identificar las necesidades de salud percibidas por la comunidad por sexo y ciclo de vida.</li> <li>◆ Identificar las percepciones del personal de salud, de las necesidades de salud de la comunidad por sexo y ciclo de vida.</li> <li>◆ Identificar las relaciones de género presentes en la comunidad, familia y lugar de trabajo, que determinan las percepciones de necesidades de</li> </ul>	<p>Objetivo General: “Desarrollar los pasos metodológicos para la elaboración de una propuesta de carácter participativo para el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), que tome en consideración los aspectos de género en las Condiciones de Vida de Hombres y Mujeres.” [Vol.1, p.20]</p> <p>Objetivos Específicos “1.Relacionar las Condiciones de Vida, Situación de Salud y Utilización de los servicios de salud, según género, en el espacio- población del Municipio. 2.Incorporar variables e indicadores de género en el análisis de la situación de salud de los hombres y las mujeres según condiciones de vida. 3.Identificar áreas críticas en los procesos generadores de la situación de salud del nivel local. 4. Concertar las respuestas sociales, con la participación de los actores sociales del</p>	<p>“Objetivo General: Introducir la dimensión de género en el análisis de situación de salud en el nivel local.</p> <p>Objetivos Específicos: Relacionar las condiciones de vida según género, con la situación de salud en el nivel local.</p> <p>Establecer indicadores básicos que permitan monitorear las condiciones de género dentro del ASIS en el nivel local.</p> <p>Identificar aspectos críticos en los procesos generadores de la situación de salud al nivel local.” [p.11]</p>	<p>1.“Conocer el estado de salud de mujeres y hombres dentro de la población de los Barrios San Francisco y Silvio González Mena del municipio de Diriamba, en el período comprendido entre octubre de 1994 y abril 1995.” 2.“Identificar los factores de riesgo y los nudos críticos desde la perspectiva de sexo y género, en los procesos generadores de la situación de salud (socioeconómicos, ecológicos, biológicos y de conciencia y conducta) de los Barrios San Francisco y Silvio González Mena, del municipio de Diriamba.” 3. “Valorar la respuesta de la población a los problemas de salud según sexo y género, en los Barrios (...)” 4.“Sistematizar la experiencia de la elaboración del análisis</p>	<p>“Revisar, readaptar, validar y aplicar los instrumentos para el análisis de la situación de salud con enfoque de género, con personal de salud de los niveles regional, local y grupos organizados.”</p> <p>“Brindar elementos teóricos y prácticos sobre género y salud al personal de la Región Central Norte del Cantón Central de Heredia, del Barrio Santísima Trinidad de Heredia y representantes de esta comunidad.”</p> <p>“Determinar y gestionar la inclusión de variables de género, en los instrumentos disponibles para el análisis de situación de salud al nivel local.” [Vol. I, p.115]</p>	<p><i>Objetivos generales:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Diseñar y evaluar una propuesta metodológica y conceptual de carácter participativo.</li> <li>2.Estudiar las condiciones de vida en que se insertan las familias, según sexo/género, en el nivel local y su influencia en la situación de salud según sexo/género.</li> <li>3.Recomendar la incorporación de la dimensión de género en el análisis de la situación de salud y en la formulación de las respuestas sociales de salud.</li> </ol> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Incorporar a los actores sociales institucionales y comunitarios en el diseño, ejecución y evaluación de una metodología para el ASIS local. ???</li> <li>2. Construir e integrar variables e indicadores de género y condiciones de vida en el análisis de salud local.</li> <li>3. Identificar las necesidades, problemas de salud y bienestar y respuestas sociales que se producen por las condiciones de vida en que se insertan las familias según sexo/género.</li> <li>4.Reconocer los nudos críticos en los procesos generadores de la</li> </ol>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>para el análisis final, la condición de género entre ellas <sup>3</sup>4las negritas son nuestras—, ya que nuestro objetivo era identificar localidades según niveles de postergación, que involucraban familias, que a su vez incluían hombres y mujeres.” [p.39]</p>	<p>salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisar y analizar la respuesta de los servicios de salud al perfil de salud de las comunidades identificadas, basados en la demanda y la utilización de servicios por género y ciclos de vida.</li> <li>◆ Establecer las relaciones e influencias de los géneros en el perfil de salud, en el perfil socio – económico y en la respuesta de salud formal.</li> <li>◆ Revisar los actuales enfoques de análisis de Situación de Salud en el nivel local.</li> <li>◆ Revisar los actuales enfoques de la planificación de salud local.</li> <li>◆ Diseñar un instrumento de Análisis de Situación de Salud, aplicable localmente o en el distrito, que incorpore el enfoque de género.” [p.10-11]</li> </ul>	<p>espacio–población Municipal, para definir prioridades y resolver algunas de las áreas críticas y darle permanencia al proceso.” [Vol.1, p.20]</p>		<p>de situación de salud con enfoque de género y condiciones de vida de los Barrios (...) a fin de promover su incorporación en el resto de municipios y SILAIS del país.” [p.12]</p>		<p>situación de salud según género y condiciones de vida en el nivel local.</p> <p>5.Formular planes y estrategias de intervención al nivel local, que permitan la ejecución de respuestas sociales de género, que sean concertadas con el estado y la sociedad civil.” [p.69]</p> <p>[Véase objetivos específicos de los instrumentos utilizados para la recolección de la información en p.87.]</p>

#### 2.1.4 HIPOTESIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
NO EXPRESADA	NO EXPRESADA	NO EXPRESADA	<p>“En la investigación se plantea la siguiente <b>hipótesis</b> central: Existen condiciones de vida según género, que inciden en los problemas de salud por sexo y edad y que profundizan la tradicional iniquidad entre mujeres y</p>	NO EXPRESADA	<p>“El análisis de situación de salud con perspectiva de género al nivel local, evidencia las desigualdades entre hombres y mujeres en la comunidad estudiada.” [Vol.I, p.115]</p>	<p>“1. Las condiciones de vida en que se insertan las <b>familias</b> según sexo/género, producen necesidades y problemas diferenciados para hombres y mujeres, que no son explicados en los análisis de situación de salud que se desarrollan en la actualidad.”</p> <p>“2. El recurso humano del Centro de Salud de Cerro</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
			hombres.” [p.10]			Batea, no está lo suficientemente preparado para la incorporación del enfoque de género en la atención de la salud y la enfermedad al nivel individual, familiar y comunitario.” “3. Las respuestas sociales que se brindan a través del Centro de Salud de Cerro Batea, carecen de la concepción de género y por lo tanto profundizan las iniquidades socio - sanitarias entre hombres y mujeres, y no contribuyen a mejorar la situación de salud y bienestar.” [p.70]

### 2.1.5 TIPO DE INVESTIGACION

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>CUANTITATIVA</b> Encuesta y revisión de registros (fuentes secundarias). [p.34] “El criterio que prevaleció fue el de posibilidad de ponderación, esto es, el que cada variable fuera susceptible de <b>cuantificar</b> y ponderar, (...)” [p.41]</p> <p><b>CUALITATIVA (C)</b> Se menciona la entrevista a informantes clave y grupos focales [p.34], no obstante no se hace referencia en el informe, de la utilización concreta de tales técnicas.</p>	<p><b>CUANTITATIVO</b> Encuestas con cuestionarios estructurados y consulta de fuentes secundarias a través de varias formas. [Anexo 2]</p> <p><b>CUALITATIVA</b> Entrevistas a profundidad con guía y grupos focales. [Anexo 2]</p> <p><b>DESCRIPTIVA Y PARTICIPATIVA</b> “El diseño propuesto para el Análisis de Situación de Salud de Corozal, fue un estudio <b>descriptivo</b> basado en un estrecho trabajo de equipo y realizado a través</p>	<p><b>CUANTITATIVO</b> Encuestas estructuradas y encuestas rápidas. [Vol.1, p.1]</p> <p><b>CUALITATIVA</b> Grupos focales, talleres, entrevistas a profundidad. [Vol.1, p.1]</p> <p><b>DESCRIPTIVA Y PARTICIPATIVA</b> “Se hará un estudio <b>transversal</b> para construir índices de Necesidades Básicas Insatisfechas, conocer la prevalencia de la utilización de servicios, de algunos problemas de salud</p>	<p><b>CUANTITATIVA</b> Encuesta por muestreo (cuestionario) y análisis documental.</p> <p><b>CUALITATIVA</b> Entrevista a informantes clave, observación y grupos focales.</p>	<p><b>CUANTITATIVA</b> Entrevista estructurada y dirigida. [p.22]</p> <p><b>CUALITATIVA</b> Revisión documental de fuentes secundarias, grupos focales y observación directa (estructurada no participante de campo). [pp.22-23]</p> <p><b>DESCRIPTIVA TRANSVERSAL</b> “Tipo de estudio: <b>Descriptivo de Corte Transversal.</b>” “Con una fase retrospectiva a través de expedientes clínicos, permitiéndonos identificar el perfil epidemiológico de mujeres y hombres de ambos barrios (...)” [p.22]</p> <p><b>ENFOQUE DE RIESGO</b> “El concepto de <b>riesgo</b> en el ASIS está implícito desde el momento</p>	<p><b>CUANTITATIVA</b> Tres encuestas estructuradas.</p> <p><b>DESCRIPTIVA</b> Es descriptiva. [p.116]</p> <p><b>PARTICIPATIVA</b> “(…) se previó la participación de prestatarios y representantes de diversas organizaciones comunales en todo el proceso. Sin embargo, la participación se logró únicamente en la validación de los instrumentos y la recolección de los datos, dado que estos actores no concretaron su</p>	<p><b>CUANTITATIVA</b> Encuestas estructuradas y análisis documental. [p.85-86]</p> <p><b>CUALITATIVA</b> Grupo focal, observación exploratoria y croquis de la comunidad. [p.85-86]</p> <p><b>EXPLORATORIA Y DESCRIPTIVA (diseño iterativo)</b> “Estos factores — no contar con referencias documentadas sobre la utilización de la categoría género en el ASIS y sobre la aplicación del Modelo de Reproducción Social Basado en Condiciones de Vida — fueron determinantes para diseñar un modelo coherente, que</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><i>EXPLORATORIA Y DESCRIPTIVA</i> “El estudio realizado es de tipo <b>descriptivo</b> y, por las características del diseño, puede considerarse un estudio ecológico <b>exploratorio</b> de comparación, cuyo propósito principal es describir los patrones de frecuencia de estos, en los diferentes grupos, por lo que el análisis fue de este tipo, a excepción de los datos obtenidos por encuesta, cuyos resultados fueron utilizados como estudio de <b>prevalencia.</b>” [p.32-33]</p>	<p>de un proceso <b>participativo.</b> (...)” [p. iii y p.15]</p>	<p>y factores determinantes y, finalmente, un estudio de los egresos hospitalarios.” [Vol.1, p.27]</p> <p><i>PATRIARCADO</i> “(…) el sistema de servicios de salud se desarrolla dentro de un modelo de dominación patriarcal que se manifiesta, tanto en las relaciones de trabajo, como en la atención que se brinda al público, y ha quedado demostrado que muchas veces se ensaña en la atención a las mujeres. (...)” [Vol.1, p.8]</p>		<p>mismo de la selección de Unidades de Análisis. (...) El enfoque de Riesgo es una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. Cuando hablamos de enfoque de riesgo estamos hablando de 3 categorías básicas como es impacto, cobertura y costo.” (p.21)</p> <p><i>PARTICIPATIVA</i> La revisión documental la realizó el equipo técnico del centro de salud; seis grupos focales de informantes clave; entrevistas a cargo de personal de salud y los actores sociales involucrados en la producción de salud de ambos barrios y con el apoyo de grupos de “brigadas de salud” del municipio, como un apoyo de la comunidad a la investigación”. [pp.22-23]</p>	<p>compromiso.” [p.116]</p>	<p>permitiera la articulación de los conceptos clave, la selección de la unidad de análisis, la construcción de nuevas variables e indicadores de género, y de los métodos de recolección de la información, así como el análisis e interpretación de los resultados. Se decidió darle al diseño un <b>carácter iterativo</b>, que permitiera, mediante aproximaciones sucesivas, construir el modelo conceptual y metodológico que servirá de base para el desarrollo de esta experiencia y de otras futuras.” [p.91]</p>

## 2.2 CRITERIO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS ESPACIOS-POBLACIÓN

### 2.2.1 DEFINICIÓN TEÓRICA DE LOS ESPACIOS-POBLACIÓN

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><i>DISTRIBUCIÓN NO ALEATORIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD</i> “Los problemas de salud no se distribuyen al azar y menos aún, tienen una</p>	<p>(C) No se indica nada explícitamente.</p>	<p><i>SISTEMA SEXO/GÉNERO</i> “Es innegable que a la caracterización de las Condiciones de Vida de los diversos espacios- población, se superponen, como parte integrante de las mismas, las <b>desigualdades e iniquidades de género,</b></p>	<p>(C) No se indica nada explícitamente.</p>	<p><i>COMPARACIÓN BIPOLAR</i> “El comportamiento epidemiológico de los problemas de salud tiene carácter específico y las unidades, una territorialidad definida. En consecuencia cada municipio es la</p>	<p><i>ESPECIFICIDAD LOCAL (HOMOGENEIDAD/FACILIDAD)</i> “(…) establecimiento de unidades geográficas y de población; éstas deben observar la mayor homogeneidad posible en su interior, en lo que a condiciones de</p>	<p><i>COMPARACIÓN BIPOLAR</i> “Las poblaciones tienden a formar conglomerados relativamente homogéneos entre sí, en sus condiciones de vida y en un territorio determinado, lo</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>frecuencia y gravedad similar en toda la población.” [p.37]</p> <p><i>MOMENTO HISTÓRICO</i> (...) En este sentido puede decirse, que la situación de salud de una población guarda relación con el momento histórico en que dicha sociedad se encuentra.” [p.37]</p> <p><i>ETNIA</i> Pese a que la población por grupos étnicos se desagrega en 58% indígena y 42% no indígena o “ladina”, [p.3] no se consideró como un aspecto importante en el enfoque de la investigación.</p>		<p>porque así como la forma de enfermar y morir de los grupos de población con diferentes condiciones de vida, ofrece variaciones, (sic) así también las ofrece la vulnerabilidad de las personas en las diversas etapas de la vida y el hecho de ser socializados como hombre o como mujer, porque el hecho de ‘ser mujer’, en nuestra sociedad, implica una situación de subordinación, que tiene consecuencias importantes para su vida y su salud.” [Vol.1, p.7]</p> <p><i>ETNIA</i> “Sin perder de vista que las construcciones de género varían de una cultura a otra y que no es igual una mujer negra en la Mosquitia que una ladina en Tegucigalpa o una Lenca en Inticá”. [Vol.1, p.7] (C)</p> <p>Sin embargo, la cuestión de la <b>etnia</b> no se incluyó en el análisis.</p> <p><i>IDENTIDAD Y ROLES DE GÉNERO</i> “(…) porque tal como expone Henrieta Moore, (11) las identidades de género son específicas en cada cultura, porque no es cierto que haya “esencia femenina o masculina”, así que lo más importante es identificar las identidades y roles de los géneros en cada cultura y reconocer las diferencias.” [Vol.1, p.7]</p> <p><i>DIFERENCIA ATRIBUIBLE A LO URBANO/RURAL</i></p>		<p>expresión territorial con un comportamiento epidemiológico particular y una demanda de servicio originada por la población residente.” [p.9]</p> <p><i>DISTRIBUCIÓN NO ALEATORIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD</i> “Los problemas de salud no se distribuyen al azar y menos aún, tienen una frecuencia y gravedad similar en toda la población. (...)” [p.14]</p>	<p>vida respecta. Asimismo, deben facilitar el estudio de los problemas de salud.” [p.204]</p> <p><i>CONDICIONES DE VIDA</i> “Cada unidad de espacio - población tiene la posibilidad de contener la actuación de los procesos determinantes (condiciones de vida); en ellas se expresaran los problemas de salud/enfermedad y, consecuentemente, albergará el desarrollo de las acciones de salud y bienestar que se generen.” [p.204]</p> <p><i>UNIDAD BÁSICA DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</i> “La vigilancia de la salud tiene como unidad de aplicación y análisis la división geopolítica del cantón, el cual, dentro del contexto político de vincular la salud al desarrollo local, tendrá el propósito de alcanzar la denominación de Cantón Saludable.</p> <p>Se entiende por Cantón Saludable: aquella área geopolítica con autonomía administrativa, en donde sus autoridades políticas y civiles, sus instituciones públicas, privadas y no gubernamentales y la sociedad en su conjunto, manifiestan la voluntad de dedicar constantes esfuerzos para mejorar las condiciones y los estilos de vida de la población; establecen una relación de equilibrio con</p>	<p>que permite estratificarlas. Las necesidades, los problemas de salud y bienestar y las respuestas sociales, tienen una base territorial y, en consecuencia, el espacio – población constituye la unidad básica de la gestión de los servicios de salud.” [p.75]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
		<p>“Las relaciones de género no son estáticas y se definen en los diferentes espacios – población según condiciones de vida. Las <b>necesidades que la condición y posición de género imponen en los espacios urbanos, no son las mismas para el espacio rural</b>. Un análisis de situación de salud que identifique estas diferencias, implica un <b>reconocimiento de actores y actrices</b> que participen en la toma de decisiones sobre salud; ya no como objetos de intervención, sino como sujetos de cambio.” [ <b>Vol.1, p.9</b>]</p> <p><i>CONDICIONES DE VIDA</i> “(…) se han abierto espacios a nuevos desarrollos que permiten asumir la problemática de salud/enfermedad como expresión de las <b>condiciones de vida de los grupos de población</b>.” [Vol.1, p.9]</p>			<p>el ambiente, y distribuyen los recursos comunitarios para garantizar la convivencia, desarrollar la solidaridad y la democracia.” [p.69]</p> <p>(C) ¿Qué tan idónea resultó la decisión de elegir tal espacio - población? ¿Por qué se escogió solo una comunidad? ¿Por qué no se buscó la comparación ?</p>	

### 2.2.2 CRITERIOS DE SELECCION DEL ESPACIO- POBLACIÓN

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><i>NIVEL ORGANIZACIONAL ADMINISTRATIVO</i> “El Distrito de Bethania posee un Centro de Salud y una Clínica Periférica. Esta última pertenece al Ministerio de Salud, lo representa en el área y es parte del proyecto de</p>	<p><i>CONDICIONES SOCIALES Y GEOGRÁFICAS PROPICIAS</i> “El área de estudio escogida fue el pequeño distrito norte de Corozal. Las dos poblaciones fueron seleccionadas de un total de cuarenta como una muestra no representativa del área de</p>	<p><i>DIFERENCIA ATRIBUIBLE A LO URBANO/RURAL</i> * Información “de una <b>muestra representativa del espacio - población municipal</b>”. [Vol.1, p.1]  *<b>Muestras de población o tres espacios- población:</b></p>	<p><i>CONDICIONES SOCIALES Y GEOGRÁFICAS PROPICIAS</i> “Que es una de las localidades periféricas de la capital con alta densidad de población y con cinturones de pobreza, que hacen que el 70% de sus comunidades se encuentren clasificadas por el Ministerio</p>	<p><i>APOYO COMUNITARIO Y ADMINISTRATIVO LOCAL Y CENTRAL</i> “El estudio se llevará a cabo, por decisión del Ministerio de Salud, en el SILAIS de Carazo, en el Municipio de Diriamba, en los barrios San Francisco y</p>	<p>“Acordamos —posiblemente el propio equipo investigador y otra instancia no mencionada— que la [investigación] se ejecutaría en la comunidad del Barrio Santísima Trinidad por las siguientes razones:</p>	<p>“Para una mayor comprensión del proceso de selección de las comunidades, se incorporó el resultado de la Evaluación de las Comunidades para la identificación del grupo humano postergado.” [p.71] <i>FASES/ NIVEL ORGANIZACIONAL</i></p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>Clínicas Periféricas recientemente desarrollado en el país, y de las cuales hay tres ubicadas en la Región Metropolitana.” [p.15]</p> <p><i>CONDICIONES DE VIDA (DIMENSIONES) Y GRADO DE POSTERGACIÓN</i></p> <p>“Luego de la elaboración del Protocolo, se procedió a recolectar la información, elaborar cuadros y a la ponderación y estratificación de las localidades, para determinar los grados de postergación de cada una de ellas, según las condiciones de vida que poseen, de acuerdo a las dimensiones investigadas (...) identificando cuatro estratos: Alta postergación, Media alta, Media y Baja.” [p.33] A más alta postergación más alta la prioridad. [Según se deduce del Cuadro No.50, p.52]</p> <p>“El criterio que prevaleció fue el de posibilidad de ponderación, esto es, el que cada variable fuera susceptible de cuantificar y</p>	<p>estudio. La muestra fue seleccionada con base en tres criterios: la percepción del proveedor de cuidados de salud respecto a la condición sanitaria y socio – económica; la localización geográfica y el tamaño de la población.” [p.1]</p> <p><i>APOYO ADMINISTRATIVO LOCAL Y CENTRAL / COMPARABILIDAD CON EL RESTO DE CASOS</i></p> <p>“La selección del Distrito de estudio fue hecha con base en lo siguiente: El Distrito de Corozal tenía un Equipo de Salud funcionando. El distrito tiene una población bilingüe que fue considerada deseable por la incompatibilidad lingüística entre Belice y los otros países de Centro América. El interés y la receptividad expresadas por el Oficial Médico del Distrito hacia el proyecto del Programa Mujer, Salud y Desarrollo influyó en la selección del Distrito de Corozal como el área dentro de la cual este proyecto sería completado. Finalmente, el apoyo del nivel central, lo que fue crítico en la puesta en</p>	<p>“Se tomarán tres muestras independientes: casco urbano de La Esperanza, casco urbano de Intibucá y aldeas rurales del municipio de La Esperanza. La justificación de establecer tres muestras independientes, se basa en la necesidad de distinguir entre espacios geográficos.” [Vol.1, p.29]</p> <p><i>MANDATO INSTITUCIONAL</i></p> <p>“En lo referente al área de investigación, el Nivel Político del Ministerio de Salud resolvió por mandato, llevar a cabo el trabajo de ASIS y género en el espacio – población del Municipio de La Esperanza, Departamento de Intibucá, que en el año de 1992 fuera <b>escenario de una capacitación sobre participación social</b>, que es a su vez una de las líneas estratégicas que contempla la Política Nacional de Salud.” [Vol.1, p.2]</p> <p><i>CONDICIONES DE VIDA— ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</i></p> <p>“Debe reconocerse también que en la región</p>	<p>de Salud, como en Situación de Riesgo.” [p.12]</p> <p><i>NIVEL ORGANIZACIONAL ADMINISTRATIVO</i></p> <p>“La organización para la atención de la salud responde a la estrategia de los sistemas locales de salud (SILOS), lo que permite una coordinación e interacción desde las bases, facilitando la participación social para el establecimiento de planes operativos, ejecución de proyectos y programas concertados y negociados con diferentes actores sociales, integrando las actividades de salud a la comunidad.” [p.12]</p> <p>Adicionalmente, este municipio pertenece a uno de los SILOS más avanzados en su estructuración. El personal tiene experiencia en trabajo con la comunidad y esta capacitado en aspectos específicos de género y salud.” [p.12]</p>	<p>Silvio González Mena, por los siguientes factores: la formulación de un modelo de atención integral en salud definido por el municipio de Diriamba, el interés sobre el tema de la salud de la mujer demostrada por las autoridades locales, la alta participación de diferentes actores sociales en la producción de salud, y la accesibilidad al SILAIS y al municipio.” (p.1)</p> <p><i>COMPARACIÓN BIPOLAR</i></p> <p>“Los barrios fueron seleccionados porque presentan condiciones de vida desiguales entre ambos; tanto en el ámbito económico, social, ambiental y cultural, amén de su fácil acceso, y el alto grado de participación social en la producción de salud.” (p.1)</p> <p>“Se seleccionaron barrios urbanos por la accesibilidad y el tiempo de estudio, pero que presentaran características socio – económicas diferentes.” (p.27)</p>	<p>—Existencia de un anteproyecto de investigación presentado en 1993.</p> <p>—Existencia de un Puesto de Salud.</p> <p>—Totalidad de familias entrevistadas por la Técnica de Atención Primaria.</p> <p>— Nivel de organización.</p> <p>— Facilidad de acceso.</p> <p>Condición socio – económica de las familias.” [Vol.1, p.117]</p> <p>(C)</p> <p><i>NIVEL ORGANIZACIONAL ADMINISTRATIVO/ APOYO COMUNITARIO/ CONDICIONES SOCIALES Y GEOGRAFICAS PROPICIAS</i></p> <p>Algunas acotaciones importantes:</p> <p>“El nivel de organización de la comunidad es bastante alto e igualmente el grado de participación comunal en las actividades de salud que se</p>	<p><i>ADMINISTRATIVO</i></p> <p>1. “Basados en criterios de receptividad, capacidad técnica y avances en las actividades de sensibilización en aspectos de género y de participación social de la mujer, se escogió a la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre para desarrollar la primera experiencia de este tipo. (...)” [p.67]</p> <p><i>APOYO COMUNITARIO LOCAL</i></p> <p>2. “(...) el Nivel Regional seleccionó al Centro de Salud de Cerro Batea como el conductor del Proceso de Análisis de Situación de Salud con Dimensión de Género, porque disponía de fortalezas tales como la unidad dirigente organizada, avances progresivos en el proceso de programación local, experiencias de participación social de la mujer, equipo de salud completo, con capacidad técnica para el desarrollo del proyecto y accesibilidad.” [p.67]</p> <p><i>CONDICIONES SOCIALES Y GEOGRÁFICAS PROPICIAS</i></p> <p>3. Encuesta a 10 informantes clave, uno por cada comunidad del distrito,</p>



GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>ponderar. El análisis se basó en la comparación de los indicadores de las localidades estudiadas según cada dimensión, estratificando <b>comunidades</b> dentro del Distrito, de acuerdo a prioridad.” [p.41]</p> <p>En cada una de las 25 localidades del distrito de Bethania se seleccionó viviendas, en total 698, con el fin de llevar a cabo una Encuesta de Análisis de Situación de Salud. Esto fue en noviembre de 1994. [p.35]</p> <p>(C) La investigación se centra en la selección y ponderación de las localidades de Bethania. El punto en cuestión es, ¿en qué medida el enfoque de género acompañó este proceso y qué consecuencias metodológicas tuvo?</p>	<p>marcha del proyecto. El Director de los Servicios de Salud estuvo involucrado en la decisión de dónde se desarrollaría el proyecto.” [p.6]</p>	<p>Sanitaria No.2, en la cual se ubica el Municipio de La Esperanza, <b>se ha venido trabajando con un índice de postergación</b>, con el objetivo de caracterizar las condiciones de vida de los diversos espacios – población (...)” [Vol.1, p.6]</p> <p>“El área de Salud ha venido programando sus estrategias de ataque a los problemas, mediante la utilización de índices de postergación. (...). Estos han sido esfuerzos muy importantes, especialmente realizados en el área rural del Departamento de Intibucá.” [Vol.2, p. iii ]</p> <p><i>NIVEL ORGANIZACIONAL/ ADMINISTRATIVO</i> “La Ciudad de La Esperanza es sede de las Oficinas del Area de Salud, que es una instancia técnica y administrativa dependiente de la Región Sanitaria No.2, con sede en la ciudad de Comayagua, en el Departamento del mismo nombre. El área de influencia comprende el Departamento de Intibucá, (...)” [Vol.2, p. ii]</p>			<p>programen. Existe un total de diez organizaciones (...)” [Vol. I, p. .52]</p> <p>Trata de “una comunidad representativa de las urbano – marginales del país (Anexo No.1).” [p.114 y 117]</p>	<p>con el fin de evaluar su grado de postergación y seleccionar las comunidades más y menos postergada respectivamente. Variables que sirven de criterio: condición de la vivienda, disposición de agua, excretas y basura, alumbrado eléctrico, calles y veredas, transporte, accesibilidad geográfica e ingreso económico. [p.75]</p>

### 2.2.3 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS ESPACIOS-POBLACIÓN

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>URBANO-MARGINAL</b> “Esta población presenta características de localidades tanto urbanas, como urbano-marginales de la zona 7 de la ciudad capital. Refiriéndonos a la urbanidad como la existencia de localidades organizadas y con los servicios básicos, así como la existencia de viviendas formales; la marginalidad se ha caracterizado por la existencia de asentamientos de reciente creación (no más de 3 años), con viviendas informales y sin organización ni servicios previstos. Estos son el producto de la migración del interior del país a la capital (sic.) y los movimientos dentro de la misma ciudad, como resultado de la escasez de viviendas.” (p.15 y 31)</p> <p>“El Distrito de Salud de Bethania, localidad estudiada, (...) [está] ubicado en la zona 7 de la ciudad capital. (...) Está conformado por 16 Colonias y 9 Asentamientos de reciente</p>		<p><b>URBANO</b> Municipio de la Esperanza ubicado en el centro del departamento de Intibucá. [Vol.1, p.1, Vol.2, p. i] Más concretamente “en el Municipio de La Esperanza y en el casco urbano del Municipio de Intibucá que es una ciudad aledaña a la Cabecera Departamental.” [Vol.1, p.27]</p> <p>“La cabecera Departamental es la ciudad de La Esperanza, principal centro de actividad urbana de todo el departamento, porque cuenta con el mayor porcentaje de servicios de tipo comercial, educativo, sanitario y otros. Su área de influencia tiene mucha importancia especialmente porque el Departamento tiene poblaciones de la zona fronteriza con la República de El Salvador.” (Vol.2, p. i)</p> <p><b>ALTOS NIVELES DE POBREZA</b> “(...) el Departamento de Intibucá, de acuerdo a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1988, es uno de los departamentos con mayores niveles de pobreza del país, dos veces superior al promedio</p>	<p><b>URBANO Y RURAL</b> Municipio de Guazapa, Departamento de San Salvador, El Salvador. “De la población total, aproximadamente el 48.8% pertenece al área urbana y en ella, el 51% son mujeres; del 51.2% de la población total, que se localiza en el área rural, 49.7% son mujeres y 50.3% hombres.” [p.4]</p> <p><b>UNIVERSO/POBLACIÓN ESTUDIADA</b> “El <b>Universo</b> de la investigación lo constituyen los 4,230 hombres y mujeres que ejercen jefaturas de hogar, geográficamente ubicadas en el Municipio de Guazapa, que se encuentra constituido por 44 comunidades, entre cantones, caseríos y colonias en el área urbana y rural.” [p.12]</p>	<p><b>URBANO</b> “El municipio de Diriamba está ubicado sobre la meseta de Carazo, a 47 kilómetros de Managua, (...) cuenta con una población de 59,706 habitantes de los cuales el 39.9% (23,823) es Urbana y el 60,1% (35,883) Rural.” [p.7]</p> <p>“En el municipio de salud de Diriamba (sic.), su población está distribuida en 37 barrios Urbanos y 58 barrios Rurales. Para este estudio se seleccionaron 2 barrios del sector urbano.” [p.7]</p> <p><b>CONDICIONES DE VIDA: COMPARACIÓN BIPOLAR BARRIO SILVIO GONZALES MENA</b> “(...) considerado como tradicional, según el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal”: con aproximadamente 2 mil habitantes; 250 viviendas (de buena calidad material); agua potable, alumbrado domiciliario, inodoro, sumidero y “teléfono en alto porcentaje de las viviendas”; recolección de basura dos veces por semana; el comercio como</p>	<p><b>URBANO-MARGINAL</b> Barrio Santísima Trinidad, del distrito de San Josecito, cantón de San Rafael y provincia de Heredia. [Vol.1, p.41]</p> <p>Trata de “una comunidad representativa de las urbano-marginales del país (Anexo No.1).” [Vol.1, p.114 y 117]</p> <p><b>UNIVERSO/POBLACIÓN ESTUDIADA</b> “Con base en las familias adscritas al Puesto de Salud del Barrio Santísima Trinidad, ochocientos siete, se definió una muestra al azar, representativa, de jefaturas de familia, masculinas y femeninas, presentes de 9 a.m. a 3 p.m. en una zona urbano – marginal, los días miércoles (...)” [Vol.1, p.118]</p>	<p><b>URBANO – POPULAR/MARGINAL</b> Cerro Batea es una comunidad urbana [p.23] y Nuevo Belén es marginal.</p> <p><b>CONDICIONES DE VIDA – COMPARACIÓN</b> Cerro Batea es residencia de “sectores populares de las áreas capitalinas con problemas de vivienda y para los inmigrantes del país”. [p.22] La mayoría de las casas están hipotecadas y “existe un alto índice de desempleo y sub-empleo”; cuenta con vías de comunicación pavimentadas y veredas; “tiene los servicios básicos de agua, luz, teléfono, recolección de basura y otros.” [p.23]</p> <p><b>NUEVO BELÉN</b> “tiene características de marginalidad debido a que nació producto de movimientos de invasión de tierras por precaristas, los cuales no han legalizado su situación de propietarios”. “Por este motivo, la comunidad no cuenta con servicios básicos como luz, teléfono y agua.” “Gran parte de la población se</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>formación, de grupos que emigran, en su mayoría del interior del país, por diversas causas, principalmente de índole económico y violencia, provocando crecimiento desordenado y no planificado de la población y como consecuencia, falta de servicios básicos, hacinamiento y problemas sociales como delincuencia, drogadicción y otros propios de las áreas urbano marginales. ” [p.5-6]</p> <p><i>UNIVERSO/POBLACIÓN ESTUDIADA</i> “El universo fue las 25 localidades que cubre el Distrito de Salud de Bethania, obteniendo una muestra representativa de cada localidad, para la aplicación de la encuesta y la unidad de muestreo fue la vivienda.” [p.33] La población estimada para 1994 es de 46,308 habitantes, en una superficie de 8 Km. Cuadrados, a lo que corresponde una densidad de población de 5,788 habitantes por Km. Cuadrado. (...)” [p.6]</p>		<p>nacional. En el Municipio de la Esperanza se estimó que un 36.1% de los hogares vivían en condiciones de pobreza.” [Vol.1, p.2]</p> <p><i>SERVICIOS DE SALUD</i> “En la Ciudad de La Esperanza se ubica un CESAMO, cuya área geográfica de influencia es todo el departamento de Intibucá (...) El CESAMO es también sede del área de salud, una instancia administrativa(...)”</p> <p><i>UNIVERSO (no expresado)</i></p>		<p>actividad económica principal; clínicas privadas y cuatro casas - base organizadas por la comunidad; una escuela; dos centros de primaria y secundaria completa; una de secundaria y otro de educación técnica en comercio y secretariado completo. [pp.7-8]</p> <p>BARRIO SAN FRANCISCO “(…) clasificado como urbanización progresiva por el Instituto Nicaraguense de Fomento Municipal: más de 7 mil habitantes; 205 viviendas “deficitarias” por sus materiales y tamaño; en 75% de las familias se presentan tales deficiencias; “el abastecimiento de agua, de mala calidad, es domiciliar y por compra vecinal”; “la eliminación de excretas es a través de letrinas y hay un déficit de 25% de este servicio”; “solamente 6 viviendas tienen servicio telefónico”; 50% de las viviendas tienen alumbrado domiciliar y el resto se ‘conecta ilegalmente’; “la recolección de la basura se realiza 2 veces por semana por parte de la alcaldía aunque la población piensa que la recolección es de mala calidad”; un alto índice de desempleo; “la PEA se concentra en el sector informal en la actividad comercial a pequeña escala; “no hay servicio de salud institucional, ni</p>		<p>encuentra desempleada y sub-empleada.” “Los ingresos que generan los moradores son generalmente bajos y eventuales.” [p.23-24]</p> <p><i>UNIVERSO/POBLACIÓN ESTUDIADA</i> Dos comunidades del distrito de San Miguelito bajo la responsabilidad del Centro de Salud: Cerro Batea (menos postergada) y Nuevo Belén (más postergada). [p.75]</p> <p>“Se empleó un muestreo no aleatorio por conveniencia para la selección de la unidad de análisis. Debido a que esta investigación se realiza por primera vez, el equipo investigador consideró suficiente para los fines de la misma, establecer una muestra de cien familias por comunidad. ” [p.75]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
				<p>clínicas privadas, pero sí funcionan dos casas - base comunitarias”; una escuela de primaria completa. “El barrio es priorizado por el MINSA por sus deficitarias condiciones higiénico – sanitarias.” [p.8]</p> <p><i>UNIVERSO</i> “Lo constituyeron todos los hombres y mujeres que habitan en los barrios Silvio González y San Francisco, del municipio de Diriamba, departamento de Carazo.” “Muestra: Para este estudio la muestra fue igual al universo.” [p.7]</p>		

## 2.3 UNIDADES DE ANALISIS – DEFINICION

### 2.3.1 DEFINICIÓN TEORICA DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><i>GRUPOS DE POBLACIÓN (localidades)</i> “(…) la esencia del ASIS es el estudio de las desigualdades e iniquidades particulares de cada grupo de población”. Pero el abordaje al nivel de grupos de población, es uno entre varios niveles complementarios que “contribuyen al conocimiento integral de la situación de salud”. Este nivel de abordaje</p>	<p><i>HOMBRES Y MUJERES DE 14-65 AÑOS</i> En virtud de las exclusiones de los programas de salud de determinados grupos de edad o condición “[e]l equipo entonces decidió seleccionar <b>hombres y mujeres entre 14 - 65 años</b> —las negritas son nuestras — para el estudio</p>	<p><i>HOGAR</i> <b>Hogar</b> como “espacio vital para todos los integrantes de la familia”; “como espacio de reproducción social”; “cuyas características y posibilidades, en el caso de las mujeres, implican riesgo inminente a los ataques de los mismos hombres que pertenecen a la familia.” [Vol.1, p.15]</p> <p><b>Hogar</b>: se clasifican “por estratos de acuerdo a la incidencia de carencias.</p>	<p><i>JEFES DE HOGAR HOMBRES O MUJERES</i> “Se escogió esta unidad de análisis debido a que es en las jefaturas de hogar en donde se puede medir, de manera diferenciada, el efecto de la división genérica y el impacto en sus condiciones de vida como sujetos y el de su núcleo familiar, cuando esta jefatura es ejercida por hombres o por mujeres.”</p>	<p><i>JEFES/JEFAS DE HOGAR (C)</i> No expresada una definición teórica.</p>	<p><i>JEFATURAS DE FAMILIA/USUARIOS(AS)</i> “Para efectos del grupo investigador, se consideró como la misma unidad de análisis jefes de familia y usuarios (as)”. [Vol.1, p.124] (C) *No expresada una definición teórica. *Parece confundirse la Unidad de Análisis con espacio- población.</p>	<p><i>LA FAMILIA</i> “La familia como microsociedad reproduce los fenómenos sociales generales de la sociedad, convirtiéndose en la reproductora del sistema sexo/género imperante (...).” [p.65]</p> <p>“Es en la familia, mediante la socialización, donde se inicia el proceso de construcción de la identidad de género. La asignación de roles</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“constituye una base indispensable para reforzar las respuestas sociales, integradas e intersectoriales.</p> <p>De esta forma facilita, además, la evaluación del posible impacto de dichas acciones y decisiones, así como la participación organizada de la población, en la medida en que relaciona los problemas de salud con la vida cotidiana de cada grupo social.” [p.38-39]</p>	<p>dado que cubriría la mayoría de los ciclos de vida.</p> <p>El estudio no podía objetivamente involucrar a cada grupo de edad.” [p.17]</p> <p>(C) ¿Cuál es el significado teórico- conceptual de los ciclos de vida?</p>	<p>La identificación según pobreza es: Hogares Pobres, Hogares en Pobreza extrema, Hogares en miseria”. (Necesidades Básicas Insatisfechas) [Vol.1, p.24]</p> <p>- <b>Hogar:</b> difiere de la censal al definirse que “es el espacio de reposición y de preparación de la fuerza de trabajo vital para todos los integrantes de la familia, los cuales se identifican de manera individual por sus condiciones particulares y en forma de grupo social que comparte las mismas condiciones materiales de vida.” [Vol.1, p.25]</p> <p>- <b>Vivienda</b> (uno o más hogares, definición censal típica) [Vol.1, p.25]</p> <p><b>Familia</b> como “espacio de reproducción ideológica, que demarca el trabajo social reproductor en forma exclusiva y discriminante a las mujeres, de tal manera que determina su vida básicamente dentro de un rol de reproducción de la desigualdad, que ha venido siendo reforzada por la ideología patriarcal como modelo nuclear de la sociedad, que visualiza a la familia como una pareja (Madre/Padre) con hijos, (...)” [Vol.1, p.19]</p> <p>- <b>Familia</b> (diferentes arreglos:</p>	<p>[p.11]</p>	<p>A</p>	<p>Se dice expresamente: “(...) La medición, comparación, explicación y predicción de dicha situación en una unidad mínima de análisis (espacio- población), facilitará el diseño de estrategias de intervención realmente eficaces. (...)” [p.62]</p>	<p>diferenciales que conllevan a la división sexual del trabajo, define socialmente al hombre y a la mujer con base en paradigmas culturales de feminidad y masculinidad preestablecidos. Simultáneamente se desarrollan actitudes y comportamientos, algunos de los cuales se constituyen en riesgos diferenciales para su integridad física, mental y social. Estos elementos condicionan la inserción de hombres y mujeres en el funcionamiento general de la sociedad, (...)” [p.79]</p> <p>“(...) [En la familia], en la convivencia cotidiana, se desarrollan redes de comunicación- incomunicación lo suficientemente cerradas para que se puedan considerar un sistema de comunicación diferenciada en la sociedad.” [p.81]</p> <p><i>LOS FUNCIONARIOS</i> “Constituyen una unidad de análisis en la investigación, como protagonistas en la prestación de los servicios, como respuesta social.” [p.77]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
		nuclear, extendida y arreglos familiares) [Vol.1, p.25]  - <b>Jefatura de hogar</b> : “Es el rol que un hombre, mujer o pareja, desempeña en el hogar y que se refiere a proveer los principales medios de sustento al grupo familiar y toma las decisiones principales en la conducción del hogar.” [Vol.1, p.26]				

### 2.3.2 SELECCION DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>GRUPOS POBLACIONALES</b> (localidades) “Bajo este marco teórico se decidió que la Unidad de análisis del estudio sería grupos de población, representados por las localidades del Distrito, 25 en total, <b>sin diferenciar para el análisis final la condición de género entre ellas</b>—las negritas son nuestras—, ya que nuestro objetivo era identificar localidades según niveles de postergación que involucraban familias que a su vez incluían hombres y mujeres.” [p.39]</p> <p>“Es importante mencionar que el momento político que vive el país, así como la etapa en la que se encuentra el proceso de ASIS en el nivel técnico normativo del Ministerio, limitaron la posibilidad de</p>	<p><b>HOMBRES Y MUJERES DE 14-65 AÑOS</b></p> <p><b>Idéntico 2.3. 1.</b></p>	<p><b>HOGAR</b></p> <p><b>Véase 2.3. 1.</b></p>	<p><b>JEFES DE HOGAR HOMBRES Y MUJES</b> “La <b>unidad de análisis</b> seleccionada fue los jefes de hogar, hombres y mujeres, del Municipio de Guazapa.” [p.11]</p>	<p><b>JEFAS Y JEFES DE HOGAR</b> “Unidad de análisis: Todas las jefas y jefes de hogar que habitan en las viviendas de los barrios seleccionados.” [p.22]</p> <p>“Para este estudio se consideró como JEFE DE HOGAR a la persona que aportara la mayor parte del dinero para el gasto económico en la familia o el miembro que se designe como tal.” “HOGAR a todos los miembros de una familia que sus alimentos se cocinan en una hoyra común.” [p.22]</p>	<p><b>JEFATURAS DE FAMILIA/USUARIOS(AS)</b> “Con base en las familias adscritas al Puesto de Salud del Barrio Santísima Trinidad, ochocientos siete, se definió una muestra al azar, representativa, de jefaturas de familia, masculinas y femeninas presentes de 9 a.m. a 3 p.m. en una zona urbano- marginal — no entiendo esta referencia al tiempo y si se tomó en cuenta el número de hombres y mujeres que resultarían en la muestra—, los días miércoles, a ser entrevistadas (sic.),aplicando la [fórmula de muestreo simple sin reemplazo].” “(…) Así se obtuvo una muestra de ochenta y seis jefaturas de familia. Se trabaja con un nivel de confianza de 95% y error de muestreo de 10%.”</p>	<p><b>LA FAMILIA</b> Muestreo no aleatorio por conveniencia: “Debido a que esta investigación se realiza por primera vez, el <b>equipo investigador</b> consideró suficiente (...) cien familias por comunidad.” [p.75]</p> <p><b>LIDERES COMUNITARIOS</b>: 11 informantes clave (un líder por cada comunidad responsabilidad del centro), para aplicar la encuesta para la identificación del grupo humano postergado. [p.75]</p> <p><b>FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE SALUD</b>: Centro de Salud de Cerro Batea. [p.87] <b>SERVICIOS DE SALUD</b>: Centro de</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>enfocar el Análisis hacia el estudio de grupos de población específicos: Hombres y Mujeres. En estos momentos, aún no se han unificado criterios acerca de la metodología a utilizar para el análisis de la información, sin embargo, parece ser un hecho que la unidad de análisis estándar será las localidades de los Distritos de Salud en donde se aplique.” [p.39]</p> <p>“El estudio es de tipo descriptivo, tomando como unidad de análisis Localidades, lo que no permitió hacer un enfoque por dimensión de la situación de Salud según sexo/género.” [p.96]</p>					<p>[Vol.1,p.118-119]</p> <p><i>ORGANIZACIONES COMUNALES</i> Todas las 10 organizaciones existentes, identificadas como: 6 comunitarias, 1 gubernamental, 1 no gubernamental y 2 de otro tipo. [Vol. II, p.1/ p.119]</p> <p><i>PRESTATARIOS DE SERVICIOS</i> “(…) representantes de las instituciones de salud (CCSS y Ministerio de Salud) tanto del nivel regional como del nivel local.” De 37 funcionarios (as) se entrevistaron 20. Se aplicó muestreo simple al azar sin reemplazo. [Vol. II, p.24; p.120]</p>	<p><i>Salud de Cerro Batea.</i> [p.87]</p>

### 2.3.3 JERARQUIA DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Toda la información se describe basándose en localidades pues, como ya se indicó, fue la Unidad de análisis utilizada.”</p> <p>Se dice, sin embargo: “Fue tomada como Unidad de Análisis cada una de las localidades que comprende el Distrito de Salud, y dentro de ellas, la familia en el abordaje de condiciones de vida y en el análisis de género, se abordó la unidad de análisis individual (hombre- mujer).” [p.32]</p>	<p>(C) No se indica nada al respecto.</p>	<p>(C) No se indica nada al respecto.</p>	<p>(C) No se indica nada al respecto.</p>	<p>“Todas las jefas y jefes de hogar que habitan en las viviendas de los barrios seleccionados.”</p>	<p>(C) No se indica nada al respecto.</p>	<p><i>De nivel superior</i> Poblaciones o comunidades comparadas en sus condiciones de vida, de acuerdo a su nivel de postergación (variables contextuales). [p.77]</p> <p><i>De anclaje central</i> Familias de las comunidades seleccionadas. Análisis de las relaciones sociales de los géneros, en el espacio doméstico y público, a través de la identificación de las iniquidades y problemas de salud, que se producen de acuerdo a las formas particulares de inserción de la familia en las condiciones de vida (variables relacionales). [p.77]</p> <p><i>De nivel inferior</i> Individuos informantes, hombres y mujeres, miembros de la pareja conyugal. Datos de los fenómenos personales y familiares (variables absolutas). [p.77]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
-----------	--------	----------	-------------	-----------	------------	--------

## 2.4 PARTICIPACION EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN: Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador

PROCESO	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p><b>1. Enfoque teórico-metodológico</b></p>	<p>“El ASIS en el nivel de grupo, en la medida en que evidencia las relaciones entre problemas de salud y condiciones de vida, constituye una base indispensable para reforzar las respuestas sociales integradas e intersectoriales. De esta forma facilita, además, la evaluación del posible impacto de dichas acciones y decisiones, así como la participación organizada de la población, en la medida en que relaciona los problemas de salud con la vida cotidiana de cada grupo social.” [p.38-39]</p> <p><i>TOMA DE DECISIONES/INDEFINICIÓN DE LOS ACTORES</i> “PARTICIPACION SOCIAL: Se entiende como la interacción de los actores sociales protagonistas, con capacidad, habilidad y oportunidad para definir, realizar y negociar sus intereses en la perspectiva del desarrollo de la salud.” [p.40]</p> <p>(C) ¿A cuáles actores sociales se alude?</p> <p>NIVEL ORGANIZACIONAL DE LOS ESPACIOS POBLACIONALES: En la definición del espacio- población se destaca: “(...) Refiriéndonos a la urbanidad</p>	<p><i>EQUIPO INVESTIGADOR/COMPRENSIÓN</i> “(…)Reconociendo la importancia de una participación activa para obtener los más altos resultados cualitativos, se seleccionó un equipo que reflejara la respuesta multidisciplinaria requerida para <b>poner en marcha todo el proceso</b> de Análisis de Situación de Salud con enfoque de género. El equipo estuvo constituido por personal del nivel local y central del Ministerio de Salud, representantes de agencias de mujeres, la Oficina Central de Estadísticas y la OPS/OMS.” [p.1]</p>	<p><i>COMPRENSIÓN/ EQUIPO Y GRUPOS ORGANIZADOS</i> * “El proceso de Análisis de Situación de Salud (ASIS) a realizar, es participativo mediante consultas, revisiones, discusiones de los planteamientos y ejecuciones conjuntas de actividades concretas, con grupos organizados de la comunidad, Organizaciones No Gubernamentales que laboran en el área y el equipo de salud institucional (...)”. [Vol.1, p.1]</p> <p><i>TOMA DE DECISIONES EN EQUIDAD DE GÉNERO/ MUNICIPALIDADES</i> * “(...) tal como se plantea en la investigación, es un instrumento para facilitar la negociación de acuerdo con la descentralización, en cuyo marco el Ministerio de Salud valora a las Autoridades Municipales en un nuevo rol participativo, y como espacios de profundización de la democracia y formulación de respuestas sociales, para asegurar la participación y el desarrollo social y económico de los hombres y las mujeres a partir de la búsqueda de la igualdad y equidad de los géneros.” [Vol.1, p.1]</p> <p><i>TOMA DE DECISIONES/ ACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS</i> * “En este trabajo se asume que en su sentido más amplio, la participación social tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello, con las relaciones de poder. Es por eso que estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen de manera suficiente”. “La participación social en la coestión de la salud: se entiende como la interacción de actores y actrices sociales, protagonistas con capacidad, habilidad y oportunidad para definir, realizar y negociar sus intereses en la perspectiva del desarrollo de la</p>	<p><i>COMPRENSIÓN/EQUIPO INVESTIGADOR Y COMUNIDAD</i> “Actualmente se está impulsando la estrategia de Municipios Saludables, que propicia la coordinación horizontal y entre sectores para la identificación, estratificación por prioridades y solución de los problemas al nivel de Municipios.” [p.9]</p> <p>SILOS “permite una coordinación e interacción desde las bases, facilitando la participación social para el establecimiento de planes operativos, ejecución de proyectos y programas concertados y negociados con diferentes actores sociales, integrando las actividades de salud a la comunidad.” [p.12]</p> <p>“Se ha desarrollado un trabajo participativo e interdisciplinario, que amplía y enriquece el proceso de construcción del ASIS.” [p.42]</p> <p>“Se ha generado un proceso de sensibilización para la incorporación del enfoque de género en el ámbito de la salud y se ha motivado para que se continúe, profundice y de seguimiento al proceso iniciado.” [p.42]</p> <p>“Dentro del Plan de Gobierno 1994-1999,</p>



PROCESO	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
	<p>como la existencia de localidades debidamente organizadas y con los servicios básicos, así como la existencia de viviendas formales; la marginalidad se ha caracterizado por la existencia de asentamientos de reciente creación (no más de 3 años), con viviendas informales y sin organización ni servicios previstos y son el producto de la migración interior del país (...)"</p>		<p>salud". [Vol.1, p.22-23]</p> <p>Actores y Actrices Sociales: "Individuos, grupos, organizaciones ó instituciones con el propósito de realizarlos. Cada actor cuenta con cierto poder para realizar sus intereses, y depende de la capacidad y la oportunidad de cada uno, y esta en relación con la capacidad y oportunidad de los otros actores."</p> <p>Añade el equipo de investigación: "En este concepto se advierten dos condiciones: una el grado de intereses de los actores involucrados y la segunda, la capacidad que tienen para influir en términos de los recursos que poseen y forma de utilizarlos en función de esos intereses." [Vol.1, p.24]</p>	<p>para el Sector [salud] se plantea (...) promover una efectiva incorporación de la comunidad al sistema de salud, con énfasis preventivos; (...)" [p.5]</p>
<p><b>2. Inicio de la experiencia</b></p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>	<p>"El Programa Mujer, Salud y Desarrollo (MSD) es una iniciativa de los países de la subregión y está estructurada dentro de los programas nacionales sobre Mujeres, Salud y Desarrollo de las Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud." [p.iii]</p> <p><b>Véase 1.2.2 Desarrollo de Asís:</b> Consultores de OPS y de Punto Focal Nacional \ Nivel nacional/central: Director de Servicios de Salud (selección del lugar del proyecto, p.6) y Director Nacional de Atención Primaria \ Nivel local: Médico de Distrito ("interés y receptividad" p.6) y personal de salud del nivel de distrito. \ Líderes comunales. [p.3]</p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>

PROCESO	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<b>3. Definición del problema</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>4. Definición de los propósitos</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>5. Definición de los objetivos</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>6. Definición de las hipótesis</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>7. Definición del tipo de investigación</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>8. Definición del espacio- población</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	Véase p.6, selección del espacio- población. Decisión del equipo de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>9. Definición de las unidades de análisis</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>10. Definición de las unidades de información</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>11. Diseño de instrumentos</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	“(…) Atención especial fue puesta en el contraste de las percepciones de salud de la comunidad y de los proveedores de cuidados de salud, como el contraste de las percepciones de salud de hombres y mujeres. Lo mismo aplicó para las necesidades sociales. Se usaron datos cuantitativos y cualitativos.” [p.17]	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.

PROCESO	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<b>12. Recolección de la información</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	Grupos focales con mujeres (dos sesiones) y hombres (sólo una sesión). El tema de violencia sólo se discutió con las mujeres. [p.49]  Como informantes claves se entrevistaron a líderes de la comunidad, básicamente hombres. [pp.43 y 50]	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>13. Análisis</b>	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	Dentro de los criterios para seleccionar los tres problemas relevantes para llevar a cabo un análisis a profundidad, se encuentra: “el nivel de prioridad asignado por la comunidad y el personal de salud.” [p.18]	En relación con el momento del “análisis, establecimiento de prioridades y negociación”, se indica que “se convocará nuevamente a los actores sociales que participaron en el taller inicial, para presentar los resultados de la investigación. En este taller se identificarán prioridades de salud desde la perspectiva de género que tengan relevancia en cuanto a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.” “A la luz de [la posibilidad técnica y la evaluación de costos que se defina con apoyo de la Región Sanitaria], se escogerán, por consenso, 2 o 3 intervenciones que sean factibles de llevar a cabo. El grupo [de actores sociales] esbozará un plan de trabajo en el que se señale el compromiso de cada uno de los actores y actrices participantes.” [Vol.1, p.33]	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.
<b>14. Informe</b>	Contexto de organización: “El nivel de organización de la comunidad es bastante alto e igualmente el grado de participación comunal en las actividades de salud que se programen. Existe un total de diez organizaciones, a saber: Asociación de Desarrollo Integral, Comité de Salud, Comité de Nutrición, Alcohólicos Anónimos, Grupo Allanon, Junta de educación, Patronato Escolar, Comité de Deportes, Grupo religioso (Iglesia católica), Junta Directiva (Iglesia	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.	“Elaboración del informe final, para iniciar el análisis con personal técnico Normativo y Regional, previo al análisis local y al establecimiento de las estrategias de seguimiento.” [Vol.2, p.16] (C) Se deduce que el informe lo redactó el propio equipo investigador.	(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.

PROCESO	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
	<p>Evangélica).” [p.53]</p> <p>(C) No se ofrecen más detalles de este contexto de organización.</p>			
<b>15. Difusión</b>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>	<p><b>Véase 14. Informe</b> (C) Se previó su difusión por parte del equipo investigador.</p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>
<b>16. Continuidad de la experiencia</b>	<p>En función de la respuesta social se destaca: “Por ser la violencia el principal problema encontrado, es necesaria la formación de grupos de autoayuda, tanto de mujeres como de la población en general, que permitan, una vez organizados, proteger y denunciar los problemas que están determinando la mortalidad en los habitantes de las localidades. Así mismo la organización de la Comunidad para que demande de las autoridades competentes el apoyo necesario para disminuir esta situación. El sector de Educación debe a su vez involucrarse con esta problemática, e incluir dentro de sus programas el componente de prevención en los aspectos posibles y que determinan estos problemas, así como la detección y referencia de casos de abuso sexual y violencia doméstica.” [p.93-94]</p>	<p>“(…) El proceso participativo, sin embargo, depende del nivel de compromiso de los miembros del equipo y/o de las comunidades involucradas. El tiempo es un elemento crucial que influye en el proceso de participación.” [p.53]</p>	<p>Llevar a cabo “un ejercicio democrático en la búsqueda de respuestas que transformen las condiciones de vida, fortalezcan al equipo de salud en la práctica de analizar en el ambiente cotidiano la situación de las mujeres, mejorar la salud de hombres y mujeres del municipio de La Esperanza, y participar en el diseño y aplicación práctica de una metodología más amplia e integradora.” [Vol.1, p.9].</p> <p>El “acopio de las percepciones sobre los problemas de salud, desde la perspectiva de las mujeres y de los actores y actrices sociales” “nos permitirá, no solamente conocer de las preocupaciones en salud de los grupos organizados, sino que posteriormente facilitará la concertación de las respuestas sociales, para estratificar por prioridades y resolver los problemas y dar continuidad al proceso.” [Vol.1, p.28].</p> <p>Con respecto a la red de eslabonamiento, se subraya que genera “una información básica para establecer acuerdos y concertaciones encaminados a la transformación del espacio población.” [Vol.2, introducción final] [Véase también Vol.2, p.16].</p> <p>(C) Esto ratifica la impresión de que se prevé una ampliación de la participación al momento de las respuestas sociales; lo previo está en función de una consulta a los actores.</p>	<p>(C) No se indica expresamente nada en el informe de investigación.</p>

## 2.4 PARTICIPACION EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN (continuación): Nicaragua, Costa Rica y Panamá

PROCESO	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
2. Inicio de la experiencia	Sin información.	* “Negociación- concertación con la Dirección General de Salud y las Comisiones de Vigilancia de la Salud y Promoción de la Salud. Evaluación del Desempeño del Personal de Salud a Nivel Local.” * “Decisión política y técnica para incorporar la perspectiva de género en el análisis de situación de salud a partir de los resultados y propuestas (...)” * “Integración de la Directora de Proyecto Mujer, Salud y Desarrollo a la Comisión de Vigilancia de la Salud.” [Vol.1, p.113]	Véase 8. Definición del espacio- población.
3. Definición problema	Sin información.	Sin información.	Sin información.
4. Definición propósitos	Sin información.	Sin información.	Sin información.
5. Definición objetivos	Sin información.	Sin información.	Sin información.
6. Definición hipótesis	Sin información.	Sin información.	Sin información.
7. Definición tipo de investigación	Sin información.	Sin información.	Sin información.
8. Definición del espacio-población	“(...) por decisión del Ministerio de Salud, (...)” [p.1]	“Acordamos que la misma se ejecutaría en la comunidad del Barrio Santísima Trinidad (...)” [Vol.1, p.117]  Consúltense los criterios en la matriz titulada “Criterios de selección del espacio población”	1. Selección de la región por el Nivel Nacional. 2. Selección del Centro de Salud por el Nivel Regional. 3. Selección de las comunidades por parte de informantes claves, un líder por cada comunidad del distrito: 3 promotores, 1 miembro de Organismos No Gubernamentales, 4 presidentes de organizaciones comunales, 1 líder y 1 morador. [p.514]  Se destaca en el “análisis de postergación de las comunidades, para la selección del grupo humano postergado... (la) integración de un actor importante en el inicio del proyecto.” [p.85]
9. Definición unidades de análisis	Sin información.	Sin información.	El equipo investigador decidió seleccionar 100 familias en cada una de las dos comunidades.
10. Definición unidades de información	Sin información.	Sin información.	Sin información.
11. Diseño de instrumentos	Grupos focales: “Se seleccionaron los ejes de discusión dentro de los grupos —sobre la	Miembros del equipo investigador [Lista de participantes, Vol.1].	Sin información.

PROCESO	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>problemática de la violencia contra la mujer—, para lo cual se realizó una reunión con el nivel local para definir sus prioridades y los problemas más frecuentes en su área; de esa manera, por decisión del nivel local se definen 4 ejes (...)” [p.26]</p> <p>La selección de los/las integrantes de los grupos focales “quedó a criterio de una líder del barrio”. [p.26]</p>	<p><b>Más detalles en 12. Recolección de la información.</b></p>	
<b>12. Recolección de la información</b>	<p>“(…) La parte de recolección de la información contó con el apoyo municipal y comunitario, y la participación de sectores representativos en ambos barrios. ( Ver Lista de Actores Sociales involucrados en Anexos.)” (p.23)</p> <p>“A nivel epidemiológico se utilizó el enfoque de riesgo, con indicadores de riesgo relativo y riesgo diferencial y en la selección, cada factor identificado en la encuesta fue confirmado y aprobado por los actores sociales.” (p.23)</p>	<p>“La validación de los instrumentos se realizó en talleres de formación de multiplicadores de Género y Salud del Sector Salud, de organizaciones no gubernamentales y de representantes comunitarios.” [p.118]</p> <p>En los mencionados talleres de capacitación básicamente se buscó “brindar a las (os) participantes elementos de Género y Salud” y “dar a conocer el Protocolo de Investigación que se desarrollaría”. [p.121] Además, aplicar “a los (as) participantes los instrumentos de prestatarios (as) (veinte) y de organizaciones (diez) según correspondía” y obtener “el compromiso que consistiría en la incorporación de algunos de los miembros del grupo participante en las etapas de recolección y análisis de datos del estudio.” [p.124-125]</p> <p>“(…) se previó la participación de prestatarios y representantes de diversas organizaciones comunales en todo el proceso. Sin embargo, la participación se dio únicamente para la validación de los instrumentos y recolección de los datos, dado que estos actores no concretaron su compromiso.” [p.116]</p> <p>“El grupo investigador de la Comisión Mujer, Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud recolectó los datos de usuarios (as) y de algunas organizaciones que no asistieron a la capacitación, casa por casa, en la localidad seleccionada (...)” [p.125]</p> <p><b>(C)</b> ¿Por qué algunas organizaciones no asistieron a la capacitación? ¿Por qué ocurrió que los participantes de los talleres no concretaron su compromiso? No se detectaron respuestas específicas a tales cuestiones.</p>	<p>“La información se clasificó en tres ejes — eficiencia, eficacia y equidad —, para facilitar la participación del equipo interdisciplinario.” [p.77]</p> <p>Equidad: funcionarios del Centro de Salud y líderes de las comunidades, I.D.E. y estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional. [p.89]</p> <p>Eficiencia y Eficacia: funcionarios del Centro de Salud. [p.89]</p> <p>Entre las ventajas relativas de las técnicas de recolección en relación con la participación se destaca lo siguiente:</p> <p>Grupo Focal: “Integración de un actor importante en el inicio del proyecto.” [p.85]</p> <p>Entrevista estructurada: “Colaboración de la comunidad y sus líderes” Pero, “actitudes de rechazo por parte de los funcionarios”. [p.85]</p> <p>Observación exploratoria: “Facilitó la comunicación de los líderes de la comunidad para la realización de la investigación.” [p.85]</p> <p><b>(C)</b> Esto último evidencia que se contempló el potencial participativo de la selección de las técnicas de recolección de datos.</p>
<b>13. Análisis</b>	<p>“El proceso de investigación y de análisis se realizó</p>	<p>Realizada por el equipo investigador sin la participación de las organizaciones</p>	

PROCESO	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	en forma interdisciplinaria, con la participación del Nivel Central y SILAIS. (...)” [p.23]	comunales. [Vol.1, p.116] (C) No hay información adicional al respecto.	
<b>14. Informe</b>		(C) Por lo señalado en el siguiente proceso se concluye que la realizó el equipo investigador. [Véase p.126]	
<b>15. Difusión</b>		“Se ha programado para el segundo semestre de 1995 la presentación y análisis de resultados y de los indicadores propuestos para su incorporación en los Sistemas de Vigilancia de la Salud y de Información, con personal de los niveles central, regional y local de salud y grupos organizados vinculados con la experiencia.” [p.126]	
<b>16. Continuidad de la experiencia</b>	<p>En las recomendaciones sobre los procedimientos, se destaca la participación en términos de representación “equitativa”, de cada uno de los niveles (local/comunitario, municipal y nacional), de actores sociales [tales como] instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en procesos tales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Impulso de investigaciones de tipo operativo.</li> <li>* Conformación de equipos de trabajo.</li> <li>* Información y explicación del tipo de investigación que se realice.</li> <li>* Planificación de la metodología de la investigación.</li> <li>* Modificación o comprensión de los problemas comunitarios. (p.37)</li> </ul> <p>“Una de las herramientas fundamentales con las que cuentan los SILAIS en el proceso de planificación estratégica el el nivel local, es el Análisis de Situación de Salud que se realiza cada año en los diferentes municipios que conforman un SILAIS.” [p.3]</p> <p>“En el año 1994, se revisó la Metodología de</p>	<b>Sin información.</b>	<b>Sin información.</b>

PROCESO	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	Planificación Estratégica del nivel local, dando mayor énfasis a la participación comunitaria y, como parte del proceso de descentralización, se orientó y capacitó al personal municipal para que este proceso fuera realizado por ellos.” [p.3]		

**2.5 BALANCE BASICO DE LA SELECCION Y APLICACION DE LAS TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION:  
Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador**

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
Capacitación (es más una actividad o proceso que una técnica)	No hay información sobre su uso específico.	No hay información sobre su uso específico.	Se previeron “dos grupos de capacitación en género, a los actores que representen mayor liderazgo político en salud y al equipo de salud del Ministerio de Salud Pública”. Se utilizará la metodología trabajada por la OPS. [Vol.1. p.34]	“Al personal de salud, líderes comunitarios, miembros del equipo conductor del SILOS y organizaciones comunitarias, sobre la teoría de sexo/género, violencia doméstica y su relación con la salud.” [p.12]
Encuesta (cuestionario)	698. [p.35] Trata de “una muestra representativa de cada lugar” y la unidad de muestreo es la vivienda. [p.33] (C) No se indica expresamente si se aplicó algún tipo particular de muestreo.  - Dificultades: “Respuestas no confiables a preguntas directas de mucha confidencialidad. Control de calidad. Tiempo limitado.” [p.34]	- Dificultades: no se menciona ninguna.  <b>Entrevista por intersección en el lugar</b>  - Tipo de informante: hombres y mujeres en los lugares más frecuentados de la comunidad. Tema: Uso y calidad de los servicios de salud. [p.16] - Instrumentos de apoyo: “Entrevista por intersección en el lugar”: “Opiniones acerca de los servicios de salud de Corozal” (duración: 15-20 minutos) [Anexos] - Dificultades: no se menciona ninguna.	Instrumentos de apoyo: Tres muestras independientes, una por cada espacio geográfico delimitado, para “distinguir entre espacios geográficos” con el método simplificado de muestreo por conglomerados. La unidad de muestreo es el hogar. Marco muestral y cartografía actualizada a partir del Censo de Población de 1988. [Vol.1, p.29] Dificultades: (C) No se indican expresamente en los informes, excepto la que se origina en la pérdida de actualidad del marco muestral y la cartografía censal.	<b>16]</b> - Dificultades: En el abordaje del tema de la violencia intrafamiliar.



TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
Entrevista a informantes clave	No hay información sobre su uso específico. Sólo se indica que es confiable, tiene dificultades en cuanto a representatividad y que profundiza aspectos de la encuesta. [p.34]	<p>- Tipo de informante: funcionarios y personas mayores de la comunidad. Tema: Dinámica familiar; roles por género en la comunidad; salud mental: violencia, abuso sexual, abandono infantil. [p.16]</p> <p>- Instrumentos de apoyo: extensa entrevista semi- estructurada de hora o hora y media (entrevista a profundidad). Para cada tema una guía de entrevista. [Anexos]</p> <p>- Dificultades: No es necesariamente representativa de toda la comunidad, aunque provee información complementaria para la realización de los grupos focales. [p.16]</p>	<p>Consultados para diversos propósitos, entre los que se citan: * Construcción y actualización del marco muestral y la cartografía de “los caseríos dispersos en el área rural que no fueron enumerados”. [Vol.1, p.29]</p> <p>* Red de eslabonamiento estratégico. [Vol.1, p.12]</p>	<p><b>“Entrevista al personal de Dirección y Asesoría del Departamento de Epidemiología del MSPAS”</b> Tipo de informante: personal de salud del nivel central y local. [p.12]</p> <p>- Tema: Proceso de elaboración del ASIS, programas en ejecución, coberturas y expectativas respecto a esta investigación. [p.12] [véase también: p.40]</p> <p>Información de la población bajo estudio. Identificar las primeras causas de enfermedad. Instrumentos de apoyo: “Guía de entrevista al personal...” [p.43]</p> <p><b>“Entrevista al Director de la Unidad de Salud de Guazapa y a la enfermera supervisora del nivel local”</b> - Tipo de informantes: La supervisora, la enfermera jefe y a la Alcaldía. - Tema: Cobertura de los servicios de la unidad de salud; programas específicos para hombres y mujeres; enfermedades predominantes. - Instrumentos de apoyo: “Guía de entrevista al Director de la...” Dificultades: No se indican.</p>
Grupos focales	No hay información sobre su uso específico. Sólo se indica que es participativa, fidedigna como fuente primaria, tiene dificultades en cuanto a representatividad y que profundiza o corrobora aspectos de la encuesta. [p.34]	<p>- Tipo de informante: mujeres entre 20 y 50 años y hombres entre 14 y 60 años. Tema: Necesidades de salud por género y ciclo de vida; necesidades sociales por género y ciclo de vida. [p.16]</p> <p>- Instrumentos de apoyo: una guía; dos monitores (un moderador y un registrador);</p>	<p>Tipo de informante: mujeres y hombres cuya información se recogió en las encuestas estructuradas “que reúnen las características deseadas para los grupos focales y que viven en el área urbana.” Sus edades oscilan entre los 18 y 55 años. [Vol.1, p.20, pp.27 y 31, respectivamente]</p>	<p>Hasta ahora no se ha aplicado esta técnica pero se considera su utilidad posterior.</p>

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		<p>grabación en cinta. - Dificultades: <b>[p. 49]</b> *Novedad de la técnica para el equipo ya que sólo un miembro la conocía de antemano.</p> <p>*Esfuerzo y tiempo necesario, en especial la transcripción. *Dificultad para reunir a los hombres. *Se trató de realizar sesiones de al menos 10 participantes pero sólo se logro en promedio la asistencia de 8. *Los hombres no se sintieron muy cómodos de hablar con dos mujeres, y con mujeres de fuera de su ambiente étnico.</p>	<p>Tema: “(...) con mujeres y hombres para profundizar en percepciones y actitudes sobre la violencia intrafamiliar; y se obtendrá de las mujeres por esta misma técnica, conocimientos y prácticas de autocuidado en salud reproductora (...)” <b>[Vol.1, p.27]</b></p> <p>- Instrumentos de apoyo: información de las <i>encuestas estructuradas realizadas</i> para elegir a los informantes; monitora y redactora; “guías de discusión” <b>[Vol.1, p.20]</b></p> <p>Dificultades: No se indican expresamente dificultades de aplicación de la técnica; sólo se ratifica en general, que “debido a que la mayoría de las actividades de campo se realizaban en días y horas propuestas por la comunidad, y no en horarios formales del sistema, se limitó la participación del personal institucional.” <b>[Vol.2, p.18]</b></p> <p>“Creemos que dadas las características de la población, la presente información difícilmente la hubiésemos obtenido con otra metodología.” <b>[Vol.3, p.32]</b></p>	
Observación	No hay información sobre su uso específico.	No hay información sobre su uso específico.	No hay información sobre su uso específico.	<p>-“Para complementar y ampliar las preguntas relacionadas con el medio ambiente, condiciones de la vivienda y prácticas higiénicas.” <b>[p.13]</b></p> <p>Se diseñó una guía de observación, para “complementar las preguntas contenidas en la encuesta a los jefes de hogar, hombres y mujeres, del Municipio de Guazapa.” Se aplico al</p>

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
				<p>mismo tiempo que dicha encuesta, y, aparte de lo ya mencionado, se busco observar: “Aceptación de los jefes de hogar, hombres o mujeres, para brindar la observación solicitada”. “Observar la actitud de las personas al explorar la identificación de ¿quién es el jefe del hogar?” <b>[p.43]</b></p> <p>- Se llegó a la conclusión de recomendar su uso.</p>
<p>Red de eslabonamiento estratégico</p>	<p>No se aplica.</p>	<p>No se aplica.</p>	<p>Tipo de informantes: institución rectora de salud y sus agencias; <i>informantes clave</i>, actores sociales institucionales, Organismos No Gubernamentales, líderes comunitarios, etc. <b>[Vol.1, p.12]</b></p> <p>Tema: “(...)caracterización de actores sociales, relacionada con los objetivos, acciones que desarrollan, recursos que poseen y relaciones que mantienen las organizaciones (...)” <b>[Véase Vol.2, p.22-28]</b></p> <p>De hecho, trata de “un método para la construcción y el análisis de la matriz y de los actores clave que forman el entorno de negociación”. <b>[Vol.1, p.12]</b></p> <p>Instrumentos de apoyo: listado de actores que progresivamente se va completando; taller con los actores y la red que se elabora al final. <b>[Vol.1, p.12-13]</b></p> <p>“(…) se utilizaron tarjetas previamente diseñadas, las cuales mediante metodología participativa, los y las protagonistas se encargaron de llenar y discutir abiertamente.” “Dichas tarjetas contienen: Nombre de la Organización, Objetivos, lugar donde desarrolla sus proyectos de trabajo y la población que cubre, (...)”</p>	<p>No se aplica.</p>

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
			<p>previa constancia de que solamente se describen las que acudieron a las reuniones de trabajo para este fin”. [Vol. 2, anexo]</p> <p>Además se consulta —posiblemente a través de tarjetas—los objetivos, funciones, recursos(que posee, que distribuye y que necesita) cada uno de los patronatos de barrio. Los grupos participantes reflexionaron aparte sobre lo siguiente: “Organizaciones que facilitan” procesos de desarrollo, tipo de “Procesos que facilitan” y “Principales razones para creer que facilitan”; por otro lado, “Organizaciones que obstaculizan” procesos de desarrollo, “Procesos y/o soluciones a problemas que obstaculizan” y “Principales Razones de la obstaculización y/o profundización”. [Vol.2, anexo]</p> <p>“(…) esta red de relaciones debe seguir siendo analizada con los mismos actores y los protagonistas, a fin de actualizarla a la luz de los proyectos que se planifiquen y ejecuten. (...)” [Vol.2, anexo]</p> <p>Dificultades: Las “limitaciones más importantes” fueron la escasa participación que tuvo el personal de Area” y “que no todas las Organizaciones No Gubernamentales acudieron a la convocatoria” de la jefatura de Area. [Vol.2, introducción al anexo]</p>	
Criterios de selección	No hay información explícita.	Contexto: “En las etapas iniciales se experimentaron algunas dificultades, dadas las pocas, o ninguna, referencias prácticas. Sin embargo, la rica información subregional probó ser muy útil.” [p.48] Se reconoció desde temprano la importancia de	Contexto: “El equipo de Area de Salud se encontraba en situación de crisis debido a cambios importantes (disminución) en el personal, presiones políticas y técnicas para implantar el desarrollo del SILOS Departamental y la reestructuración del área geográfica	Contexto: Influyeron los cambios realizados en la composición del equipo de monitores. Peso como limitación, la poca experiencia en técnicas cualitativas. [Vol.1, p.12]

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		<p>técnicas cualitativas en un proceso participativo. [p.48]</p> <p><b>- Reproducción y costo:</b> “Se recomienda que esta metodología sea utilizada en otro distrito antes de ampliar su uso y validarlo.” [p.51]</p> <p>“Se recomienda que el análisis de situación de salud sea implementado cada cuatro años antes de que tenga lugar el plan nacional de salud de cada cinco años.” [p.51]</p> <p><b>- Participación comunitaria:</b> Sólo tres sesiones de grupo focal se llevaron a cabo en cada una de las comunidades (una para hombres y dos para mujeres) “por las dificultades experimentadas para reunir un grupo de hombres.” [p.49] La selección de las técnicas se hizo “con la perspectiva de tener diferentes actores participando en el proceso”. [p.49] No hay indicios de que la comunidad haya intervenido en el diseño de los instrumentos. Sin embargo, “la metodología utilizada en el proyecto ASIS permitió la injerencia de la comunidad en su propia salud.” [p.51] Esto ayudó a producir cambios positivos en las actitudes de los residentes, que se deberían promover a través del empoderamiento de las comunidades. [p.51]</p>	<p>de influencia, como respuesta a los planteamientos de las comunidades indígenas Lencas al Gobierno Central y Ministerio de Salud Pública. Además de mostrarse disperso, con bajos niveles de integración, motivación y rendimiento en algunos miembros, por lo que realizar el estudio en el Municipio La Esperanza, no fue en esos momentos una necesidad sentida.” “El equipo de Area de Salud no había considerado cambiar la metodología de programación de Grupos Postergados, por lo que el ASIS según Condiciones de Vida y con enfoque de Género, representó un reto aceptado por el equipo. Además, la metodología formal de investigación produjo cierto desaliento.” [Vol.2, p.18]</p> <p><b>- Reproducción y costo:</b> “El estudio tiene validez y representatividad para la población del Municipio La Esperanza y casco urbano de Intibucá (...)” [Vol.2, p.17] En términos de generalización del problema y los hallazgos, el equipo de investigación llega a las siguientes consideraciones: -- “Los ejes teóricos que se manejaron en el estudio, abrieron un espacio metodológico muy amplio y variado, que hizo posible la combinación de técnicas diferentes que fundamentan el análisis en el enfoque epidemiológico, y en el de las representaciones de los géneros.” [Vol.2, p.19] -- “Los hallazgos entonces van a permitir una gama de interrelaciones y van a extraer la realidad para ser ‘leída’ e interpretada a la luz de los enfoques principales que son género y condiciones de vida.” [Vol.2, p.19]</p>	<p>Encuesta por muestreo: Quizá no sea reproducible por las limitaciones de recursos y tiempo. Sugieren el uso de técnicas cualitativas (grupos focales). La encuesta “fue seleccionada por la necesidad de establecer un punto de partida que permitiera la construcción de indicadores”. [p.13]</p> <p><b>- Participación comunitaria: (C)</b> En el diseño de las técnicas participó el nivel regional; las comunidades o líderes, lo hicieron sólo como informantes. No hubo participación de la comunidad. Es factible profundizar la participación comunitaria, ya que esta expresa "bastante confianza y la gente es bastante receptiva a lo que es salud o a los trabajadores de salud".</p>

TECNICA	GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
			<p><b>- Participación comunitaria: (C)</b> En el diseño de las técnicas participó el nivel regional; las comunidades o líderes lo hicieron fundamentalmente como informantes. Sin embargo, la perspectiva de alcanzar una participación en los procesos de decisión y acceso a los recursos, depende de varios hechos: “de los esfuerzos que el equipo de salud brinde”; la “socialización” de los resultados; de la “actualización” y “enriquecimiento” de la información; de la “concertación- negociación” de todos los actores, iniciada por la experiencia de la red de eslabonamiento estratégico. [Vol.2., introducción a los anexos.]</p> <p>Respecto a lo último se menciona la convocatoria nuevamente de los actores para identificar prioridades, intervenciones o modificaciones. [Vol.1, p.33]</p>	

**2.5 BALANCE BASICO DE LA SELECCION Y APLICACION DE LAS TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION  
(Continuación): Nicaragua, Costa Rica y Panamá**

TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
Análisis documental	<p>- Documentos: Expedientes clínicos de los centros de salud de los dos barrios, cuya información se recoge en una “ficha epidemiológica”. Estadísticas del Centro de Salud. [p.22] Otros expedientes y datos institucionales y de Organizaciones No Gubernamentales.</p> <p>- Tema: Perfil epidemiológico y las 10 principales causas de</p>	No se indica nada al respecto.	<p>Temas: * Aspectos epidemiológicos del espacio población. * Insumos del proceso de trabajo. * Producción de servicios. * Calidad de atención. [p.86]</p> <p>Instrumentos de apoyo: Guía para la investigación documental que aplica el equipo de eficacia, titulada “Información básica sobre la situación socio- epidemiológica del espacio- población y producción de</p>

TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>enfermedad Instrumentos de apoyo: ficha de registro (“ficha epidemiológica”) Dificultades: Subregistro; incumplimiento de las normas vigentes para el registro y archivo de la información; ausencia de información relativa al estado civil, vivienda, educación, ocupación y algunos datos económicos. [p.38]</p>		<p>servicios”. [Anexos: pp.566-572]  --Dificultades: * Información no desagregada por sexo. * Falta de clasificación por sectores, de la población demandante de los servicios. * Problemas técnicos en la interpretación de la información proveniente del Hospital Santo Tomás. [p.86]</p>
<p>Capacitación (es más una actividad o proceso que una técnica)</p>	<p>No hay detalles al respecto, lo que no descarta su realización.</p>	<p>Talleres de capacitación, dirigidos a representantes de organizaciones y prestatarios(as) de servicios, sobre aspectos de género y salud y para dar a conocer el protocolo de la investigación. No se detallan otros aspectos, a parte de indicar el uso de “técnicas participativas”.</p>	<p>No hay detalles al respecto, lo que no descarta su realización.</p>
<p>Encuesta (cuestionario)</p>	<p>- Tipo de informante: jefes y jefas de hogar o cónyuge. “En caso de no poder entrevistar al jefe del hogar por razones específicas como enfermedad, estar fuera del municipio, trabajo, otros, la encuesta se le realizó al o la cónyuge aunque los datos que nos dieron fueron los del jefe del hogar.” [p.22] Tema: Aborda todas las dimensiones de las condiciones de vida. - Instrumentos de apoyo: Mapas y los resultados de encuestas de hogares nacionales. “Se entrevistó en todas las viviendas de estos barrios.” [p.24] “Se entrevistó a un total de 513 jefes de hogar con una distribución de 285 jefes de hogar en el barrio Silvio González Mena y 228 en el San Francisco.” [p.27]  - Dificultades: * “Una serie de variables con altos porcentajes de [rechazo de la pregunta] por considerarlas personales (ejemplo: salario, ingreso mensual familiar, número de personas que trabajan en el hogar, organización política a la que</p>	<p><b>Encuesta a jefes de familia de la comunidad</b> - - Tipo de informante: Jefes de familia/usuarios(as): 86 de 807: 12 hombres y 75 mujeres. [Vol.2, pp.49 y 57]  --Tema: Características de los servicios: accesibilidad/satisfacción; factores que favorecen o limitan la atención a la mujer; beneficios hacia la mujer; etc.  --Instrumentos de apoyo: Lista de familias inscritas en el Puesto de Salud del Barrio Sagrada Familia; muestreo simple al azar; cuestionario aplicado en el domicilio de las familias por un entrevistador. --Dificultades: “Para poder ampliar la población de jefes de familia entrevistados, se deben asignar suficientes recursos para extender la encuesta hasta las 9 p.m.” [Vol.2, p.117]  <b>Encuesta a organizaciones de la comunidad</b> --Tipo de informante: Representantes de las organizaciones de la comunidad (las 10 existentes): 7 mujeres y 3 hombres. [Vol.2, p.1]</p>	<p><b>Encuesta sobre las condiciones de vida según género en la familia</b>  --Tipo de informante: muestra no aleatoria por conveniencia de 100 familias en cada comunidad. [p.75] “Siguiendo los criterios de inclusión preestablecidos para la selección de los informantes por comunidad, se seleccionaron 65,0% de mujeres madres y 35,0% de hombres padres de las familias que se investigaron a través de ellos.” [p.93]  “1. Los informantes serán solamente madres y/o padres que se encuentren en la vivienda al momento de la entrevista hasta completar la meta establecida. 2. En cada vivienda sólo se entrevistará a uno de los dos informantes. 3. Debe tener más de 18 años de edad y un mínimo de un año de residir en la comunidad.” [p.76]  ■ Tema: Condiciones de vida en la familia.  --Instrumentos de apoyo: *“Instrumento para la identificación del grupo humano postergado” [Anexos: pp.517-521]</p>

TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>pertenece).” [p.25]</p> <p>* “Variables con alto margen de error, al ser contestadas omitiendo datos verdaderos (método de planificación, quién planifica).” [p.26]</p> <p>* Variables con un alto grado de sesgos por la subjetividad del informante como era la variable raza, religión o quién es la persona más importante en el hogar.” [p.26]</p>	<p>--Tema: Características de las organizaciones: tipo, objetivos, participantes en la toma de decisiones, integrantes, puesto y funciones de los entrevistados, destinatarios de sus acciones; integración; beneficios; recursos, organización, planificación y coordinación; desigualdad; etc.</p> <p>--Instrumentos de apoyo: lista de organizaciones existentes; taller de capacitación que sirvió para aplicar el cuestionario autoadministrado, según se deduce.</p> <p>--Dificultades: No se preguntó en el instrumento por el sexo de quienes ocupan los puestos; y número y sexo de los beneficiarios de las acciones de las organizaciones.</p> <p><b>Encuesta a prestatarios de servicios de salud en la comunidad</b> - Tipo de informante: Prestatarios (as): 20 de 37(12 hombres y 8 mujeres). [Vol.2, p.24] Tema: Características de los usuarios(as): edad, educación, estado civil, lugar de trabajo y remuneración, ingreso, actividad laboral, tiempo de trabajo dentro y fuera del hogar, etc. Relaciones con otros miembros del hogar o familia: toma de decisiones en el hogar, agresión, etc. Características como usuario (a) de los servicios de salud.</p> <p>- Instrumentos de apoyo: lista de funcionarios; taller de capacitación que sirvió para aplicar el cuestionario autoadministrado, según se deduce.</p> <p>--Dificultades: No se indican.</p>	<p>*Cuestionario estructurado de 19 páginas. [Anexos: pp.523-543] * “Guía para la aplicación de la Encuesta de Condiciones de Vida”. [Anexos: 544-553]</p> <p>--Dificultades: <i>Encuesta sobre la sensibilización en aspectos de género en el proceso de trabajo</i> --Tipo de informante: Funcionarios del Centro de Salud. [p.87] --Tema: Sensibilización en aspectos de género en el proceso de trabajo. [p.85]</p> <p>--Instrumentos de apoyo: *Cuestionario de 7 páginas, con preguntas abiertas, no precodificadas. * “Guía para la aplicación de la Encuesta de Opinión, del Personal de los Servicios de Salud Local”. [Anexos: pp.554-565]</p> <p>--Dificultades: “Actitudes de rechazo por parte de los funcionarios”. [p.85] “Dificultades técnicas en el procesamiento electrónico de la información (...)” [p.85]</p>
Entrevista informantes clave	- Tema: Reseña histórica de cada barrio.	No se indica nada al respecto.	<i>Identificación del grupo humano postergado</i> --Tema: Identificación del grupo humano postergado, con el fin de evaluar, por su grado de postergación, a las comunidades de la Región



TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>Caracterización socio- económica de los barrios. - Tipo de informante: Los más antiguos residentes de los barrios y líderes. Personal de las instituciones de salud y otras.  Nota: Lo antes expresado no consta en el informe, se le escuchó directamente al equipo investigador.</p>		<p>de Salud y elegir dos entre éstas. [p.517] --Tipo de informante: Líderes o representantes de organizaciones de las comunidades y residentes de éstas. [Véase anexo p.514]  --Instrumentos de apoyo: hoja de anotación, “Informantes Clave” [Anexo: p.522] e “Instrumento para la identificación del grupo humano postergado” [Anexos: pp.517-521]  <i>Encuesta sobre la producción de los servicios</i> --Tema: “Información básica sobre los insumos del proceso de trabajo”. -- Tipo de informante: “Entrevista a los responsables de los recursos, programas y servicios” [p.573]  --Instrumentos de apoyo: Guía de investigación titulada “Información básica sobre los insumos del proceso de trabajo” que aplica el equipo de eficiencia. [Anexos: pp.573-581]  “Se aplicarán además, técnicas de observación y la investigación de fuentes documentales”. [p.573]</p>
Grupos focales	<p>- Tema: Violencia intrafamiliar, no abordable a través de otras técnicas. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre problemas de salud relacionándolos con estilos de vida.  - Cantidad: Seis grupos en total; tres en cada barrio, dos para mujeres y uno para hombres. No mixtos para evitar inhibiciones. Grupos en promedio de 8 personas seleccionadas “a criterio de una líder del barrio”. [p.26] - Dificultades: Imposibilidad de abordar el tema de la sexualidad.</p>	No se aplicó. En su lugar se informa, sin entrar en detalles, de técnicas participativas utilizadas en los talleres de capacitación.	<p><i>Identificación del grupo humano postergado</i>  [LOS MISMOS ASPECTOS DE LA TÉCNICA DE INFORMANTES CLAVE].  --Dificultades: Horario de los líderes. [p.85]</p>
Observación	Tipo de observadores: el personal de salud institucional y	No se indica nada al respecto.	Trata de una “observación exploratoria”. [p.86]

TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>comunitario del Municipio, de INAA y MARENA. [p.22]</p> <p>Tipo de observación: estructurada no participante de campo. [p.22]</p> <p>- Tema: Caracterización de los barrios y un poco la dimensión ecológica.</p>		<p>--Dificultades: "Peligrosidad del área." [p.86]</p>
<p>Criterios de selección</p>	<p><b>Contexto:</b> En general pesaron en la selección, limitaciones de tiempo, pocos recursos, falta de preparación de la gente en el nivel local y poca experiencia de los investigadores/ras.</p> <p><b>- Reproducción y costo:</b> Los grupos focales tienen estas ventajas que los hacen la técnica más viable: prácticos, rápidos, oportunos, utilizable en el nivel local y proporciona datos que no se pueden lograr con otras técnicas. [p.37] Encuesta por censo: Se estima que puede ser reproducible si hay participación comunitaria y de las autoridades locales. Inclusive los costos pueden ser reducidos apreciablemente.</p> <p><b>- Participación:</b> El poco tiempo disponible y el recargo de trabajo del equipo facilitador hizo centrar este proceso en el equipo local. La directora del centro de salud local y el personal participaron en el procesamiento y análisis de los grupos focales. (C) La comunidad jugó el papel de recolector y proveedor de información</p>	<p><b>Contexto:</b> Entre "las principales limitaciones del grupo investigador" enumeradas se indica: "El grupo investigador se vio limitado en su productividad debido a la falta de una directriz que definiera la metodología a utilizar en la investigación por parte del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, a nivel subregional de la Organización Panamericana de la Salud." -- "Necesidad de implementar un marco teórico diferente al utilizado por el país en el proceso de Análisis de Situación de la Salud." -- "La falta de sensibilidad de algunas jefaturas de las integrantes de la Comisión, hacia la investigación como tal y hacia todo el trabajo de género." -- "No estar asignadas a tiempo completo en la Comisión." [Vol.1, pp.199-200]</p> <p><b>- Replicabilidad y costo:</b> Solamente se indica "que se revisaron, adecuaron, validaron y aplicaron instrumentos para el análisis de situación de salud con enfoque de género, con personal de la Región Central Norte, del Cantón Central de Heredia, del Barrio Santísima Trinidad y los representantes de los grupos organizados de esa localidad." [Vol.2, p.197]</p> <p><b>- Participación:</b> (C) Se deduce fundamentalmente que los residentes de la comunidad u</p>	<p><b>Contexto:</b> Entre las limitaciones más destacables y "subsanaadas en el curso del proceso" sobresalen las siguientes: * "Rechazo por parte de los funcionarios". "La falta de experiencia en investigación, empleando la dimensión de género." * "La implementación de un modelo de análisis (reproducción social) desconocido y poco sustentado con experiencias concretas". * Demora en el procesamiento de datos de 6 meses. [p.443]</p> <p><b>- Reproducción y costo:</b> * Como una limitación "subsanaada" se indica: "Lo demorado, costoso y complejo del proceso de ASIS, que lo hace <i>no reproducible</i>—el subrayado es nuestro— bajo las condiciones en que se desarrolló esta primera experiencia. Sin embargo, los aportes ofrecidos por esta investigación permitirán discriminar los aspectos teóricos y metodológicos más importantes que contribuyan a formular una propuesta operativa para el nivel local." [p.443]</p> <p>* Se recomienda "la reproducción de una nueva experiencia, empleando el modelo simplificado." [p.444]</p> <p><b>- Participación:</b> * La aplicación de técnicas tales como el grupo focal, alentaron la "integración de un actor importante en el inicio del proyecto". La</p>

TECNICA	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
		<p>otros involucrados, aparte del equipo investigador, no intervinieron en el diseño y la formulación de instrumentos o la toma decisiones en relación con la investigación.</p>	<p>misma observación exploratoria “facilitó la comunicación con los líderes de la comunidad para la realización de la investigación”. [pp.85 y 86, respectivamente]</p> <p>* Se recomienda: “Para el desarrollo del proceso de ASIS es necesario contar con el respaldo político, técnico y administrativo de los gerentes de instalaciones de salud en las cuales se lleve a cabo la experiencia. De igual manera, hay que integrar a los actores sociales institucionales y comunitarios para garantizar el éxito de la misma.” [p.444]</p> <p>(C) Definitivamente se avanzó en la línea de la convocatoria y la capacitación de los actores sociales y comunitarios, pero la última recomendación hay que relacionarla con la posibilidad de reproducir esta clase de experiencias con base en crear mecanismos de participación en los procesos de decisión y control de los recursos.</p>

### 3.1 BALANCE BASICO DEL TRATAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION SEGUN EL CENTRAMIENTO Y EL ESQUEMA DE INVESTIGACION

#### 3.1.1 ESQUEMA EXPLORATORIO: Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> - Encuesta de Análisis de Situación de Salud al jefe de familia o padres (noviembre de 1994). - Estadísticas de salud del nivel local.</p> <p><b>II. Insumos suplementarios</b></p>	<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> (de mayor a menor uso) - Datos de estadísticas vitales, de hospitales y salas de emergencia, información de salud mental y humana. (20) - Encuesta por cuestionario autoadministrado al personal de salud participante. (8)</p>	<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> “Triangulación de técnicas y modalidades en el registro de la información”. [Vol.1, p.33] (C) Los ejes 1. y 2. Corresponderían al “análisis de representaciones”.</p>	<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> (de mayor a menor uso) * Encuesta a los jefes de hogar y sus cónyuges (104 preguntas o variables). * Estadísticas de salud del nivel local y reportes epidemiológicos.</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>(C) No se mencionan explícitamente.</p> <p><b>III. Procesos básicos</b> <b>1. Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b> - <b>Teórico:</b> dimensiones de las condiciones de vida: <b>Dimensión biológica</b> se refiere a los “daños de la salud”: mortalidad general, infantil, por violencia, por IRA y bajo peso al nacer. <b>Dimensión Cultural, conciencia y conducta:</b> almacenamiento de agua en recipiente de boca ancha; porcentaje de padres sin instrucción o primaria incompleta; consumo de alcohol y drogas. <b>Dimensión económica:</b> población en extrema pobreza; familias con jefe de hogar mujer; viviendas informales; habitantes por ambiente (dormitorio); y tenencia de la vivienda. <b>Dimensión ecológica:</b> cobertura de servicio de agua; cobertura de disposición de excretas; disposición adecuada de aguas servidas (drenajes); y razón de animales por vivienda. <b>Dimensión de Respuesta social:</b> grupos organizados; razón de población por voluntario; hogares comunitarios. [pp.43-47, 95]</p> <p>- <b>Tipo de variables:</b> variables independientes: fundamentalmente localidad del distrito, aunque en algunos casos se contempla sexo y edad.</p> <p>(C) La investigación se centra en la selección y</p>	<p>- Grupos focales de mujeres entre 20 y 50 años y hombres entre 14 y 60 años. (7) - Entrevista por intersección en el lugar, de hombres y mujeres en los sitios más frecuentados de la comunidad. (6)</p> <p><b>II. Insumos suplementarios</b> - Informantes clave: funcionarios y personas mayores de la comunidad. (1)</p> <p><b>III. Procesos básicos</b> <b>1. Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b> <b>Teórico:</b> Tres dimensiones: “(...)La dimensión biológica ha incorporado <b>problemas y necesidades de salud.</b></p> <p>Los aspectos ecológicos, culturales y económicos de la salud, identificados con tres dimensiones individuales, han sido integrados en una segunda dimensión llamada <b>problemas y necesidades socio- económicas.</b>” “La tercera dimensión, <b>salud y respuesta social,</b> aplica a aspectos de salud y participación comunitaria, tales como la existencia de servicios y el uso y calidad de estos.” [p11-12]</p> <p>- <b>Instrumentales:</b> “(…) Identificación de similitudes, patrones y diferencias por sexo y contraste de información desde diferentes fuentes. Especial atención fue puesta en el contraste de las percepciones de salud de la comunidad y de los proveedores de servicios, como entre hombres y mujeres. Lo mismo aplicó para las necesidades sociales. Tanto datos cualitativos como cuantitativos fueron usados.” [p.17]</p> <p>- <b>Tipo de variables:</b> 3 variables independientes básicas: (1)sexo, (2)Comunidad (Victor/Chunox), (3) Edad.</p>	<p>Tres ejes del análisis: [Vol.1, p.34] <b>1.</b>Caracterización de actores y actrices sociales institucionales, Organismos No Gubernamentales, líderes comunitarios, etc. : Red de eslabonamiento estratégico.</p> <p><b>2.</b>Análisis cualitativo del autocuidado y violencia intrafamiliar: Grupos focales de hombres y mujeres con edades entre 18 y 55 años, de la muestra de hogares de la encuesta.</p> <p><b>3.</b> Análisis epidemiológico a través de un estudio transversal de prevalencia y un estudio de utilización de servicios: - Encuesta a los jefes o jefas de familia de la muestra de hogares (mismas preguntas de los censos y la encuesta de hogares). [Vol.1, p.31]</p> <p>- Registro Diario de Atenciones (AT1-91).</p> <p>Nota: La encuesta sirvió de base para la constitución de los grupos focales.</p> <p><b>II. Insumos suplementarios</b> - Consulta a informantes clave para la construcción y actualización del marco muestral; localización de actores sociales para llevar a cabo la red de eslabonamiento estratégico.</p> <p><b>III. Procesos básicos</b> <b>1. Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b> - <b>Teórico:</b> cuatro dimensiones o “momentos” de las condiciones de vida, que en Honduras han sido estudiadas a través de las Necesidades Básicas</p>	<p><b>II. Insumos suplementarios</b> - Guía de observación de las condiciones ambientales (complemento a la encuesta). -“Entrevista al personal de Dirección y Asesoría del Departamento de Epidemiología del MSPAS” (Guía de tres preguntas). -“Entrevista al Director de la Unidad de Salud de Guazapa y a la enfermera supervisora del nivel local” (Guía de doce preguntas).</p> <p><b>III. Procesos básicos</b> <b>1. Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b> - <b>Teórico:</b> cuatro dimensiones de las condiciones de vida. - <b>Instrumentales:</b> - Encuesta: “Variables e indicadores según dimensiones”. - Estadísticas de salud del nivel local y reportes epidemiológicos: clasificación de las principales causas de morbilidad en el Municipio. - <b>Tipo de variables:</b> 5 variables independientes básicas: (1)edad, (2)sexo, (3)Area geográfica (rural/urbana), (4)Nivel educacional, (5)Ingreso <b>2.Recodificación o agrupación de valores:</b> - Edad: menos de 15 años, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, más de 60 años. - Edad por embarazo: menos de 15 años, 15 – 19, 20 – 29, 30 - 39, más de 39 años. - Ingreso (colones salvadoreños): menos de 1.001, 1.001 - 2.000, 2.001-4.000, más de 4.000</p> <p>- Percepción de problemas de salud de parte de mujeres y hombres.</p> <p>- Respuestas sociales en salud, de acuerdo a los programas conocidos y utilizados.</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>ponderación de las localidades del Distrito de Bethania. El punto en cuestión es ¿en qué medida el enfoque de género acompañó este proceso y qué consecuencias metodológicas tuvo?</p>	<p><b>2.Recodificación o agrupación de valores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De hecho, “los datos de ambas fuentes—información cuantitativa y cualitativa— fueron integrados de acuerdo a las categorías de tabulación y análisis.” [p.17]</li> </ul> <p>Grupos de edad de la población escolar: 0-3, de 4 a 14 sucesivamente y 15 o más años.</p> <p>Edad de muerte: 14-19, 20-45, 46-65 años, otros. [p.26] Nota: “(...) El estudio no podía, objetivamente, comprender a cada grupo de edad.” [p.17]</p>	<p>Insatisfechas a partir de los datos censales de 1988. [Vol.1, p.12]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tipo de variables:</b> 3 variables independientes básicas: (1)edad y (2)sexo del jefe o de la jefa de hogar, (3)Area geográfica o residencia (rural/urbana).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jefatura de hogar (hombre/mujer) respecto a 24 variables seleccionadas según cada dimensión</li> </ul>
<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta de casos.</li> </ul> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones, razones, media y tasas de morbilidad y mortalidad.</p>	<p><b>Variables</b></p> <p>Es posible deducir que se llevaron a cabo al inicio:</p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de datos cuantitativos.</li> <li>- Cuenta frecuencial de las categorías generadas en el análisis de contenido de la información cualitativa. Con base en la frecuencia se ordenaron por importancia las respuestas.</li> </ul> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones</p>	<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de datos.</li> <li>- “Análisis técnicos preliminares”. [Vol.2, p.16]</li> </ul> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones y tasas.</p>	<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de datos.</li> </ul> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación a partir de las principales variables de los primeros veinticinco cuestionarios de la encuesta de prueba del instrumento: edad del jefe de hogar, edad de la primera unión y número de miembros del hogar. Indicadores aplicados en el cálculo del tamaño de la muestra.</li> </ul>
<p><b>Unidades de análisis</b></p> <p><b>1. Selección y definición de la unidad de análisis de anclaje</b></p> <p>La <b>localidad o comunidad</b> es la unidad de análisis. De hecho se propone que “el objetivo final del ASIS al nivel nacional es la búsqueda de grupos de población que posean mayor grado de postergación, justificado esto en el razonamiento de necesidades ilimitadas y</p>	<p><b>Unidades de análisis</b></p> <p><b>1. Selección y definición de la unidad de análisis de anclaje</b></p> <p>Hombres y mujeres de 14-65 años, para cubrir la mayoría de los ciclos de vida. [p.17]</p> <p>(C) Se da por suficientemente definida conceptualmente hablando.</p>	<p><b>Unidades de análisis</b></p> <p><b>1. Selección y definición de la unidad de análisis de anclaje</b></p> <p>Hogar como unidad de muestreo: Tres muestras independientes, una por cada espacio geográfico delimitado, para “distinguir entre espacios geográficos” con el método simplificado de muestreo por conglomerados. [Vol.1, p.29]</p>	<p><b>Unidades de análisis</b></p> <p><b>1. Selección y definición de la unidad de análisis de anclaje</b></p> <p>-(D)Jefes(as) de hogar: Se estructura el concepto a partir de la encuesta. [p.12]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>escasez de recursos.” [Conclusiones y recomendaciones: p.96]</p> <p>“Bajo este marco teórico se decidió que la Unidad de análisis del estudio sería grupos de población representados por las localidades del Distrito, 25 en total, <b>sin diferenciar para el análisis final la condición de género entre ellas</b> (las negritas son nuestras), ya que nuestro objetivo era identificar localidades según niveles de postergación, que involucraban familias que a su vez incluían hombres y mujeres.” [p.39]</p> <p>(C) Se deduce que la idea de fondo es identificar algunos indicadores básicos por dimensión, asignarles a éstos una ponderación que sirva tanto para determinar el peso relativo de cada dimensión de condición de vida y, en lo fundamental, para estratificar a las localidades por su nivel de prioridad desde la perspectiva de la intervención o las respuestas sociales. [consúltese la p.98]</p>			

3.1.1. (continuación) ESQUEMA EXPLORATORIO: Nicaragua, Costa Rica y Panamá

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> - Encuesta con 80 preguntas o variables dirigida a los jefes de hogar y sus cónyuges. - Ficha epidemiológica con 48 preguntas o variables dirigidas a la</p>	<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> - Encuesta a jefes de familia/usuarios de la comunidad. - Encuesta a organizaciones de la comunidad. - Encuesta a prestatarios de servicios de salud en la comunidad.</p>	<p><b>Valores</b> <b>I. Insumos básicos</b> “(…) En una segunda instancia, se integrará la información proveniente de todos los instrumentos, con lo cual se tendrá una visión integral de la situación de salud según género.” [p.90]</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>población bajo estudio.</p> <p>- Seis grupos focales en total; tres en cada barrio, dos para mujeres y uno para hombres.</p> <p><b>II. Procesos básicos</b></p> <p>- <b>Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b></p> <p>- <b>Teórico:</b> cuatro dimensiones de las condiciones de vida.</p> <p>- <b>Instrumentales:</b> Encuesta a jefes de hogar - 6 secciones temáticas del cuestionario. Ficha epidemiológica: “selección de variables representativas” por barrios. [p.24]</p> <p>Grupos focales: captación y clasificación de las respuestas de las sesiones de cada grupo focal de acuerdo con cuatro ejes de discusión: 1) ¿Por qué ocurre la violencia física contra la mujer? 2) ¿Por qué se oculta? 3) ¿Qué se debe hacer en caso de ser víctima de agresión? 4) ¿Qué medidas propone el grupo para prevenirla?</p> <p>- <b>Tipo de variables:</b> 5 variables independientes básicas: (1) Edad, (2) Sexo, (3) Barrio, (4) Nivel académico, (5) Salario (se excluyó del análisis por rechazo de la pregunta)</p> <p>- <b>Agrupación de valores:</b></p> <p>- Edad: menos de 15 años, 15- 34, 35-49 y más de 49 años.</p> <p>- Organizaciones en las que participan el señor y la señora: religiosas, políticas, salud, deportes, movimiento de mujeres, ninguno.</p>	<p>“(…) se efectuó primero el análisis de los usuarios, luego el de las usuarias; para finalizar, se confrontaron los resultados de ambos grupos con los de prestatarios (as) y las organizaciones comunales.” [Vol.1, p.123]</p> <p><b>II. Procesos básicos</b></p> <p><b>1. Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b></p> <p>- <b>Teórico:</b> Dimensiones de análisis: ecológica, social (que comprende lo económico y cultural), biológica y de servicios de salud. [Definición: pp.206-207]</p> <p>- <b>Tipo de variables:</b> “Las categorías utilizadas para agrupar las variables seleccionadas fueron: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, trabajo, ingreso, familia, cuidado personal, problemas y necesidades, servicios de salud.” [Vol.1, p.122]</p>	<p>- Instrumento para la identificación del grupo humano postergado, llenada por líderes y representantes de organizaciones comunitarias.</p> <p>- Encuesta sobre las condiciones de vida según género en 100 familias de cada una de las dos comunidades identificadas como grupos humanos postergados.</p> <p>- Encuesta sobre la sensibilización en aspectos de género en el proceso de trabajo, dirigida a funcionarios del Centro de Salud.</p> <p>- Encuesta sobre la producción de los servicios, a los responsables de los recursos, programas y servicios.</p> <p>- Información documental de aspectos epidemiológicos, insumos del proceso de trabajo, producción de servicios y calidad de atención.</p> <p><b>II. Insumos suplementarios</b></p> <p>- Observaciones y consulta de otras fuentes documentales.</p> <p><b>III. Procesos básicos</b></p> <p>- <b>Agrupamientos de variables según los siguientes criterios:</b></p> <p>- <b>Teórico:</b> cuatro dimensiones de las condiciones de vida. Especial atención se presta a la dimensión de conciencia y conducta, ya “que es una de las que aún no se han explorado exhaustivamente.” [p.92]</p> <p>- <b>Tipo de variables:</b> 2 variables independientes básicas: (1)edad y (2)sexo del informante (madre o padre y personal)</p>
<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <p>- Limpieza de datos.</p> <p>- Descripción de preguntas de la sección de la encuesta “enfoque de género”.</p> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones.</p>	<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <p>- Limpieza de datos.</p> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones.</p>	<p><b>Variables</b></p> <p><b>1. Distribuciones de frecuencia simples:</b></p> <p>- Limpieza de datos.</p> <p>- Descripción de preguntas de la sección de la encuesta “enfoque de género”.</p> <p><b>2.Estadígrafos simples:</b> proporciones y medidas de tendencia central (edad media).</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>Unidades de análisis</b>  <b>1. Selección y definición de la unidad de análisis de anclaje</b>                      Unidad de análisis: (II) Hogar (jefe(a) de hogar, su cónyuge y otros miembros)                      Variables de referencia:                      - Quién realiza oficios en el hogar (3)                      - Persona más importante en el hogar                      - Quién supervisa a los niños                      - Quién asiste a reuniones del colegio                      - Quién lleva a los hijos al colegio                      - Quién cuida a los niños si están enfermos                      - Quién lleva a los hijos a vacunar                      - Horas dedicadas a trabajos comunitarios                      - Organizaciones en las que participa el señor o la señora</p> <p>- (I) Jefes(as) de hogar: identifica diferencias de condiciones de vida y de sexo/género.</p>	<p><b>Unidades de análisis</b>  <b>1. Selección y definición de las unidades de análisis de anclaje</b>                      “Con base en las variables seleccionadas, se adecuaron los instrumentos a ser utilizados en el nivel local, a jefaturas de familia {(usuarios (as)), prestatarios (as) y a grupos organizados en salud (...)” [p.123]</p>	<p><b>Unidades de análisis</b>  <b>1. Selección y definición de las unidades de análisis de anclaje</b>                      Conforme a la “articulación de conceptos clave”, son las siguientes:                      - La familia como unidad del muestreo por conveniencia (de anclaje central).                      - Funcionarios del Centro de Salud de Cerro Batea.                      - Servicios de salud del Centro de Salud de Cerro Batea. [pp.78 y 82]</p>

### 3.1.2 ESQUEMA DESCRIPTIVO/ANALITICO: Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p><b>Valores</b>  <b>Localidades:</b> se clasifican por estratos según la ponderación de cada uno de los indicadores (variables) de las dimensiones de condiciones de vida y respuesta social establecidas.  <b>Nivel de postergación de las localidades</b>                      Se estratifican las localidades en cuatro estratos: Alta Prioridad, Media Alta, Media Baja y Baja Prioridad.                      Procedimiento:                      a. Se elabora un cuadro o matriz cuyas columnas</p>	<p><b>Valores</b>                      No se menciona expresamente la generación de índices para una fase posterior.</p>	<p><b>Valores</b>  <b>Hogares:</b> se clasifican por estratos según las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) [Vol.1, p.24]  <b>1. “Perfil de Necesidades Básicas Insatisfechas” o “perfil de pobreza”:</b> El índice se construye con 5 variables, a saber: Vivienda inadecuada [paredes de desechos]; hogar en vivienda sin servicios básicos [simultáneamente sin agua, ni sistema de eliminación de excretas]; hogar en hacinamiento [3 o más personas por cuarto o dormitorio]; hogar con presencia de niños en edad escolar (7-12 años) que no asisten a la escuela; hogar con</p>	<p><b>Valor</b>                      “(...) en el presente estudio se llegó a la identificación de indicadores en cada una de las dimensiones, pero no se llegó a la fase de selección de los mismos para incorporarlos al ASIS que periódicamente se realiza; sin embargo, la metodología aplicada proporciona el punto de partida para la construcción de indicadores que reflejen las condiciones de género y que pueden ser incorporados al ASIS local y monitoreados a través de otras técnicas e instrumentos de uso oficial en los servicios.” [p.42]</p>



GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR								
<p>corresponden a cada una de las variables o indicadores de condiciones de vida y las filas a cada una de las localidades. En cada posición se anota el valor del indicador y su respectiva ponderación.</p> <p>“b. En cada grupo de indicadores se identificó el valor más bajo y el valor más alto, restando el valor más bajo del más alto, obteniendo así el rango.”</p> <p>“c. Para establecer el tamaño de los intervalos se dividió el rango entre 4. De allí el valor máximo del primer intervalo de clase es la suma del valor mínimo con el intervalo. Esta operación se repite hasta alcanzar el valor máximo presente.”</p> <p>“d. Con estos datos se construyeron los intervalos de clase. Para proporcionarle un valor (ponderar) a cada indicador, se identificó a qué intervalo de clase correspondía otorgándole un valor de 1 a 4, tomando en cuenta que a los indicadores más deficientes les correspondía el mayor valor, o sea 4.”</p> <p>“e. Una vez establecido el valor ponderado a cada indicador, se sumó horizontalmente, lo que dio el valor total ponderado por dimensión a cada localidad.”</p> <p>“f. Para estratificar las localidades fue necesario nuevamente identificar el rango e intervalos de clase con los datos de la ponderación general.” [pp.41-42]</p> <p>Estratificación de las 25 localidades del Distrito de Bethania:</p> <table border="0" data-bbox="137 1230 723 1377"> <thead> <tr> <th>Grado de prioridad</th> <th>No. De localidades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40-44 Baja</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>45-49 Media baja</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>50-54 Media alta</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Grado de prioridad	No. De localidades	40-44 Baja	7	45-49 Media baja	4	50-54 Media alta	6		<p>alta carga económica [simultáneamente más de 3 dependientes por adulto ocupado y que uno de los cónyuges (jefe o jefa de hogar) tenga menos de 3 años de escolaridad]. [Vol.1, p.31]</p> <p>“Se estratificarán como <b>hogares en condiciones de miseria</b>, los que tengan 3 o más necesidades básicas insatisfechas, <b>Hogares en pobreza extrema</b> los que tengan 2 necesidades básicas Insatisfechas, <b>Hogares pobres</b>, los que presenten un indicador y hogares no pobres los que no tengan ninguna de las necesidades básicas insatisfechas.” [Vol.1, p.31]</p> <p>Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas en el Municipio de La Esperanza, 1995: 1 NBI 85 (53%); 2 NBI 65 (43%); 3 NBI (4%) [Cuadro síntesis, Vol.2, p.47]</p> <p>ANTECEDENTES DEL INDICE: Un <b>índice de postergación, de uso en la región de salud</b> para caracterizar las condiciones de vida de los diversos espacios-población. Los factores y sus respectivas ponderaciones: <b>viviendas sin letrina (0.15), viviendas sin acceso a fuente de abastecimiento de agua (0.15) y desnutrición en niños menores de 5 años que asisten a consulta (0.7)</b>. Escala de clasificación: 1 para menor postergación y 5 para mayor postergación. Problemas metodológicos: no hay criterios estandarizados para medir desnutrición y se refiere sólo a los niños que acuden a la consulta (validez externa). EL INDICE NO FUE UTILIZADO EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN. [Detalles Vol.1, p.6]</p> <p><b>2. Tipología de familias:</b> familia nuclear (padre, madre e hijos menores de 18 años); familia extendida (2 o más familias nucleares); arreglo familiar (relaciones de solidaridad y amistad). [Vol.1, p.42-43]</p>	<p>Se propone la generación de índices para una fase posterior.</p>
Grado de prioridad	No. De localidades										
40-44 Baja	7										
45-49 Media baja	4										
50-54 Media alta	6										

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
55-60 Alta.....8 [Gráfica No.11, p.51]			
<p><b>Variables</b>  <b>1.Estadígrafos</b>                      - Proporciones, tasas y medias.  <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b>                      - Cuadros o matrices por dimensión de los indicadores y sus respectivas ponderaciones según la localidad.                      - Tablas 2x2 y 2x3 para buscar la asociación entre Tipo de Jefatura de Hogar y las siguientes variables: Alcoholismo de algún miembro; drogadicción de algún miembro; tenencia de la vivienda; tipo de familia; saneamiento básico (abastecimiento de agua y disposición de excretas).                      - Análisis de correlación entre el tipo de jefatura de familia y las siguientes variables: bajo peso al nacer; mortalidad infantil; mortalidad general; edad en riesgo de la madre; hacinamiento; grado de postergación; grado de postergación por condiciones de vida; estrato al que corresponde por grado de postergación. [p.101]                      - Unidad de análisis de referencia: Jefatura de Hogar.</p> <p><b>No se encontraron asociaciones ni correlaciones estadísticamente significativas.</b></p>	<p><b>Variables</b>  <b>1.Estadígrafos</b>                      - Proporciones  <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b>                      “Similitudes, diferencias y relaciones entre las variables de las tres dimensiones fueron identificadas. Los problemas de salud, las necesidades y la respuesta social, fueron destacados por una tabulación cruzada de la relación entre las dimensiones y las variables.” [p.18]                      - Unidades de análisis de referencia: Hombres y mujeres de 14-65 años de edad.                      - Niveles de agregación y desagregación: (1)sexo, (2)Area geográfica (San Victor/Chunox), (3) edad.</p>	<p><b>Variables</b>  <b>1.Estadígrafos</b>                      - Proporciones y tasas.  <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b>                      - Tablas y gráficas. [Vol.2, p.16]  <b>EJE 1. (RED DE ESLABONAMIENTO ESTRATÉGICO)</b>                      - Unidades de análisis de referencia: actores institucionales u organizaciones.                      - Niveles de agregación y de desagregación: no hay; directamente se clasifican según las variables dependientes: posición (central, lateral y marginal); relaciones (antagónicas, competitivas y cooperativas); nivel de dependencia (alto, medio y bajo); etc.  <b>EJE 2. (GRUPOS FOCALES)</b>                      - Unidades de análisis de referencia: jefes o jefas de hogares seleccionados de la muestra de la encuesta.                      - Niveles de agregación y de desagregación: Edad, vive sola o acompañada, jefatura de hogar y tipo de familia (apoyado en los datos de la encuesta).  <b>EJE 3. (ENCUESTA)</b>                      - Unidades de análisis de referencia: <b>Hogar</b>                      - Niveles de agregación y de desagregación: Estratificación basada en el nivel de pobreza (número de necesidades básicas no satisfechas) de cada hogar; sexo y edad del jefe de hogar; según residencia/espacio- población (rural/urbana). [Vol.1, p.43]  <b>EJE 3. (REGISTROS Y ENCUESTA)</b>                      - Unidades de análisis de referencia: jefes y jefas de hogar, residentes de los espacios - población.                      - Niveles de agregación y de desagregación: Mortalidad: sexo, edad y residencia/espacio- población. Morbilidad: sexo, edad, residencia/espacio- población y diagnóstico principal de egreso. Alcoholismo: sexo, estado civil, residencia/espacio- población, tipo de familia y escala de Cage [alcohólico, alto riesgo de</p>	<p><b>Variable</b>  <b>1.Estadígrafos</b>                      - Proporciones  <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b>                      - Cuadros para representar cruces o relaciones de variables.                      - Unidades de análisis de referencia: Jefes(as) de hogar                      - Niveles de agregación y desagregación: (1)edad, (2)sexo, (3)Area geográfica (rural/urbana), (4)Nivel educacional, (5)Ingreso</p> <p>Nota: los números arábigos entre paréntesis indican el nivel de agregación y desagregación de las variables de referencia.                      Variable de referencia:                      - Estado civil (1) (2)                      - Nivel educacional alcanzado (2) (3)                      - Edad de la jefa al primer embarazo (3)                      - Edad a la que embarazó a su primera mujer (3)                      - Edad a la que se acompañó la primera vez (2) (3)                      - Espacio de tiempo entre embarazos: (3) (4)                      - Aplicación de medidas de prevención de enfermedades transmisibles por medio de vacunas: (2) (3)                      - Realización de citología del cuello uterino el año anterior (sí/no, razón): (4)                      - Ocupación principal: (2) (3) (4)                      - Aporte de ingresos y distribución de gastos (2) (3) (4)                      - Tenencia de la vivienda (por quién) (3) (5)                      - Acceso a la tierra y créditos (2) (3) (4)                      - Características de la cocina (tipo y ubicación) (3)                      - Persona encargada del cuidado de los hijos (2) (3)</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		alcoholismo y no alcohólico]. Violencia intrafamiliar: sexo, edad, residencia/espacio- población, “perfil de pobreza”, tipo de familia, jefatura de hogar, escolaridad y educación. Utilización de Servicios de Salud: sexo, edad, residencia/espacio- población, 5 indicadores del “perfil de pobreza” y tipo de familia.	
<b>Unidades de análisis</b> “Se puede realizar un análisis de regresión múltiple con el fin de controlar las variables colineales, pero al haber obtenido los resultados del análisis anterior no habría mayor cambio en los resultados.” [p.101]	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se realizó un análisis multivariado o multidimensional.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se llevó a cabo un análisis multivariado de tipo estadístico, aunque se sintetizaron diversas variables en índices (NBI).	<b>Unidades de análisis</b> No se realizó un análisis multivariado o multidimensional dado que está pendiente, respecto a los valores, la propuesta de índices u otros procedimientos.

3.1.2 ESQUEMA DESCRIPTIVO/ANALITICO (continuación): Nicaragua, Costa Rica y Panamá

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<b>Valores</b> Se propone la generación de índices para una fase posterior.	<b>Valores (C)</b> No se indica nada con respecto a la elaboración de escalas de medición e índices y valores normalizados.	<b>Valores</b> “Instrumento para la identificación del grupo humano postergado”. “Se empleará una escala de valoración cualitativa y cuantitativa, la cual permitirá, mediante una suma de valores, obtener un indicador de las variables de la manera siguiente: ” Muy Malo (3), Malo (2), Bueno (1) y Muy Bueno (0). “La comunidad que obtenga la calificación más elevado será considerada como la de mayor postergación.” Variables utilizadas: condición de la vivienda; disposición de agua potable; disposición de excretas; disposición de basura; alumbrado (tipo); calles y veredas (trazo y pavimentación); transporte (rutas); distancia a pie hasta el centro de salud (horas); ingresos económicos (4 intervalos). [Anexos: pp.517-521]
<b>Variables</b> <b>1.Estadígrafos</b> - Proporciones <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b> - Gráficos de barras y de pastel para representar cruces o relaciones de variables. - Unidades de análisis de referencia:	<b>Variables</b> <b>1.Estadígrafos</b> - Proporciones. <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b> - Cuadros de cruces de variables por dimensiones de condiciones de vida.	<b>Variables</b> <b>1.Estadígrafos</b> - Proporciones y tasas. <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b> Encuesta sobre condiciones de vida de 200 familias: - Cruces de variables por dimensiones de condiciones de vida. [p.90]

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>(I)De anclaje: jefes(as) de hogar (II)Jefes(as) y sus cónyuges (III)Hogar (IV)Espacio- población - Niveles de agregación y desagregación : (1) Edad, (2) Sexo, (3) Barrio, (4) Nivel académico</p> <p>Nota: los números arábigos entre paréntesis indican el nivel de agregación y desagregación de las variables de referencia.</p> <p><b>(I) Jefes(as) de hogar</b> Variable de referencia: - Edad - Sexo (3) - Barrio - Estado civil (2) - Nivel académico (2)/(3) - Nivel de instrucción (2) - Que se enfermaron (1) (2) (3) - Situación legal y tenencia de la vivienda - Si vive el cónyuge en el hogar (sí/no) (2) (3) - Jefes de hogar solos (3) (4) - Mujeres solas (3) (4)</p> <p><b>Variables</b> <b>1.Estadígrafos</b> - Proporciones <b>2. Análisis de asociaciones entre variables</b> - Gráficos de barras y de pastel para representar cruces o relaciones de variables. - Unidades de análisis de referencia: (I)De anclaje: jefes(as) de hogar (II)Jefes(as) y sus cónyuges (III)Hogar (IV)Espacio- población</p> <p>- Niveles de agregación y de desagregación: (1) Edad, (2) Sexo, (3) Barrio, (4) Nivel académico</p> <p>Nota: los números arábigos entre paréntesis indican el nivel de agregación y desagregación de las variables de referencia.</p> <p><b>(I) Jefes(as) de hogar</b> Variable de referencia: - Edad - Sexo (3) - Barrio - Estado civil (2)</p>	<p>- Unidades de análisis de referencia: Jefes de familia/usuarios de la comunidad. Organizaciones de la comunidad. Prestatarios de servicios de salud en la comunidad.</p> <p>- Niveles de agregación y desagregación: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, trabajo/ingreso, familia, cuidado personal, problemas y necesidades, servicios de salud. <b>[Vol.1, p.122]</b></p>	<p>- Pruebas Chi-cuadrado para establecer la significancia estadística de las respuestas.</p> <p>Encuestas sobre la sensibilización en aspectos de género en el proceso de trabajo: - Cruces de variables por dimensiones de condición y posición de género y de conciencia y conducta de las condiciones de vida. <b>[p.90-91]</b></p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
- Nivel académico (2)/(3) - Nivel de instrucción (2) - Que se enfermaron (1) (2) (3) - Situación legal y tenencia de la vivienda - Si vive el cónyuge en el hogar (sí/no) (2) (3) - Jefes de hogar solos (3) (4) - Mujeres solas (3) (4)		
<b>Unidades de análisis</b> No se realizó un análisis multivariado o multidimensional dado que está pendiente respecto a los valores, la propuesta de índices u otros procedimientos.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se realizó un análisis multivariado o multidimensional ni plantearon modelos mecánicos o procesales.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se realizó un análisis multivariado o multidimensional ni plantearon modelos mecánicos o procesales.

### 3.1.3 ESQUEMA EXPLICATIVO/COMPRESIVO: Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<b>Valores (C)</b> No se menciona explícitamente nada con respecto a la validación de los indicadores.	<b>Valores</b> “Se recomienda que esta metodología sea utilizada en otro distrito antes de ampliar su uso y validarlo.” [p.51]	<b>Valores (C)</b> No se menciona explícitamente nada con respecto a la validación de los indicadores.	<b>Valores</b> La validación de los indicadores será una fase posterior.
<b>Variables (C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.	<b>Variables</b> “Basados en la información, resultante del estudio de los tres problemas relevantes, que fueron seleccionados para llevar a cabo un análisis de más profundidad. Flujos causales, proposiciones y conclusiones fueron esperadas como resultado, cuando esta fase finalizara. La selección de los problemas se baso en los siguientes criterios: - Suficiente complejidad para mostrar la interacción de las diferentes dimensiones. - Equilibrio de género. - Nivel de prioridad asignado por la comunidad y el personal de salud. - Impacto en el nivel de salud.” [p.18] <b>(C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.	<b>Variables</b> “El análisis resaltará la proporción de los diferentes tipos de familia en cada uno de los 3 espacios de población, estratificadas de acuerdo a las NBI, Jefatura de Hogar por sexo y edad, destacando los elementos que evidencian <b>condición y posición de género.</b> ” [Vol.1, p.43] <b>(C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.	<b>Variables</b> A partir de los cruces realizados se realizan constataciones básicas que coinciden con la hipótesis central de la investigación. <b>(C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<b>Unidades de análisis (C)</b> No se proponen explícitamente modelos.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se proponen explícitamente modelos.	<b>Unidades de análisis</b> Considérese lo indicado con respecto a las variables.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se proponen explícitamente modelos.

**3.1.3 ESQUEMA EXPLICATIVO/COMPRESIVO (continuación): Nicaragua, Costa Rica y Panamá**

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<b>Valores</b> La validación de los indicadores será una fase posterior.	<b>Valores</b> “(...) se revisaron, adecuaron, validaron y aplicaron instrumentos para el Análisis de Situación de Salud con enfoque de género, con personal de la Región Central Norte, del Cantón Central de Heredia, del Barrio Santísima Trinidad y los representantes de los grupos organizados de esa localidad.” <b>[Vol.1, p.197]</b>  <b>(C)</b> No se menciona explícitamente nada con respecto a la validez de los indicadores.	<b>Valores</b> Los indicadores de género y condiciones de vida “requerirán de validación para realizar los ajustes correspondientes.” <b>[p.92]</b>
<b>Variables</b> A partir de los cruces realizados se efectúan constataciones básicas que coinciden con la hipótesis central de la investigación. <b>(C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.	<b>Variables (C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.	<b>Variables</b> “(...) en efecto, existe un conjunto de necesidades y problemas de salud y bienestar, diferenciales y desigualdades entre mujeres y hombres, que afectan especialmente a las primeras y que no han sido identificados en los análisis de situación que se desarrollan actualmente en el Centro de Salud. Esta aseveración permitió demostrar la hipótesis planteada.” <b>[p.442]</b> <b>(C)</b> No se indican análisis estadísticos más complejos para la verificación de hipótesis causales.
<b>Unidades de análisis</b> Se hizo una primera tipología de los jefes(as) de hogar en términos de jefes(as) de hogar solos y jefes(as) con cónyuge en conjunción con otras variables para entender las condiciones diferenciadas de	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se proponen explícitamente modelos.	<b>Unidades de análisis (C)</b> No se proponen explícitamente modelos.

vida por sexo - género.

### 3.2 BALANCE BASICO DE HALLAZGOS Y RESULTADOS: Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR												
<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “El 27% de las mujeres tenía hijos a edades consideradas de riesgo (menores de 20 y mayores de 35 años).” [p.97]</p> <p>♦ “La persona considerada como la más importante dentro de la Familia fue, sin embargo, en la mayoría de los casos, la Madre, precisamente por el papel que desempeñaba en el cuidado de los hijos, elaboración de alimentos, limpieza, etc., aunque no en mucha mayor proporción que el hombre.” [p.54]</p> <p>“ Las mujeres, las madres principalmente, “no dedicaban tiempo a actividades recreativas, y cuando lo hacían, estas se referían o estaban relacionadas al trabajo productivo, coser por ejemplo, y actividades de tipo religioso.” [p.87]</p>	<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ (...) la jornada diaria de las mujeres empieza temprano, como a las 4:00 a.m. y continúa más allá de las 7:00 p.m., como quince horas diarias. (...)” [p.38]</p>	<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “(...) desde que se levantan hasta que se acuestan, descontando la siesta posterior al almuerzo, que es parte de la cultura del lugar, la mayoría de mujeres se desempeña durante 8 a 10 horas (40%), y el 27% lo hace entre 11 y 16 horas, que son casi las tres cuartas partes del día, todos los días (...)” [Vol.2, p.36]</p>	<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “De las mujeres jefas de hogar, el 42,41%, presentó un espacio entre embarazos de 2 años y el 29,64%, un año y menos. Se observó una relación directa entre el nivel educativo de las mujeres y el espacio entre los embarazos; no se reportó en mujeres con nivel de secundaria y más, espacios menores de dos años. De cada 100 mujeres del área rural 30 y 29 de cada 100 del área urbana presentan espacios de un año y menos.” [p.23]</p> <p>♦ “En cuanto a quién tomó la decisión de ese primer embarazo, el 67.5% manifestó que ambos; un 24.96% que ninguno la tomó; el 9.37% el hombre y únicamente el 1.99% la mujer.” [p.23]</p> <p>“ Las principales actividades recreativas que realizaban eran escuchar la radio, ver televisión y salir a caminar. No se presentaron diferencias entre hombres y mujeres, ni entre áreas urbana y rural.” [p.31]</p> <p>♦ “El cuidado y crianza de los hijos recaía exclusivamente en las mujeres (...)” [p.41]</p> <p>♦ En cuanto a las horas dedicadas por los jefes de hogar a labores domésticas y el porcentaje de casos en que se compartían éstas se reportó:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">HORAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Rural</th> <th>Urbano</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hombres</td> <td>2.37</td> <td>2.23</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>7.73</td> <td>6.80</td> </tr> </tbody> </table> <p>[p.32]</p>		HORAS			Rural	Urbano	Hombres	2.37	2.23	Mujeres	7.73	6.80
	HORAS														
	Rural	Urbano													
Hombres	2.37	2.23													
Mujeres	7.73	6.80													

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
			<p>♦ “Relación entre el nivel educativo que el o la jefe de hogar tenía y la participación del hombre en el trabajo doméstico: a medida que aumentaba el nivel había mayor participación.” [p.32]</p>
<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “El 67.94% de las madres entrevistadas tenía como ocupación los oficios domésticos y el 18.9% de ellas tenía trabajo permanente, mientras que el 69.72% de los padres contaba con empleo permanente, encontrándose un índice de desempleo mayor en los padres que en las madres, 2.77% y 0.59% respectivamente. Siendo esto proporcional, en todas las localidades, a su población.” [p.85]</p> <p>♦ “En el caso de las madres de las familias entrevistadas, predominaba la actividad determinada por el género: oficios domésticos, en un 33.46%, seguida de la de vendedora en un 21.25%. Ambas actividades implican movilización fuera de la vivienda y baja remuneración. Todas las actividades son proporcionales al total de la población entrevistada por localidad, observándose el sesgo de un 8.78% de actividades como trabajadora de la construcción y un 0,78% en nivel profesional, lo que equivale a un sub-registro de la encuesta.” [p.86]</p>	<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>Véase rol de gestión comunitaria y estructura familiar/jefatura de hogar.</p>	<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>♦ Municipio La Esperanza, 1995: “(...) la mayoría de la población estudiada se encontraba entre los que no poseían ninguna profesión u oficio (32%) y de éstos, más de la mitad (53%) eran hombres; la otra mayoría de la población se encontraba dedicada a Actividades del Hogar y entre estos, el 96% eran mujeres y un 4%, que no parece despreciable, correspondía a los hombres de las zonas urbanas específicamente, lo que puede significar que éstos estaban siendo obligados, por circunstancias económicas, a incorporarse en esta área de producción; en tercer lugar tenemos, que en el área de Oficios se ubicaba el 22% de la población y de éstos el 79% eran hombres, lo cual parece congruente con las características de una población con vocación artesanal.” [Vol.2, p.35]</p> <p>♦ “(...) de 504 personas el 37% de las mujeres trabajaban fuera de su casa. Esto era más notorio en el Area urbana, donde el trabajo es una de las motivaciones por las cuales emigran del área rural (...)”. [Vol.2, p.35]</p> <p>♦ “(...) de 704 personas que respondieron, la mayoría de quienes trabajaban (37%), no recibían remuneración alguna y de estas, 81% eran mujeres. Probablemente se trataba de mujeres amas de casa, mujeres jóvenes que tenían responsabilidades dentro</p>	<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “El nivel del ingreso promedio encontrado en la investigación mostraba diferencias tanto entre hombres y mujeres como entre área urbana y rural. Los menores ingresos se daban entre las mujeres del área rural (C596.70) y los más altos entre los hombres del área urbana (C1, 910.10).” [p.37]</p> <p>♦ “Las mujeres jefes de hogar en el área urbana, tenían el 60,94% del ingreso de los hombres y en el área rural, el 57,42%. Al comparar entre jefes del mismo sexo, los hombres del área rural recibían el 54.40% del ingreso de los del área urbana y las mujeres del área rural, el 51.26% de las del área urbana.” [p.37]</p> <p>.. “El 58.10% de los hombres y el 71.93% de las mujeres, aportaban al hogar todo su ingreso. Al relacionar el porcentaje que aportaban y el nivel de ingresos en que se ubicaban, se presentó una relación inversa: a mayor nivel de ingreso, menor porcentaje de aporte.” [p.37]</p> <p>♦ “En cuanto a la ocupación principal, los hombres en mayor proporción eran agricultores(37,07%) y en un 27,93% empleados; las mujeres en el 67,71% eran amas de casa y en 12,89% comerciantes.” [p.38]</p> <p>♦ “Cuando se relacionó la ocupación con el nivel educativo, en los hombres, a mayor nivel educativo se disminuyó el porcentaje de agricultores y se aumentó el de empleados y en las mujeres, se redujo el de amas de casa y se aumentaron los de</p>



GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR																
		del hogar y niños (as) que trabajaban vendiendo, la producción de tortillas por ejemplo, y que no percibían nada por ello. (...)” [Vol.2, p.36]	comerciantes y de empleadas.” [p.38]  ♦ “En las condiciones de la vivienda, fue notorio el hecho de que existían mejores condiciones en los hogares con jefaturas femeninas, a pesar de presentar menores ingresos; esto pudo ser el resultado del mayor aporte que de sus ingresos hacían las mujeres, comparado al que los hombres jefes de hogar reportaban hacer.” [p.41]																
<b>ROL DE GESTION COMUNITARIA (C)</b> No se indica nada en relación con la participación de la mujer en otras organizaciones y actividades.	<b>ROL DE GESTION COMUNITARIA</b> “Las mujeres generalmente participaron en la iglesia y las actividades relacionadas con la iglesia. Los hombres en cambio, socializaron a través de una variedad de formas. Las actividades recreativas comprendieron visitas sociales a amigos, familiares y vecinos, si ellos eran más jóvenes, solteros o nuevamente casados. Las mujeres y los niños tienen como fuente de entretenimiento la televisión. Todas las mujeres de edad y los niños, estaban involucrados en recolecciones de la iglesia y funciones sociales. Ninguna mujer estaba involucrada en un liderazgo político. Las mujeres eran voluntarias en el trabajo comunitario de salud y otras actividades de cuidado y servicio social.” [p.39]	<b>ROL DE GESTION COMUNITARIA (C)</b> No se detectó un hallazgo relacionado con este aspecto.	<b>ROL DE GESTION COMUNITARIA</b> ♦ “La participación en comités y grupos organizados de la comunidad, era mayor en el área urbana, tanto para hombres (45,00%), como para mujeres (15,69%); en el área rural, el 27,37% de los hombres y el 20,00% de las mujeres participaba en ellos.” [p.31]  ♦ “El tipo de organización en el que más participaban fue el religioso, pero es importante notar que en los de salud existía participación, especialmente en el área rural; ninguna mujer en el área rural reportó que participaba en organizaciones deportivas.” [p.31]																
<b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b> ♦ 69% de las familias del Distrito de Bethania eran nucleares, 9,4% familias extendidas y polifamiliares el 17,8%. [p.18] ♦ “Se consideró que el padre era el Jefe, en un 68% de las familias entrevistadas (471), y en un 24% a la Madre (166); generalmente, en el último caso, se trataba de una mujer sola. La idea es que no obstante la mujer aporte ingresos al hogar,	<b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b> “La cabeza del hogar fue percibida que sean los hombres. Esta percepción estaba basada en las respuestas comunitarias de los grupos focales. El rol principal percibido para los hombres, se resume en la siguiente cita de una sesión de grupo focal: ‘Trabajar para conseguir el dinero’. (...)” [p.39]	<b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b> ♦ “Exactamente la mitad de las familias (102) son Nucleares; (...) presencia de Madre sola e hijos, que representan el 19% de las familias nucleares.”  “[Un 25.8%] eran familias ampliadas, (...) la mayoría [prácticamente la mitad] de estos grupos familiares tenía una jefa de hogar sola. Estas situaciones se dan por varias razones, algunas de ellas económicas, y	<b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b> ♦ Jefaturas de hogar en Guazapa, por sexo según área (estimaciones): p.22 <table border="1" data-bbox="1889 1161 2601 1307"> <thead> <tr> <th></th> <th>Urbano</th> <th>Rural</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Mujeres</b></td> <td>1530</td> <td>960</td> <td>2490</td> </tr> <tr> <td><b>Hombres</b></td> <td>600</td> <td>1140</td> <td>1740</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td>2130</td> <td>2100</td> <td>4230</td> </tr> </tbody> </table> “Las principales razones para identificar al hombre como el jefe de hogar, fueron: por ser el proveedor, con el 71.2% y por tradición,		Urbano	Rural	Total	<b>Mujeres</b>	1530	960	2490	<b>Hombres</b>	600	1140	1740	<b>Total</b>	2130	2100	4230
	Urbano	Rural	Total																
<b>Mujeres</b>	1530	960	2490																
<b>Hombres</b>	600	1140	1740																
<b>Total</b>	2130	2100	4230																

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR																														
<p>incluso en mayor proporción que el hombre, éste era considerado el Jefe de la Familia en todas las localidades la mayoría de las veces. La razón predominante de esta situación era: que es el hombre quien ‘DA EL GASTO’ (‘mantiene el hogar’), ‘TRABAJA’ o desarrolla en general el trabajo productivo en y fuera de la familia. La mujer era tomada en cuenta en esta posición únicamente si estaba sola.” [p.54]</p>		<p>cambian el comportamiento de los miembros de la familia por pérdida de la intimidad, hacinamiento y otros y sin embargo, tienen algunas bondades como permitir a la mujer movilizarse hacia un trabajo, contando con una madre o suegra que le apoye en el cuidado de los hijos, mientras envejece en el seno de la familia.” [Vol.2, p.32]</p>	<p>en el 25.8%. En el caso de las jefaturas femeninas, la principal razón la constituyó la ausencia del cónyuge, con 67.1%, seguida de ser proveedora, con el 29.4%.” [p.22]</p>																														
<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS</b> NIVEL EDUCACIÓN</p> <table border="1" data-bbox="126 602 688 878"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madres (n=633)</th> <th>Padres (n=473)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ninguno.....</td> <td>10.6</td> <td>19.7</td> </tr> <tr> <td>Primaria incompleta.....</td> <td>22.4</td> <td>25.6</td> </tr> <tr> <td>Primaria completa.....</td> <td>39.8</td> <td>34.3</td> </tr> <tr> <td>Ciclo básico.....</td> <td>16.5</td> <td>13.3</td> </tr> <tr> <td>Diversificado.....</td> <td>8.9</td> <td>6.5</td> </tr> <tr> <td>Universitaria.....</td> <td>2.7</td> <td>0.6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Población de 5-14 años</p> <table border="1" data-bbox="126 894 688 1024"> <thead> <tr> <th></th> <th>Niñas</th> <th>Niños</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deserción escolar</td> <td>3,5%</td> <td>1,21%</td> </tr> <tr> <td>No asistía a la escuela</td> <td>10%</td> <td>12,6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>[p.65]</p>		Madres (n=633)	Padres (n=473)	Ninguno.....	10.6	19.7	Primaria incompleta.....	22.4	25.6	Primaria completa.....	39.8	34.3	Ciclo básico.....	16.5	13.3	Diversificado.....	8.9	6.5	Universitaria.....	2.7	0.6		Niñas	Niños	Deserción escolar	3,5%	1,21%	No asistía a la escuela	10%	12,6%	<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS DECISIONES EN EL HOGAR</b> Conforme a las percepciones de la comunidad, “las decisiones fueron generalmente citadas como siendo tomadas por los hombres en ambas comunidades. Parecía que la mujer podría decidir sobre un simple día de actividades como si el hijo va o no a la escuela un día dado, qué sería cocinado y si el niño será llevado a vacunar. Todas las decisiones fueron tomadas, excepto quién iría a las reuniones de la asociación de maestros y padres y quién hablaría.” [p.38]</p> <p><b>NIVEL EDUCACIÓN</b> “(…) Las mujeres desertaban de la clase estándar en Chunox, entre las edades de 10 y 13 años. Dos razones fueron citadas para la deserción: los altos costos (tales como el transporte, hospedaje y los gastos de la escuela) y la falta de interés.” [p.36]</p>	<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS EDUCACIÓN</b> ♦ “24.4% de la población de 7 a 12 años de edad no asistía a la escuela, siendo mayoritarios los hombres. El 64.5% de estos, antes asistió (...) siendo también mayoritarios los hombres (80%), lo que posiblemente se debía a su incorporación temprana al trabajo de campo, porque la mayor representatividad se encontraba en el área rural. Del 35.4% que nunca asistió a la escuela la mayoría eran mujeres, pero el grupo de hombres no despreciable, ya que se trataba del 36.3% (...)” [Vol.2, p.41]</p> <p>♦ Respecto a la población de 7 a 12 años: “(…) la mayoría dejó de asistir a la escuela por razones de <b>pobreza</b> (38%), siendo los varones del área rural los más afectados, lo que comprobó de cierta manera lo expresado por los hombres en el grupo focal respecto a su inserción temprana al trabajo de campo. La otra razón de importancia fue <b>actitud personal</b>, con iguales porcentajes y concentración rural. Aquí creemos que influyó grandemente lo poco atractivas que resultan las escuelas, especialmente las rurales, lo que constituye un círculo vicioso: no acuden a la escuela por pobreza, y la privación de la experiencia escolar les cierra cualquier posibilidad de salir de la pobreza”. (...) La</p>	<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS CRÉDITO</b> ♦ “En el acceso al crédito, la principal fuente continuó siendo el sector no formal y en segundo lugar, el Sistema Financiero nacional.” [p.37]</p> <p>♦ “Únicamente el 8,82% de las mujeres en el área urbana y 11,25% en el área rural, tenían acceso a crédito; entre los hombres, los porcentajes fueron del 27,50% y 35,79% respectivamente.” [p.37]</p> <p><b>EDUCACIÓN</b> .. “En cuanto al analfabetismo, de los 4,230 jefes (as) de hogar, 1,566 manifestaron serlo y de ellos, el 39,3% correspondió a hombres y 60,7% a mujeres; su distribución geográfica fue de 40,2% en el área urbana y 59,8% en el área rural.” [p.31]</p> <p>♦ “El 32,5% de las mujeres cabeza de hogar en el área urbana, eran analfabetas y el 47,5% en el área rural; entre los hombres, el 22,5% en el área urbana y el 42,11% en el área rural.”</p> <p>♦ “Los niveles educativos alcanzados por los (as) jefes de hogar que asistieron a la escuela, en su mayoría fueron el I y II ciclos (tercero y sexto grados); aproximadamente 17 de cada 100 mujeres y 26 de cada cien hombres cursaron tercer ciclo y más.” [p.31]</p>
	Madres (n=633)	Padres (n=473)																															
Ninguno.....	10.6	19.7																															
Primaria incompleta.....	22.4	25.6																															
Primaria completa.....	39.8	34.3																															
Ciclo básico.....	16.5	13.3																															
Diversificado.....	8.9	6.5																															
Universitaria.....	2.7	0.6																															
	Niñas	Niños																															
Deserción escolar	3,5%	1,21%																															
No asistía a la escuela	10%	12,6%																															

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		<p>segunda razón fue la actitud personal, que en más de la mitad la tuvieron los hombres (54%). Las respuestas giraron alrededor de ‘no le gustó’, ‘ya no quiso’, que traducen la poca credibilidad o atractivo que tiene la escuela para los y las jóvenes, y que no necesariamente debe interpretarse como problema de ellos (...) El 14% de las razones es “Negativa de los Padres”, situación que solamente se observa en el área urbana, lo mismo que “por enfermedad.” [Vol.2, p.42]</p> <p>◆ Respecto a la población general, “las tres primeras razones fueron idénticas: Pobreza, casi la mitad de las 572 personas que respondieron, fue la razón más importante en los varones del área rural, y la actitud personal, la más notoria en el área urbana, pero de mayor concentración en varones del área rural.” La actitud personal “afectó más a las mujeres, especialmente del área rural y posiblemente, además de la poca motivación de la que hablamos, intervenga la migración temprana de la mujer hacia la ciudad, o factores de repetición, que en nuestro país son altos y poco estudiados”. [Vol.2, p.42]</p> <p><b>INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</b></p> <p>◆ “Las mujeres no identificaban en forma amplia sus necesidades, lo cual es justificado por el aislamiento en que vivían respecto a información y conocimiento de parte de las instituciones de salud.” [Vol.3, resumen ejecutivo]</p>	<p>◆ “Las tres principales razones para abandonar los estudios en el área urbana y entre hombres fueron: falta de recursos, padres no lo pusieron y problemas de salud; entre las mujeres: falta de recursos, no le gustó el estudio y padres no la pusieron. En el área rural, para los hombres: falta de recursos, padres no lo pusieron y finalmente, por trabajo y no le gustó el estudio, tuvieron igual importancia. En las mujeres: falta de recursos, padres no la pusieron y no había escuela.” [p.31]</p> <p><b>PROPIEDAD</b></p> <p>◆ “El 42,50% de los hombres y el 25,49% de las mujeres, en el área urbana, poseían parcelas de tierra y en el área rural los porcentajes se disminuyeron al 37,89% y 15,00% respectivamente.” [p.37]</p> <p>◆ “ En la tenencia de la vivienda, los hombres jefes de hogar en un 61,2% tenían vivienda propia; en las mujeres, el porcentaje se disminuyó al 28,0%.” [p.38]</p> <p><b>PROPIEDAD E INGRESOS</b></p> <p>◆ El hecho de que las mujeres jefas de hogar tuvieran menos acceso a la propiedad e ingresos inferiores, no necesariamente las ubicaba o las clasificaba como mujer- jefe de hogar más pobre. Hay de por medio, entre otras explicaciones, un comportamiento genérico en relación con el ingreso y las necesidades familiares.</p> <p><b>SERVICIOS BÁSICOS</b></p> <p>◆“(…) 60,00% de los hombres tenían acceso a cañería intradomiciliar y las mujeres, en un 75.49% . Tanto hombres como mujeres en el área urbana se abastecían únicamente de tres fuentes: cañería intradomiciliar, de un vecino(a) y de pila pública. ” [p.27]</p> <p>◆ “En el área rural, las tres principales fuentes eran: cañería intradomiciliar entre el 50% de las mujeres y el 36,84% de los</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
			<p>hombres; pila pública entre el 13,75% y 11,58% de mujeres y hombres respectivamente. Ante la pregunta relacionada con la distancia que tenían que recorrer para abastecerse de agua, casi en su totalidad respondieron que menos de un kilómetro.” [p.27]</p> <p>◆ “No se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en cuanto al acceso al servicio de alumbrado eléctrico, que en el área urbana llega al 89,44% y en el área rural al 47,43%. (...)” [p.27]</p>
<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b></p> <p><b>ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b> “Los cuadros que enmarcan las diferentes dimensiones no pueden ser analizados según situación de Salud por Sexo/Género ya que no se cuenta con información específica que dentro de cada dimensión lo permita.”</p> <p>“Igualmente la detección de necesidades no fue hecha por dimensión según sexo/género, sino por localidades, logrando determinar únicamente la situación de cada dimensión y en su conjunto para cada localidad.” [p.88]</p> <p><b>DIMENSION DOMINANTE</b> Las dimensiones de condiciones de vida predominantes en el grado de postergación fueron: la de Conciencia y Conducta y la Socio-económica. [p.98]</p> <p><b>MORTALIDAD POR SEXO Y EDAD</b> En el Distrito de Bethania, entre los hombres, el 51.2% (64) de las defunciones de 1994 ocurrieron</p>	<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b></p> <p><b>ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b> ◆ “Se usó una descripción del flujo causal de dos problemas de salud identificados, para proveer una explicación gráfica de la relación entre género y condiciones de vida en salud (...). Esta descripción gráfica intentó ilustrar el impacto de la tercera dimensión, salud y respuesta social, en dos problemas de salud identificados. La información no reflejaba la percepción de los problemas de salud en ninguna de las comunidades, pero sí los problemas principales presentes en el hospital del distrito de Corozal.” [p.53]</p> <p><b>EMPLEO</b> ◆ “El distrito de Corozal tenía múltiples oportunidades de empleo para hombres y mujeres. Estas incluían trabajos que requieren destreza, y ocupaciones relacionadas con la agricultura, servicio y empleo militar. En las dos comunidades, San Víctor y Chunox., sin embargo, sólo había una opción de empleo para los hombres: La agricultura [caña de azúcar]. (...) Las mujeres en ambas comunidades no estaban involucradas en trabajos</p>	<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b></p> <p><b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b> ◆ “Las viviendas que no poseían agua ni servicios sanitarios fueron 13, que representaban el 6.3% del total de hogares. Esta condición fue exclusiva de las aldeas rurales, estando el 77% concentrado en la Aldea de Chogola. (...)” [Vol.2, p.38]</p> <p><b>CAPACITACIÓN</b> ◆ Entre los problemas principales mencionados por las propias organizaciones a través de la red de eslabonamiento cabe resaltar: “Falta de capacitación sobre Desarrollo y Derechos Humanos, ignorancia sobre Derechos de la mujer y derechos y deberes de la pareja”; “falta de capacidad para resolver problemas, paternalismo, <u>inmediatismo</u>, utilización de enfoques contradictorios con la participación social consciente, intereses políticos de partido (...), no hay interés en el apoyo de proyectos de mejoramiento de la comunidad, las mujeres no participan en el desarrollo de la comunidad, hace falta una organización integradora dentro de la comunidad.” Además, “actitud pasiva de la población, acostumbrados a recibir pero no a dar,</p>	<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b></p> <p><b>ABORTO</b> ◆ “El 22,05% de las mujeres jefas de hogar manifestó haber sufrido abortos y 51,91% de ellos correspondían a mujeres del área urbana. (...) Sobre las causas del aborto, el 89,48% de las mujeres en el área urbana y el 72,72% del área rural, manifestaron no saberlo y las que lo sabían, lo atribuyeron a una caída o a un accidente.” [p.24] ◆ “Solamente el 0.69% de los hombres jefes de hogar dijo saber que sus esposas habían sufrido abortos, pero no sabían ni el tiempo ni la causa.” [p.24]</p> <p><b>AUTOCUIDADO</b> ◆ “59,28% de las mujeres jefas de hogar se habían realizado citología del cuello uterino y de ellas, el 49,19% lo hizo por iniciativa propia y el 50,81% por indicación médica. [p.32]</p> <p><b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b> ◆ “Los resultados del estudio mostraron que algunos programas presentaban incongruencias, como en el caso de planificación familiar, que teniendo una participación casi totalmente de mujeres, la anticoncepción se hacía por decisión de ambos cónyuges, o del hombre cuando él era el jefe de hogar. (...)” [pp.40-41]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>entre los 15 y 64 años de edad y fueron atribuibles en el 60% de los casos(38) a la violencia, la cirrosis y el alcoholismo. En el caso de las mujeres, 52% (40) fallecieron entre 65 y más años. [pp.67 y 72] [p.97]</p> <p>En el grupo de edad de 1 a 4 años, la principal causa de muerte fue Bronconeumonía. [p.71]</p> <p><b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b> Aunque eran las mujeres las que más acudían a los servicios de salud por razones distintas al embarazo, [p.89] la cobertura de Papanicolaou (citología del cuello uterino) en 1994 fue de 4% y del Programa de Planificación Familiar de 4% en todo el distrito de Bethania. [p.84]</p> <p><b>TRABAJO Y CUIDADO DE LOS HIJOS/AS</b> “El 49.2% de las madres que trabajaban fuera del hogar no recibían ningún tipo de apoyo para el cuidado de sus hijos, teniendo muchas de ellas que acudir a sus labores llevando consigo a sus hijos, o bien dejarlos sin el cuidado de una persona mayor dentro de sus viviendas, con todo el riesgo que en el ambiente predominante significaba.” [p.59]</p> <p>“Del 50.8% de madres que sí contaban con apoyo en el cuidado de sus hijos mientras trabajan fuera, el 87.3% lo recibía de un familiar, que generalmente era una mujer, hija mayor, abuela, hermana o vecina. La cobertura de los Hogares Comunitarios de Cuidado diario y Guarderías era sumamente baja, únicamente del 5.8%, lo que</p>	<p>remunerados, pero participaban en la agricultura y en ocupaciones relacionadas con ésta. Una planta de procesamiento y exportación de frutas y vegetales fue abierta a mediados de 1995 en Chunox. Se anticipó que esta planta proveería empleo pagado a varias personas en la comunidad, especialmente a las mujeres.” [p.36]</p> <p><b>MORBILIDAD POR SEXO</b> ♦ Las causas principales de egresos hospitalarios por sexo, Corozal 1994, en orden de importancia: Hombres: traumas, gastroenteritis aguda, infecciones del sistema respiratorio, diabetes, enfermedades cardíacas y vasculares, malaria, epilepsia, infecciones del sistema urinario, cáncer y BTL. Mujeres: aborto, diabetes, BTL, gastroenteritis, hipertensión/ enfermedades cardíacas y vasculares, infecciones del sistema respiratorio, trauma, infecciones del sistema urinario, malaria y cáncer. [p.24]</p> <p><b>MORTALIDAD POR SEXO</b> ♦ Causas de muerte en el Distrito de Corozal por sexo, 1994: Hombres: falla cardíaca congestiva, accidente vascular cerebral, neumonía, senectud, muerte súbita, hemorragia, hemorragia interna, edema pulmonar, falla renal aguda, epilepsia, septicemia, cáncer. Mujeres: falla cardíaca congestiva, carcinoma, accidente vascular cerebral, diabetes, muerte natural, falla de sistemas múltiples, psicosis, neumonía, pancreatitis, tuberculosis, heridas por machete.</p>	<p>algunas instituciones les han enseñado a infundir lástima”. [Vol.2, anexo]</p> <p><b>JEFA ACOMPAÑADA Y SUS RIESGOS DE SALUD</b> ♦ “(...) la mayoría (49%) de los hogares con alta carga económica, eran Familias Nucleares, cuya jefatura la tenía una mujer acompañada, y aquí queremos insistir en este análisis, porque muchas veces prevalece en el personal institucional de salud, que la mujer madre soltera es quien está en mayor riesgo (refiriéndose al riesgo obstétrico), y aquí vemos que la mayoría de las mujeres acompañadas se encontraba en situación económica deficitaria, lo cual incide en su situación de salud- enfermedad, aunque lo que va a determinar los riesgos en una mujer es aún más amplio y complejo.” [Vol.2, p.35]</p> <p>♦ “(...) este estudio está demostrando que los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas se encuentran tanto en hogares con jefas de hogar solas, como acompañadas, aún cuando éstos últimos tenían más carencias.” [Vol.2, p.68]</p> <p><b>MORBILIDAD</b> “ En primer lugar se encontraban las enfermedades del Sistema Respiratorio, que afectaban a más de la mitad de los hombres. “La segunda causa eran las Enfermedades del Aparato Digestivo (15%), las cuales podían relacionarse con los problemas de viviendas sin servicios básicos. (...)” [Vol.2, p.49]</p> <p>♦ Con respecto al alcoholismo, en una muestra de 629 personas, 264 hombres y 365 mujeres entrevistadas, se observó:</p> <p style="text-align: center;"><b>Hombres Mujeres</b></p>	<p>♦ “No se había establecido una estrategia Institucional, tendiente a motivar la incorporación de los hombres en los diferentes programas de salud, ni a identificar el compromiso que tuvieran con relación a la salud propia, familiar y comunitaria.” [p.42]</p> <p>“ En el uso de métodos de planificación familiar, el 82,41% de los hombres jefes de hogar no aplicaba ningún método y entre las razones para no hacerlo se encontraban: la edad (25,10%), planificaba la esposa (13,39%) y nunca había planificado (9,93%). Entre las mujeres jefes de hogar, el porcentaje que no planificaba la familia era de 72,77% y entre las principales razones se presentaban: edad (34,44%), no tenía marido (33,77%) y nunca había planificado (9,93%). Estas mismas razones se presentaron en el área urbana y en el área rural.” [p.33]</p> <p><b>SALUD MENTAL</b> ♦ No existían programas de salud mental en el nivel comunitario, a pesar de que los problemas nerviosos, el agotamiento y la preocupación, aparecían identificados como principales dolencias, especialmente entre las mujeres.” [p.42]</p> <p><b>SALUD REPRODUCTIVA</b> ♦ “No se realizaba trabajo preventivo en salud reproductora entre los adolescentes, a pesar de tener problemas de embarazo precoz.” [p.42]</p>

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
<p>perjudicaba a las mujeres que necesitaban salir de sus casas para lograr el sostenimiento de sus familias y tenían niños pequeños.” [p.59]</p> <p><b>VACUNACIÓN</b> “[E]l Distrito se encontraba ligeramente por encima de lo considerado promedio para las Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, no encontrándose ninguna diferencia entre niños y niñas (...)” [p.82]</p> <p><b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b> “Al investigar violencia, en la información obtenida por la encuesta se encontró que un 70% de las familias entrevistadas refirió no conocer ningún caso, pero en la información obtenida a través de los grupos focales, más del 95% refirió conocer más de uno y con alta frecuencia (...)” [p.87] “Por ser la violencia el principal problema encontrado, es necesaria la formación de grupos de autoayuda, tanto de mujeres como de la población en general (...)” [p.93]</p>	<p><b>PERCEPCIONES DE LAS NECESIDADES DE GÉNERO</b> ♦ Por orden de importancia, la percepción comunitaria de las necesidades de género se dio de la siguiente manera:</p> <p>Hombres: educación, diversión, dinero, comer bien, estar saludable, empleo y ser conforme. Mujeres: estar contenta, tener novio, no pelear, divertirse, no tener a la familia enferma, un esposo que ayude en casa, paz en el hogar y amor. [p.41]</p> <p>♦ Por su parte, los proveedores de los cuidados de salud, por orden de importancia, indicaron las siguientes necesidades sociales de género: familia, salud, dinero, estilo de vida saludable, comunicación, empleo, seguridad, hogar y amigos. [p.42]</p>	<p>Alcohólico..... 31.8      1.6 En riesgo alcohólico... 14.0      1.6 No alcohólico..... 54.2      96.7</p> <p><b>NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)</b> ♦ En Nueva Esperanza, 1995: una NBI en el 53% de los hogares con alguna necesidad básica no satisfecha; dos NBI en el 42.5% de los hogares; tres NBI en 4,3% de los hogares. [Vol.2, cuadro de la p.47]</p> <p><b>SALUD REPRODUCTIVA</b> ♦ A través del grupo focal se expreso, con respecto a la calidad de la atención en el control prenatal: “no siempre le dicen a uno las cosas”; “se la bajan a uno y le salen todas bravas o apuradas, como que no quieren que uno las entretenga con miedos y con preguntas”; “y los médicos,... igual”. “En el hospital: ‘allí es peor la cosa... ‘usted sabe como llega uno de necesitado’, ‘ya cuando uno está adentro tiene que aguantarse.” [Vol.2, p.75]</p> <p>♦ A través de la encuesta estructurada se indicó, con respecto a los establecimientos de salud: “las dificultades más importantes que encuentra la población cuando acude a los establecimientos de salud, son con el cupo (34%)”; “perdida de tiempo” (24,3%); “el cupo y no hay medicamentos (20%)”; “actitud del personal”, “personas serias, enojadas, apuradas” (10%). En relación con la atención hospitalaria: “pierde mucho tiempo” (52%); “falta de médico” (26%); “actitud personal” (13%). [Vol.2, p.76]</p> <p>.. “El personal de salud entrevistado, pese a tener entre</p>	

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		<p>3 y 12 años de experiencia, tenía una visión limitada de las necesidades de las mujeres; no se identificaban en sus intervenciones, elementos transformadores del sistema, tampoco elementos de apoyo al desarrollo personal y social propio, ni de las mujeres. No era clara la visión activa de lo que representaba la prioridad como programa, y se hizo evidente en sus actitudes, formas patriarcales influyentes, con ausencia de valores ideológicos de género.” [Vol.3, resumen ejecutivo]</p> <p>VIOLENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Respecto a 207 personas que respondieron un cuestionario sobre el tema: “38% de las entrevistadas reconocía veladamente la violencia, esto significa una posición encubierta o disimulada, que sumada al 27.5% que la reconocía abiertamente, se puede pensar que la mayoría de las mujeres tenía una imagen clara de estos hechos.” [Vol.2, p.54]</li> <li>◆ “Casi la mitad (48%) de las entrevistadas veladamente aceptaba la violencia, dato que sumado a las que abiertamente la aceptaba, resulta impresionante, porque estaríamos hablando de un 64% frente a solamente un 14% que NO aceptaba la violencia, y representa a la minoría en esta posición.” “No cabe duda de que la mujer se debate en serias contradicciones como efecto de las relaciones de poder, emanadas de las diferencias entre los roles de género (...)”</li> <li>◆ Un 37.5% “reconocía y aceptaba simultáneamente” la violencia. “Solamente un 17.2% se encontraba en una posición más esperanzadora, que</li> </ul>	

GUATEMALA	BELICE	HONDURAS	EL SALVADOR
		<p>eran las mujeres que <b>reconocían los hechos violentos pero no los aceptaban.</b> [Vol.2, p.58]</p> <p>♦ “La violencia psicológica y sexual de las mujeres fue planteada por ellas con derrotismo, resignación y conformismo. Lo más patético fue el razonamiento sobre la violencia sexual, cuyas representaciones estaban planteadas en forma ambigua, relacionadas con el dolor, frustración, el amor como justificación y una profunda culpabilidad hacia la mujer.” [Vol.3, resumen ejecutivo]</p>	

**3.2 (continuación) BALANCE BASICO DE HALLAZGOS Y RESULTADOS: Nicaragua, Costa Rica y Panamá**

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “(...) Normalmente fue el sexo femenino (madre o hermanas mayores) el que realizaba las tareas domésticas en el hogar y era este mismo sexo el que normalmente acudía a las reuniones del colegio y que llevaba a los niños a las unidades de salud cuando estaban enfermos o a vacunarse.” [p.36]</p>	<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “Los motivos manifiestos por los que la mujer acudía a los servicios de salud, se vinculaban predominantemente con su función reproductora biológica y su papel materno.” [Vol.1, p.157]</p> <p>♦ “La insatisfacción [por el trabajo] se manifestó en la totalidad de las respuestas masculinas, por motivos económicos y en las femeninas, como preocupación por los hijos en el hogar, lo cual refuerza los roles: productivo y reproductor respectivamente.” [Vol.1, p.139]</p>	<p><b>ROL REPRODUCTIVO</b></p> <p>♦ “La madre fue mencionada como la principal proveedora de la atención de salud familiar (55,5%), seguida del padre (17,5%). [p.330]</p> <p>♦ “Las actividades domésticas comunes a padres, madres, hijos e hijas fueron limpiar la casa y preparar los alimentos. Las madres reportaron realizar todos los oficios (87,7%). El arreglo de la ropa fue exclusivo de la hija.” [p.333]</p> <p>♦ “No realizaba ningún oficio, el 24,3% de los padres, el 55,2% de los hijos y el 44,6% de las hijas”.</p> <p>♦ “Las madres invertían más tiempo en el trabajo doméstico que los otros miembros de la familia, rebasando la mayoría de estas las 10 horas.” [p.333]</p> <p>♦ “Para la madre (49,2%) y el padre (61,4%), el trabajo doméstico no tenía valor ni producía satisfacción, sin embargo reconocían que la familia obtenía beneficios como la prevención de las enfermedades, unidad</p>



NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>◆ “(...) las mujeres desempeñaban sub- empleos o empleos no remunerados como el ser ama de casa o se ubicaban en el otro extremo como profesionales. Los hombres se encontraban en la escala mediana como obreros, empleados estatales o trabajando por cuenta propia.” [p.36]</p>	<p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>◆ “El 75% de los hombres manifestó que trabajaba: 100% con remuneración y 89% fuera del hogar; en cambio, sólo un 44% de las mujeres indicó que trabajaba. Sin embargo, cuando se especificó el hogar como sitio de trabajo, este porcentaje se incrementó al 92% (69 de las 75 entrevistas), 74% en el hogar sin remuneración y 18% con remuneración en o fuera del hogar. ” [Vol.2, p.89]</p> <p>◆ “Del 83% de los entrevistados que indicaron su ingreso, el 70% ganaba entre 20 y menos de 60 mil colones costarricenses (US\$108-383), mientras que el 55% de las entrevistadas que señalaron su ingreso, ganaba menos de 20 mil colones costarricenses(menos de US\$108)”. [Vol.2, p.90]</p>	<p>familiar y economía doméstica.” [p.333]</p> <p><b>ROL PRODUCTIVO</b></p> <p>.. “La mayoría de las mujeres que laboraba fuera de casa realizaba todos los oficios de la casa y una minoría participaba en las actividades comunitarias. Las madres que no trabajaban fuera de casa, tenían menor participación en actividades comunitarias que las que sí lo hacían.” [p.329]</p> <p>◆ “El hombre se encontraba mejor remunerado que la mujer, alcanzando una media de ingresos de 279,88 Balboas. Las mujeres en cambio, obtuvieron una media de 54,46 Balboas.”</p> <p>◆ “El 81,1% de las madres recibió un ingreso de 100 a 399 Balboas, al igual que 70,6% de los padres.” [p.332]</p> <p>◆ “La mayoría de padres (90,3%) y madres (64,3%) se encontraban satisfechos por el trabajo que realizaban.” [p.334]</p> <p>◆ “El 68,0% de las y los entrevistados opinaron que la mujer debía trabajar fuera del hogar.” [p.334]</p> <p>.. “La media del ingreso familiar general fue de 320,96 Balboas, mientras que en Cerro Batea fue de 492,25 Balboas y en Nuevo Belén 182,00 Balboas.” [p.335]</p> <p>◆ “La media del ingreso familiar de los hogares dirigidos por mujeres fue de 260,90 Balboas, siendo para Cerro Batea de 326,95 Balboas y para Nuevo Belén de 96,67 Balboas.” [p.335]</p>
<p><b>ROL DE GESTION COMUNITARIA</b></p> <p>◆ “En cuanto a las actividades comunitarias, tenían una participación casi similar la señora y el señor; sin embargo su participación variaba según el tipo de organización a la que pertenecían. Las mujeres participaban más en organismos religiosos, casa comunal del niño y actividades de salud. El hombre participaba más en organizaciones deportivas, políticas y religiosas. ” [p.36]</p>	<p><b>ROL DE GESTION COMUNITARIA</b></p> <p>◆ “El nivel de organización de la comunidad fue bastante alto e igualmente el grado de participación comunal en las actividades de salud que se programaron. Existía un total de diez organizaciones, a saber: Asociación de Desarrollo Integral, Comité de Salud, Comité de Nutrición, Alcohólicos Anónimos, Grupo Alanon, Junta de Educación, Patronato Escolar, Comité de Deportes, Grupo Religioso (Iglesia católica), Junta Directiva (Iglesia Evangélica). ” [Vol.1, p.53]</p>	<p><b>ROL DE GESTION COMUNITARIA</b></p> <p>◆ “La relación entre las actividades que realizaban padres y madres en la comunidad de Cerro Batea reflejó que el 70,0% de las madres y el 61,5% de los padres no participaba en actividades fuera de la familia.”</p> <p>“Las madres participaban más que los hombres en las organizaciones comunitarias (6,0%) y en las actividades religiosas (14,0%), en tanto los padres, participaban más en las recreativas, sociales y deportivas (21,8%),</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	<p>◆ “El que los principales objetivos de las organizaciones se refirieran a aspecto de asistencia y apoyo institucional, podría indicar que éstas no tenían claridad de sus posibilidades, en el marco de una participación social amplia e integral, o que pudieran estar satisfaciendo las necesidades que otros grupos o instituciones no lograban llenar.” [Vol.2, p.5]</p>	<p>el trabajo (3,8%) y otros (9,1%)”.</p> <p>“Por su parte en Nuevo Belén, el 70% de las madres y el 53,8% de los padres no participaba en actividades fuera del hogar. Con un predominio relativo, las madres participaban más que los hombres en actividades recreativas, sociales y deportivas (13,2%), organizaciones comunitarias (18,7%), trabajo (8,8%) y otros (5,5%). ” [p.145]</p> <p>◆ Sólo el 14,6% de las madres y el 25,7% de los padres participaba en organizaciones comunitarias como la Junta Comunal y, específicamente las madres, en grupos religiosos y de mujeres. ” [p.329]</p>
<p><b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b></p> <p>◆ “La población se conformaba de grupos de familias nucleares, en donde el mayor porcentaje vivía en viviendas de un solo hogar.” [p.35]</p> <p>◆ “En cuanto a los jefes de hogar, se encontró una proporción de 2:1 entre sexo masculino y sexo femenino. Sin embargo fue interesante la inversión de esta relación cuando combinamos las variables ‘jefatura de hogar’/ ‘esta acompañada’.” [p.35]</p> <p>◆ “ Más de 63% de las jefaturas de hogar femeninas estaban constituidas por mujeres solas, sin un compañero que la apoyara y con una cantidad grande de hijos que dependían económica y socialmente de ellas. Estas jefas de hogar solas, tenían como factor común: niveles educativos bajos (primaria incompleta o analfabetismo), ser mayores de 40 años, ingresos económicos bajos y tener más de 3 hijos. (...)” [p.35]</p> <p>◆ “El 77.8% de las viviendas tenían 1 sólo hogar, 13.7% dos hogares, 7.6% 3 hogares y 1.6% más de 4 hogares.” [p.28]</p>	<p><b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b></p> <p>◆ “Los [usuarios] entrevistados definieron a la familia como: mamá, papá, los hijos (46%); un grupo de personas que comp arte el mismo techo y alimentación (37%) y un grupo de personas que comparten vínculos sanguíneos, afectivos y de convivencia (23%).” [Vol.2, p.50]</p>	<p><b>ESTRUCTURAS FAMILIARES/JEFATURA DE HOGAR</b></p> <p>◆ “Los resultados demostraron la existencia de cinco tipos de familia, sobresaliendo la nuclear (68,0%). Le siguieron la uniparental (15,5%), extendida (13,5%), conyugal (2,5%) y polifamiliar (0,5%).”</p> <p>“La familia nuclear aventajó en ambas comunidades sobre los otros tipos existentes. Sin embargo, el predominio en la comunidad de Nuevo Belén (80,0%) fue absoluto con relación a Cerro Batea (56,0%).”</p> <p>“Las familias uniparentales (22,0%), extendidas (17,0%), conyugales (4,0%) y polifamiliares (1,0%) imperaron en Cerro Batea al establecer la relación con Nuevo Belén, que tenía menor proporción de los tipos de familia enunciados (9,0%, 10,0%, 1,0% y 0,0% respectivamente).” [p.94-96]</p> <p>◆ “(...) En la investigación realizada, se identificó al padre en el 78,5% de los hogares como el jefe de la familia, a las madres en el 20,5% y otro jefe en un 1,0%.” [p.124]</p> <p>◆ “Los padres reconocieron que la causa más importante que justificaba el ejercicio de su jefatura en la familia era el hecho de mantenerla (69,9%) y controlar el hogar (4,4%) (...). [L]as mujeres confirmaron la jefatura por parte del hombre en función del ejercicio del poder que se traducía en el control del espacio doméstico que ellas atendían (38,2%) y que</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
		<p>mantenían a la familia (32,6%). Con independencia de mantener o controlar la familia, el 14,6% consideró que la jefatura se ejercía solo por pertenecer al género históricamente dominante, el masculino.”</p> <p>“Las madres que se reconocían como jefas de familia (30,0%) lo justificaban porque mantenían a las familias, asumiendo el rol de proveedora del hogar (59,0%), controlaban el hogar, es decir, tomaban las decisiones más importantes en él (23,0%) y por ser propietarias de la casa (2,6%). La percepción de los padres que identificaron la jefatura materna (2,9%), la justificaron porque esta mantenía a la familia (50%) y porque llevaba el control del hogar (50%).” [p.127]</p>
<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b></p> <p>◆ “En general (para ambos barrios) la persona que planificaba en el hogar, independientemente de la edad, nivel de escolaridad, número de hijos o condiciones sociales, era la mujer [80% de las veces]. En donde se observaban diferencias entre ambos barrios era en el tipo de método y la cantidad de mujeres que planificaban.” [p.36]</p> <p>◆ “En el barrio San Francisco, el porcentaje de mujeres que planificaban era más bajo que en el Silvio González, sin embargo, el número de hijos por mujer era más alto (promedio de 3 a 4 hijos por mujer). Los métodos más utilizados eran los Anticonceptivos Orales, Dispositivo Intrauterino y en tercer lugar la Esterilización Quirúrgica.” [p.36]</p> <p>“La toma de Citología del cuello uterino (Papanicolaou) tenía una gran relación con el embarazo, más que con la edad y la paridad por mujer. No existía el hábito de la toma de este examen como una forma de prevenir el cáncer del cuello uterino. Este dato no guardaba relación con el nivel de escolaridad de la mujer, ni la edad.” [p.36]</p>	<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS</b></p> <p><b>DECISIONES EN EL HOGAR</b></p> <p>◆ “Un 50% de los [usuarios] entrevistados refirió que la pareja tomaba las decisiones en la familia, 25% refirió que era el hombre, 17% indicó que la compañera y 8%, que el núcleo familiar.”</p> <p>“El 50% manifestó que el hombre ejercía la jefatura, 25% que la compañera; 17% ambos y un 8% el núcleo familiar.”</p> <p>“En el 92% de casos, las decisiones fueron respetadas y en el 8%, irrespetadas por la compañera.”[Vol.2, p.50]</p> <p>“El 46% de las [usuarias] entrevistadas manifestó que ambos (el compañero y ella) toman las decisiones en la familia, el 28% que el compañero y en un 26% ella.” [p.61]</p> <p><b>EDUCACIÓN</b></p> <p>◆ “Se evidenció una desigualdad de género para el hombre por cuanto las mujeres tenían mayor acceso a estudios secundarios, universitarios y técnicos. Esta desigualdad podría encontrar explicación en que la mujer no asumía a temprana edad el rol productivo. Esto, unido a la disponibilidad de servicios educativos, podría significar que las adolescentes estarían alcanzando niveles educativos más elevados, al mismo tiempo que asumían el rol reproductor formando su propio núcleo familiar o bien, mientras compartían el ejercicio del rol reproductor dentro de su familia de origen.” [p.164]</p>	<p><b>ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS</b></p> <p><b>ACCESO A LOS SERVICIOS</b></p> <p>◆ “Los y las informantes reconocieron que el acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud era igualitario, debido a que no discriminaban la atención según el sexo del demandante. Sin embargo, una minoría reconoció que sí existían diferencias en el acceso, situación que privilegiaba a la mujer.” [p.385]</p> <p><b>CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p>◆ “Madres y padres señalaron limitaciones personales para emplear los servicios de salud, como la falta de dinero, siendo mayor en el padre (64,3%) y madurar para sacar cupos, preocupación esta manifestada por el 25,9% de las madres. La demora en la atención fue otra de las limitaciones de mayor preocupación para la madre (18,5%).” [p.331]</p> <p><b>DECISIONES MÁS IMPORTANTES</b></p> <p>◆ “Se observó que cinco de las siete decisiones (71,4%) eran tomadas principalmente por la pareja [tamaño de la familia, educación de los hijos, uso del ingreso, adquisición de bienes, reglas de la familia] y dos de ellas (28,6%) eran exclusivas de las madres y estaban relacionadas con su rol de reproducción social [sanciones o castigos y atención de la salud]. En una segunda instancia prevalecieron las madres para las cinco primeras decisiones y el padre ocupó el tercer rango en la toma de todas las decisiones. (...)” [p.129]</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>“Las causas por las cuales no planificaban, en general fueron: razón de salud, no le gusta o su pareja se opone y le hacen daño.” [p.28]</p> <p><b>PROPIEDAD</b> ♦ “La mayoría de viviendas eran propias y las escrituras estaban a nombre del jefe de hogar.” [p.28]</p> <p><b>SERVICIOS DE SALUD</b> ♦ “(...) sólo el 17% de la población en ambos barrios demandaba atención en la unidad de salud de su área y de esta, el 70% era del barrio [San Francisco]. Al analizar los servicios que tenían mayor demanda en la unidad, se observó que las mujeres acudían por problemas relacionados con su etapa de gestación (programa de control prenatal) y los hombres durante su infancia cuando eran llevados por su madre a la unidad de salud.” [p.35]</p> <p>“En el barrio [Silvio González Mena] la demanda se daba por igual en los programas preventivos y curativos. El número de usuarios de los servicios de morbilidad debido a enfermedades degenerativas era alto principalmente en la población de mayores de 40 años, no ocurriendo lo mismo en el otro barrio estudiado, probablemente debido al costo de los medicamentos usuales en estos programas.” [p.35]</p>	<p><b>PARTICIPACIÓN</b> ♦ “(...) Esta desigualdad [de oportunidades] se evidenció al solicitar la identificación de acciones para superar la desigualdad entre los géneros. Las respuestas sugirieron que las mujeres se encontraban en una posición de desventaja frente a los hombres en las organizaciones.” [Vol.2, p.6]</p> <p>“No fue posible identificar beneficios de acuerdo a género, dado que las [10] organizaciones dirigen sus acciones a toda la población.” [Vol.2, p.6]</p>	<p><b>EDUCACIÓN</b> ♦ “Las mujeres, en su condición de madres e hijas estaban en una posición de desventaja con relación a los hombres, debido a que estos últimos tenían un nivel educativo superior (secundaria) que la mayoría de estas, las que habían alcanzado solamente el nivel primario.” [p.320]</p> <p><b>INGRESO FAMILIAR</b> ♦ “Del ingreso familiar, el 49,2% de las mujeres controlaba entre 100 y 299 Balboas y el 37,7% menos de 100 Balboas. El hombre por su parte, en un 72,9% administraba menos de 100 balboas y el 18,6% de 100 a 299 Balboas (...)” [p. 335]</p> <p><b>SENSIBILIZACIÓN EN ENFOQUE DE GÉNERO</b> ♦ “La investigación reflejó que el personal de salud no estaba suficientemente sensibilizado para incorporar el enfoque de género en la atención de la salud- enfermedad. (...)” [p.384]</p> <p><b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b> ♦ “La violencia fue el problema más importante porcentualmente identificado por hombres (21%) y mujeres (23%). Los usuarios identificaron los de salud ocupacional (21%) en segundo lugar, no coincidiendo con la opinión de las usuarias (5%). (...)” [Vol.2, p.109]</p>
<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b> <b>EMPLEO</b> ♦ “La situación económica en ambos barrios era similar y solamente los diferenciaba el porcentaje de población en el desempleo, el cual era mayor en el barrio San Francisco. El ingreso osciló entre 200 y 1000 córdobas mensuales, sin embargo casi un tercio de esta población estaba en el desempleo franco, lo cual guardaba una relación con las</p>	<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b> <b>ATENCIÓN A LAS MUJERES</b> ♦ En la encuesta a los prestatarios de servicios de salud “los motivos señalados por los entrevistados, por los que las mujeres acudían a los servicios de salud fueron: 40% vinculados con la función reproductora biológica (control prenatal, parto, planificación familiar), 22% vinculados con el rol materno socialmente asignado (cuidado de los niños), 18% vinculados con problemas de relación familiar (violencia), 12% emocionales</p>	<p><b>NECESIDADES DE SALUD</b> <b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b> ♦ “La disposición de agua potable en Cerro Batea fue buena, ya que se obtenía dentro del domicilio, mientras que en Nuevo Belén se abastecían de plumas públicas y el fluido no era permanente, lo que obligaba a almacenar agua en condiciones sanitarias no adecuadas.” [p.336]</p> <p><b>CONTROL DE SALUD</b></p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
<p>estadísticas nacionales sobre empleo.” [p.36]</p> <p>◆ “(...) Las viviendas del barrio [Silvio González Mena] consideradas como urbanizadas, contaban con vías de acceso adecuadas en cualquier época del año, medios de comunicación y servicios básicos en el 100% de las casas. Su construcción era básicamente de adobe o bloque y en poco porcentaje había una combinación de bloque y madera.”</p> <p>“En el barrio [San Francisco] las viviendas se consideraron en desarrollo y contaban con servicios de agua y luz en un alto porcentaje de las mismas; sin embargo, adolecían del servicio de alcantarillado y hacían uso de basureros no autorizados, aunque contaban con el servicio de recolección de basura. Las calles eran de tierra lo cual hacía difícil el acceso en invierno. Las casas eran básicamente de madera o de una combinación de madera y bloque.” [p.36]</p> <p><b>MORBILIDAD</b></p> <p>◆ “(...) las principales causas por la que asistían a la unidad eran los problemas respiratorios, enfermedades clasificadas como crónicas (artritis, hipertensión, diabetes, cardiopatías) o enfermedades renales. En primer lugar estaba la demanda a los programas preventivos como Control de Crecimiento y Desarrollo y Control Prenatal.” [p.28]</p>	<p>(depresión, estrés y jaqueca) y 8% en relación con infecciones del tracto urinario.” [Vol.2, p.27]</p> <p>◆ “Las deficiencias de los servicios de salud dirigidos a la mujer, señaladas por los funcionarios de salud, en un 69% se relacionaron con las instituciones: atención no integral, falta de un enfoque psicosocial, falta de resolución de necesidades, ausencia de lugares para el cuidado de la infancia, poca coordinación a todo nivel, programas específicos; servicios dirigidos a la mujer no a la pareja, ausencia de programas específicos para esterilización y citología, poca cobertura, escasos recursos, ausencia de políticas claras de atención, enfoque biológico, horarios de atención, sistema de citas para consultas y exámenes; en un 25% al prestatario: abuso en la prescripción de medicamentos, ausencia de sicoterapia, falta de información y educación de la usuaria, deshumanización, mala comunicación y motivación, indiferencia, y un 6% a la usuaria: falta de tiempo, falta de interés y desconocimiento.” [p.27-28]</p> <p>◆ “El 50% de los usuarios manifestó que existen problemas o necesidades de las mujeres para los cuales los establecimientos de salud no tienen capacidad resolutoria. Los problemas identificados sin resolución fueron: 21% violencia, 21% de salud ocupacional, 14% esterilización, 14% drogadicción y alcoholismo, 14% emocionales, 8% relacionados con la labor doméstica, 8% vinculados con la sexualidad. Del 50% restante, 25% dijo que no hay problemas sin resolución y 25% no sabía o no respondió.” [Vol.2, p.54]</p>	<p>◆ “El 62,9% de los padres y el 71,5% de las madres realizaban algún control de la salud, prevaleciendo en los primeros el control de salud de adulto (77,3%), salud bucal (15,9%), planificación familiar (2,3%) y control social (2,3%). Las madres hacían control del adulto (63,4%), planificación familiar (28,0%), salud bucal (15,1%), control prenatal (9,7%), control del puerperio (2,2%) y salud mental y social (2,2%).” [p.331]</p> <p><b>MORBILIDAD</b></p> <p>◆ Entre los problemas que demandaban atención de los servicios de salud, comunes a la madre y al padre, figuraban los problemas respiratorios (30,5%), enfermedades crónicas (14,5%) y dolores y fiebre (6,5%). Los específicos para las mujeres fueron los gineco- obstétricos (14,0%) y en los hombres, la atención bucal (4,0%). Entre los específicos de los hijos e hijas se encontraban la diarrea, el crecimiento y desarrollo.” [p.320]</p> <p><b>NECESIDADES MÁS APREMIANTES</b></p> <p>◆ “El 45,0% de los informantes seleccionó el empleo como la necesidad más apremiante, siendo relativamente más elevada en los padres 45,7% sobre el 43,8% de las madres. Le siguió vivienda 25,5%, reconocida por el 30,8% de las madres contra el 15,7% de los padres, los servicios básicos, con dominio del padre, 17,1% y la alimentación con 8,6%. La necesidad de relaciones sociales fue señalada solo por las madres en un 2,3%. El 12,9% de los padres no identificó necesidades, así como el 6,9% de las madres.” [p.193]</p> <p><b>PROPIEDAD DE LA VIVIENDA</b></p> <p>◆ “El 57,5% de las viviendas se encontraban en buenas condiciones sanitarias. De estas, el 55,5% eran propiedad de los padres y el 53,6% de las madres. El resto tenía condiciones sanitarias no adecuadas.” [p.336]</p> <p><b>RECREACIÓN Y OCIO</b></p> <p>◆ “El 41,5% de las familias no se recreaba.”</p> <p>◆ “Las familias que se recreaban (48,5%) lo hacían viendo T.V. y</p>

NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
		<p>escuchando música, en fiestas, haciendo deportes y asistiendo a misa.” [p.326]</p> <p><b>VIOLENCIA Y CONFLICTO</b></p> <p>♦ “La investigación reveló, a través de la información proporcionada por los padres y las madres, que los principales conflictos identificados en 24,2% de los padres e hijos eran la violencia doméstica, la incomprensión de las necesidades y comportamiento de los hijos (4,0%) y otros (45,6%). El 61,3% no reconoció conflictos en estos. La violencia doméstica fue señalada por el 26,5% de los padres y el 22,7% de las madres, mientras que la incomprensión prevaleció en la opinión de la madre con el 5,3%.” [pp.156-157]</p> <p><b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b></p> <p>♦ “Más de una cuarta parte de las familias investigadas tenía problemas de violencia doméstica. Entre los dos tipos principales prevaleció la psicológica (58,9%). Se manifestó más la violencia física (41,1%) en Nuevo Belén y la psicológica (58,9) en Cerro Batea. La mujer en su condición de esposa era la principal víctima (40,0%), también lo son el hijo (30,0%), ambos hijos (13,3%), ambos cónyuges y la hija.” [p.322]</p> <p>♦ “El principal agresor fue el esposo (63,3%) y en segundo lugar la madre. (...)” [p.322]</p> <p>♦ “Más de la mitad de las familias empleaban el maltrato psicológico, siendo la principal víctima la esposa (76,7%) y el agresor el esposo (81,4%) y la esposa (14,4%). Además, se agredía a ambos cónyuges (11,6%), al hijo (7,0%) y a la madre- hijo (4,6%). Las formas en que se manifestaba, fueron el insulto (55,8%) y amenazas y gritos. La causa principal fue los celos (23,3%), consumo de alcohol (18,0%), incumplimiento de tareas o responsabilidades (14,0%), la desobediencia y las conductas inadecuadas.” [p.322]</p>

### 3.3 BALANCE DE TRATAMIENTOS Y ANALISIS SEGUN EL CENTRAMIENTO Y EL ESQUEMA INVESTIGATIVO<sup>1</sup>

Centrado en...	Esquema de investigación		
	Exploratorio	Descriptivo/analítico	Explicativo/compreensivo
Valores	*Búsqueda de sistemas o criterios de clasificación a través de formas posibles de agrupar los datos ("codificación"). Objetivo predominante: "(...) qué variables o criterios resultarán más convenientes para identificar el objeto de estudio."	*Elaboración de escalas de medición más finas (de nominal a ordinal o a cociente). *Elaboración de índices y valores normalizados.	*Discusión sobre la validez de los indicadores: pruebas convergentes y predictivas, pruebas de significación de los análisis bivariados, diseños experimentales y cuasi-experimentales.
Variables +	* Distribuciones de frecuencia de c/u de las primeras clasificaciones.  * Estadísticos simples: proporciones, medidas de posición y variabilidad.  * Detección gráfica a "mano alzada" de tendencias principales.	*Estadígrafos y gráficos posibles y más apropiados.  *Análisis bivariado (asociaciones e hipótesis causales).  Objetivo predominante: "cómo se comportan las unidades de análisis, respecto de cada valor de las variables (...)"	* Análisis más complejos: análisis de varianza, análisis factorial, etc. para la verificación de hipótesis causales
Unidad de análisis	* Intento de conceptuar unidades de análisis: diferenciar las genuinas de las artificiales.	*Análisis multivariado para la construcción de modelos mecánicos y procesales.	*Técnicas de análisis funcional, comparativo, e histórico-estructural.  Objetivo predominante: "(...) elaborar modelos (tipologías, perfiles, sistemas, etcétera), que permitan interpretar el comportamiento de las asociaciones descubiertas en el conjunto de las mediciones logradas."

<sup>1</sup> La matriz es una adaptación de lo propuesto por Juan Samaja en el capítulo III de *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA. 1993.

Centrado en...	Esquema de investigación		
	Exploratorio	Descriptivo/analítico	Explicativo/comprendivo
<b>ESQUEMAS DE INVESTIGACION Y EL ESTADO DE CONOCIMIENTO</b>			
	Exploratorio: Sin claridad sobre cuáles son los conceptos o categorías para agrupar a los sujetos, variables que los determinan y relaciones entre éstas.		
	Descriptivo/analítico -----> Alcanzada una fase descriptiva, pero hay que avanzar en la producción y examen sistemático de la información.		
	Explicativo/comprendivo -----> Máximo perfeccionamiento posible de los instrumentos, toca ahora examinar su validez.		



## SELECCION BIBLIOGRÁFICA <sup>2</sup>

Aguilar, Lorena. (1993) Instrumentos conceptuales para introducir el Análisis de Género en San José a nivel local. SAN JOSE, Costa Rica: OPS.

Castellanos, Pedro Luis (coord.). ( ) Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud Según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. OPS/OMS.

Castellanos, Pedro Luis. (1987). *“Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad: Un Punto de Vista Epidemiológico”* Colombia. Julio 1987.

Guido, Lea. (1994) Algunos elementos a tomar en cuenta para el Análisis de Salud a nivel local con enfoque de género: apuntes. SAN JOSE, Costa Rica: OPS. 29 p.

Guido, Lea (1994). *“Análisis de Situación de Salud a nivel local con enfoque de género: las principales etapas de un estudio; guía protocolo acordado en la Reunión de Nicaragua”.* San José, Costa Rica. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS. (10 h.)

Guido, Lea. (1995) Elementos metodológicos para el desarrollo del análisis de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género. San José, Costa Rica: Programa Subregional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS. Febrero de 1995.

Guido, Lea. (1995). Documentos de apoyo a la elaboración de un protocolo para el desarrollo de Análisis de Situación de Salud a nivel local según condiciones de vida con un enfoque de género. San José, Costa Rica. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS.

(\*)

---

<sup>2</sup> ) Selección básicamente metodológica apoyada en la lectura de las bibliografías de los reportes de cada uno de los países. Las publicaciones con (\*) son las referencias fundamentales en las que se apoyó el presente reporte comprensivo.

- Miles, Matthew B. y A. Michael Huberman. (1994) Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook. California: Sage Publications, Inc. 338 p.
- Mosser, Carolyn O. (1992). “*La Planificación de Género en el Tercer Mundo: Enfrentando las Necesidades Básicas y Estratégicas de Género.*” República Dominicana.
- OPS/OMS (1995). “*Conceptualización de género para la planificación en salud*”. (Versión preliminar). WASHINGTON, D.C. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. División Salud y Desarrollo Humano. Noviembre, 1995. 50 p.
- Perdomo, Rodulio. (1994) “*Metodologías para el Análisis de Postergación en Salud. Presentación Conceptual y Análisis aplicado a la Región No.2.*” (Segunda versión sujeta a modificaciones). Tegucigalpa, Honduras. Abril 1994.
- Perdomo, Rodulio. (1994) “*Aspectos Metodológicos que intervienen en la Construcción de Indicadores de Pobreza y Mortalidad en la Niñez: Nivel Nacional y Regional*”. Tegucigalpa, Honduras. Junio de 1994.
- Ramírez, Julio S. (1987). Adaptación al Sector Salud. INCAE.
- Ramírez, Julio S. (1990). “*La Administración Estratégica. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Lineamientos para su desarrollo. Los Contenidos Educativos.*” OPS/OMS/HSS/SIBS-32, 1990.
- (\*)  
Samaja, Juan. (1993). Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos