



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **21.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, 14 y 15 de marzo de 2005*

---

MSD21/FR (Esp.)  
15 marzo 2005  
ORIGINAL: INGLÉS

**I N F O R M E F I N A L**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Mesa Directiva</b> .....	3
<b>Apertura de la sesión</b> .....	3
<b>Adopción del orden del día y del programa de reuniones</b> .....	4
<b>Presentación y debate de los puntos del orden del día</b> .....	4
Informe sobre los adelantos de la OPS en materia de género, salud y desarrollo .....	4
La equidad entre los sexos en los recursos humanos de la OPS.....	9
Adelantos en la integración del enfoque de género en un área de cooperación técnica de la OPS: las cuentas nacionales de salud.....	12
Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos.....	15
Panel sobre las experiencias institucionales y enseñanzas extraídas en la formulación y la ejecución de las políticas de igualdad entre los sexos .....	17
Panel sobre el logro del objetivo 3 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: igualdad entre los sexos y autonomía de la mujer .....	30
<b>Recomendaciones de la 21.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo a la 136.ª sesión del Comité Ejecutivo</b> .....	40
<b>Clausura de la sesión`</b> .....	43
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

1. La 21.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., los días 14 y 15 de marzo de 2005.
2. La sesión contó con la presencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora en conformidad con las atribuciones del Subcomité: Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Honduras y Paraguay. Los representantes de Argentina y Canadá participaron en calidad de observadores. También asistieron representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros cuatro organismos de las Naciones Unidas, dos organizaciones intergubernamentales y una organización no gubernamental.

### Mesa Directiva

3. Los siguientes Gobiernos Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité durante la 21.<sup>a</sup> sesión:

*Presidencia:* Paraguay (Dra. Wilma Basualdo)

*Vicepresidencia:* Estados Unidos de América (Sr. Richard Walling)

*Relatoría:* Dominica (Sra. Shirley Augustine)

4. La Dra. Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) actuó como Secretaria ex officio, y la Dra. Elsa Gómez (Asesora Regional en Asuntos de la Mujer, la Salud y el Desarrollo) actuó como Secretaria Técnica.

### Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, especialmente a los delegados que estaban visitando la sede de la OPS por primera vez y a los observadores y representantes de organismos hermanos. Señaló que la 21.<sup>a</sup> sesión del Subcomité tenía lugar en un año de varios sucesos sin precedentes en el esfuerzo colectivo para mejorar la vida de la mujer y lograr la igualdad de género: el 10.<sup>o</sup> aniversario de la adopción de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, el 5.<sup>o</sup> aniversario de la adopción de la Declaración del Milenio y el 25.<sup>o</sup> aniversario de la creación del propio Subcomité, establecido por primera vez en 1980, a mediados del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.

6. El Subcomité examinará el progreso de la Organización en cuanto al enfoque de género y la salud en los últimos años y también considerará los nuevos retos surgidos en el contexto general y en la situación específica del sector de la salud. Uno de los objetivos fundamentales de la sesión será examinar y reflexionar sobre el enfoque que la Organización adoptará en los próximos años en cuanto a promover la igualdad de género. A este respecto, le interesa muchísimo a la Oficina oír los comentarios del Subcomité sobre la política propuesta de igualdad entre los sexos. Confía en que las deliberaciones serán muy activas y abiertas y darán como resultado un conjunto de recomendaciones concretas para presentar al Comité Ejecutivo.

**Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos MSD2/1, Rev. 1. y MSD21/WP/1)**

7. De conformidad con el Artículo 2 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina y el programa de reuniones.

**Presentación y debate de los puntos del orden del día**

***Informe sobre los adelantos de la OPS en materia de género, salud y desarrollo (documento MSD21/3, Rev. 1)***

8. La Dra. Elsa Gómez (Asesora Regional en Asuntos de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) presentó el documento sobre este punto, en el que se resume el progreso logrado mediante la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana en el área de la mujer, la salud y el desarrollo desde la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité, que tuvo lugar en marzo de 2003. Dividió su ponencia en cuatro partes: los cambios en el contexto institucional de la cooperación en el área de la mujer, la salud y el desarrollo; el progreso impulsado por la Unidad de Género, Etnicidad y Salud (GE); el progreso encabezado por otras unidades técnicas y oficinas, y los temas de debate para el Subcomité.

9. Con respecto al contexto institucional, describió los cambios que tuvieron lugar durante el período 2003-2005 conjuntamente con la reestructuración de la Oficina, tras la elección de la Dra. Roses como Directora. En febrero de 2003, el antiguo Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo pasó a ser la Unidad de Género y Salud, reflejando un cambio en su foco de interés y avanzando desde el tema de la mujer hacia los temas más amplios de género e igualdad entre los sexos. Posteriormente, en agosto de 2004, se agregó a la labor de la unidad la dimensión de la etnicidad; ese cambio refleja la asignación de prioridades de la Directora hacia los grupos excluidos, que padecen las mayores desigualdades sanitarias. Además, la unidad quedó ubicado bajo la responsabilidad directa de la Subdirectora para que tuviera acceso más directo a los

niveles más altos de la Organización y para facilitar la interacción con otras unidades técnicas y administrativas.

10. Los objetivos que guían la labor de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud son eliminar las desigualdades sistemáticas, injustas y evitables entre las mujeres y los hombres en todos los grupos étnicos, grupos etarios y estratos sociales con respecto al estado de salud y sus factores determinantes; el acceso a la atención apropiada, independientemente de la capacidad de pago, y la distribución de responsabilidades, beneficios y poder en la administración de la salud. Las tareas primarias de la unidad, no solo en los dos años anteriores sino también durante al menos un decenio, han sido crear las herramientas y los métodos para integrar la igualdad de género como valor fundamental que debe reflejarse en las opciones de desarrollo y en las prácticas institucionales, y aplicar esas herramientas y métodos en el trabajo de la Organización, en particular en el análisis de situaciones, la elaboración y evaluación de las políticas del sector de la salud, la respuesta integrada a la violencia y otros temas de inequidad por razón de género, y la formulación de una política de la OPS sobre igualdad entre los sexos. Todo ese trabajo se apoyó en una estrategia para la información, la educación y la comunicación que procura hacer máximo uso de la tecnología de la información. En el documento MSD21/3 se destacan las actividades principales y el progreso logrado en cada una de esas áreas.

11. En el documento también se describe la colaboración de la unidad con otras unidades técnicas de la OPS y las representaciones de la OPS/OMS en los países, así como sus actividades y el progreso realizado en cuanto al género, la salud y el desarrollo, centrándose en el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, la Unidad de Salud de la Mujer y Salud Materna, la Unidad de Políticas Saludables, la Unidad de Enfermedades Transmisibles, la Unidad de Enfermedades No Transmisibles y las representaciones de Belice, Bolivia, Chile y Nicaragua. Esas cuatro oficinas se eligieron para el análisis porque fueron las primeras en integrar una perspectiva de género en su propio trabajo interno y en la cooperación técnica con los países donde están ubicadas. En consecuencia, su experiencia ofrece muchas lecciones valiosas para los esfuerzos futuros.

12. Se le pidió al Subcomité que diera orientación en cuanto a las áreas y los temas en los cuales la Organización debía centrar sus esfuerzos futuros con respecto al género, la salud y el desarrollo. También se le pidió que sugiriese mecanismos institucionales que facilitarían la integración de la igualdad de género, tanto en la OPS como en los países, y que formulara observaciones sobre el tema afin de los incentivos para la integración de la perspectiva de género; es decir, cómo motivar a las personas y ayudarlas a ver las ventajas de adoptar dicha perspectiva. Además, se le solicitó al Subcomité que comentara cómo podría la unidad sacar mejor provecho de las oportunidades que se presentan al incorporar la dimensión de etnicidad en su labor y del impulso vinculado con el esfuerzo

interinstitucional para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular el tercero. Por último, se solicitó a los Miembros que comentaran sobre la función futura de los Cuerpos Directivos en esta área y en particular sobre la función del Subcomité.

13. El Subcomité recibió con beneplácito el informe y encomió a la OPS por haber incorporado criterios de igualdad de género en los objetivos y las estrategias para su trabajo. Al mismo tiempo, reconoció que queda mucho por hacer para integrar plenamente una perspectiva de género en los programas y servicios de salud y lograr una verdadera igualdad de género en materia sanitaria. Varios Miembros describieron los esfuerzos que se iniciaron en sus países para incorporar la perspectiva de género en el sector de la salud, y todos ellos observaron que, si bien se habían logrado avances en las esferas legislativa y de políticas, el avance era muchísimo menor en cuanto a trasladar las políticas y leyes resultantes a la práctica. A este respecto, el Subcomité reconoció la importancia de determinar los incentivos para que las políticas de integración de la perspectiva de género encontraran expresión práctica en los programas y servicios de salud, y alentaron a la Organización a que siguiera trabajando para apoyar a los Estados Miembros en ese sentido. Varios delegados recalcaron la necesidad de colaborar estrechamente con la sociedad civil, señalando que su participación y el control social ayudarían a concretar la aplicación de las políticas sobre integración de la perspectiva de género y la igualdad entre los sexos. También se destacó la necesidad de capacitación de los profesionales de la salud para que puedan poner en práctica una perspectiva de género en su trabajo.

14. Varios delegados subrayaron la importancia de continuar los esfuerzos para eliminar el flagelo de la violencia contra la mujer por razones de género y la necesidad de que participen los hombres en esos esfuerzos. También se destacó la necesidad de seguir trabajando en el análisis de la situación sanitaria con una perspectiva de género. Se señaló que tiene que quedar claro para las instancias normativas y para quienes trabajan en el área de estadísticas y análisis que para analizar los problemas de género se requiere más que el simple desglose de los datos por sexos. Es necesario examinar con sentido crítico las diferencias del estado de salud entre los hombres y las mujeres, teniendo en cuenta el efecto de los papeles que competen a cada género, los modelos culturales, el acceso y el control de los recursos y servicios de salud, verificando asimismo los diferentes efectos que las políticas y programas sanitarios podrían tener en los hombres y las mujeres. Los delegados también señalaron la necesidad de fortalecer el análisis de las estadísticas sanitarias desde la doble perspectiva del género y la etnicidad. En ese sentido, se recibió con beneplácito la incorporación de la dimensión de etnicidad a la labor de la unidad.

15. Por parte de los Estados Unidos de América se sugirió que podría ser oportuno reexaminar el papel y las funciones del Subcomité. Se recordó que varios años antes el Comité Ejecutivo había tratado el tema de la función futura del Subcomité en relación

con los Cuerpos Directivos. En ese momento, todos los Miembros del Comité coincidieron en que el Subcomité debía seguir existiendo y trabajando para resolver todos los problemas pendientes, sobre todo el grado en que la OPS estaba incorporando en su labor los principios adoptados por las diversas conferencias de las Naciones Unidas sobre la mujer. El Comité también coincidió en que se necesitaba un foro para mantener vigentes los temas relacionados con el género y la salud ante los Estados Miembros. El informe presentado por la Dra. Gómez dejaba en claro que existía un fuerte compromiso de integrar el concepto de género en todos los aspectos de la labor de la OPS. La ubicación de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud en la Oficina de la Subdirectora, y la formulación de una política de igualdad entre los sexos para la Organización eran manifestaciones evidentes de ese compromiso. Es más, las observaciones de otros delegados indicaron que los temas relacionados con el género y la salud también se estaban considerando muy seriamente en los países. En vista de los extraordinarios avances que se estaban logrando para integrar la perspectiva de género en toda la Organización, quizá había llegado el momento de considerar la posibilidad de integrarla en los Cuerpos Directivos. El traslado del debate de temas relacionados con el género al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo daría a esos temas más visibilidad y abriría la oportunidad de un diálogo más intenso entre los Estados Miembros.

16. Los representantes de varios organismos internacionales expresaron su apoyo a los esfuerzos de la OPS con relación al concepto de género y ofrecieron colaborar con la Organización en diferentes áreas, notablemente la violencia por razones de género, la cuantificación del trabajo no remunerado de la mujer en el sector de la salud y el intercambio de información electrónica. El Representante de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) señaló que, al incorporar el concepto de etnicidad en las actividades de la unidad, la OPS estaba respondiendo a una necesidad expresada por los gobiernos en la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (México, 2004), en la que se exhortaba a: “Desarrollar instrumentos de seguimiento y evaluación de las políticas públicas con el fin de incorporar una perspectiva de género, tomando en cuenta la diversidad étnico-racial y generacional, en todas las acciones del Estado.”

17. La Representante de la OMS señaló que la OPS ha sido el buque insignia de la Organización Mundial de la Salud en materia de integración de la perspectiva de género y la encomió por ir más allá de la retórica y pasar a la acción, especialmente a nivel de los países. Haciéndose eco de las observaciones de algunos delegados, señaló que, si bien la OMS había adoptado una política de género en 2002, en gran parte se había quedado en el papel. En consecuencia, el Departamento de Género y Salud de la Mujer de la sede de la OMS estaba preparando un artículo para el Consejo Ejecutivo encaminado a fortalecer el mandato de los Estados Miembros para integrar la perspectiva de género en la OMS. Aceptó de buen grado la sugerencia de ampliar el debate de las cuestiones relativas al género dentro de los Cuerpos Directivos de la OPS. La OMS esperaba contar con el liderazgo continuo de la OPS en la recopilación de datos y el análisis de problemas de

género, específicamente para producir datos probatorios de la eficacia de las intervenciones en razón del género en los procesos sanitarios. Eso era lo que se necesitaba para realmente lograr la integración de la perspectiva de género. Era menester persuadir a los colegas en las esferas clínicas básicas de la programación de salud pública de que, además de lo que significa para los derechos humanos, la integración de una perspectiva de género en sus actividades mejoraría los resultados de salud.

18. La Dra. Gómez agradeció al Subcomité sus numerosas sugerencias sobre las áreas y prioridades posibles de trabajo en la OPS y expresó su agradecimiento a los delegados y representantes de los diversos organismos internacionales por sus ofrecimientos de colaboración. Estuvo de acuerdo sobre la necesidad de una mayor participación de la sociedad civil y se refirió al consejo asesor que se había creado en Argentina para ese fin como un ejemplo del tipo de mecanismo consultivo formal que la OPS estaba promoviendo. También estuvo de acuerdo sobre la importancia de recoger pruebas e identificar las prácticas óptimas que ilustraban el impacto que se produciría al incorporar una perspectiva de género en las actividades sanitarias y dijo que la Organización realizaría un esfuerzo muy importante en los próximos años para compilar ese tipo de información para fines de promoción de la causa. Con respecto a la sugerencia de reexaminar la función del Subcomité considerando los cambios que se habían producido en los últimos años, afirmó que era necesario un debate exhaustivo sobre el tema.

19. La Directora estuvo de acuerdo en que sería útil reexaminar las funciones y las atribuciones del Subcomité, aclarando que había que tener presente que el enfoque de la Organización sobre las cuestiones relativas al género comprendía tres elementos: el Subcomité, la unidad y diversos proyectos y programas que la Organización llevaba a cabo o apoyaba. El Subcomité, según había sido concebido originalmente, era un órgano consultivo del Comité Ejecutivo sobre los asuntos relacionados con la situación y la salud de la mujer. La unidad, en términos generales, procura abordar los factores determinantes de la salud que se relacionaban con el concepto de género y, desde hacía poco, con la etnicidad. Además, la Organización tenía un conjunto de proyectos y programas que se referían a asuntos de salud específicos relacionados con dicho. En su opinión, el objetivo de reevaluar las funciones del Subcomité debía ser buscar la máxima complementariedad entre esos tres elementos para abordar de la manera más eficaz posible los retos para la equidad de género que aún subsistían y los retos que depararía el futuro.

20. La oradora dijo que también era importante hacer mejor uso de otros instrumentos para promover la causa de la integración de la perspectiva de género, por ejemplo, los grupos temáticos de las Naciones Unidas en los países. Debía hacerse un mayor esfuerzo para incorporar la perspectiva de género en el trabajo de todos esos grupos, no solo de los que se ocupaban de asuntos de la mujer. Otro ejemplo era el de las redes de mujeres legisladoras, gobernadoras y alcaldesas; era importante obtener su apoyo a la equidad de género y la igualdad en materia de salud.



21. El Subcomité respaldó la sugerencia de los Estados Unidos de reexaminar las funciones del Subcomité. Se propuso formar un grupo de trabajo pequeño para examinar las atribuciones y el futuro del Subcomité y presentar las recomendaciones al Comité Ejecutivo. También se señaló que el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI ofrecía otro foro para explorar las maneras de mejorar aún más el trabajo de la Organización en todo lo relativo al concepto de género.

***La equidad entre los sexos en los recursos humanos de la OPS***

22. La Dra. Luz Marina Barillas (Jefa de la Unidad de Contrataciones del Área de Gestión de Recursos Humanos, OPS) presentó datos sobre la distribución por sexos de la fuerza laboral de la OPS al final de enero de 2005, centrándose específicamente en los cargos profesionales de plazo fijo. La Organización tenía un total de 413 personas en esos cargos, 42% de las cuales eran mujeres. De ese total, 222 correspondían a la sede de la OPS en Washington, 51% de los cuales estaban ocupados por mujeres, y 191 eran puestos sobre el terreno, 31% de los cuales habían sido asignados a mujeres. A niveles de mayor jerarquía –al nivel P4 y más altos, incluidos los cargos al nivel ejecutivo– las mujeres estaban representadas en un 38% y los hombres en un 62%.

23. La funcionaria destacó que muchos de los cargos profesionales permanentes estaban ocupados por personas que habían sido asignadas anteriormente a esos puestos durante un período de corto plazo. El Área de Gestión de Recursos Humanos consideraba crucial procurar que los cargos profesionales de corta duración, así como los puestos de plazo fijo, se otorgasen con base en un proceso competitivo. Hasta enero de 2005, un total de 129 personas habían sido contratadas como consultores y profesionales en contratos de corta duración, 94 en la Sede y 31 sobre el terreno. La proporción de mujeres en esos puestos era de 60% en general: 70% en la Sede y 34% sobre el terreno.

24. La tendencia de la contratación de mujeres para cargos profesionales había sido descendente durante los dos últimos años. En 2003, se habían contratado muy pocos profesionales nuevos de ambos sexos porque ese año se había reestructurado la Oficina, coincidiendo con el primer año del mandato de la Dra. Roses. No obstante, del total de 24 nuevos profesionales contratados, 13 eran hombres y 11, o sea 46%, mujeres. En 2004, en cambio, el número de cargos profesionales cubiertos había aumentado a 48, pero 35 de esos nuevos funcionarios eran hombres y 13 mujeres; Las proporciones respectivas eran 73% para los hombres y 27% para las mujeres. El Área de Gestión de Recursos Humanos estaba tomando activas medidas para revertir esa tendencia y seguir acercándose a la igualdad entre los sexos en la contratación de personal. En 2004, la Organización había cambiado su sistema de contratación electrónica para adoptar el sistema de la OMS, lo que había permitido llegar a un grupo mucho más grande de candidatos y aspirantes a los puestos. Como resultado, había aumentado significativamente el número de mujeres aspirantes a los cargos profesionales. Además, la Organización había mantenido durante

muchos años una política en virtud de la cual había que volver a anunciar una vacante si no se presentaba un mínimo de 20% de aspirantes del sexo femenino. Los comités de selección tenían en cuenta el sexo al evaluar a los candidatos, aunque por lo general la decisión se tomaba en función de las calificaciones del candidato para el puesto.

25. Además de las normas y procedimientos de contratación, existían otros factores que repercutían en el número de mujeres contratadas para cargos profesionales, sobre todo las políticas y condiciones que hacían de la OPS un lugar de trabajo atractivo para las mujeres. Por ejemplo, la Organización contaba con varias políticas diseñadas para que las mujeres pudiesen equilibrar más fácilmente su vida profesional y familiar, como horas de trabajo alternativas, licencia por maternidad y paternidad, licencia para emergencias familiares y licencia para mujeres que amamantan. El Área de Gestión de Recursos Humanos estaba estudiando la factibilidad de otras políticas “favorables a la familia”, como permitir al personal comprimir su semana laboral de 40 horas en cuatro días, dejando así un día libre por semana para atender asuntos personales y familiares. El año anterior, la Organización también había puesto en práctica una política sobre prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo, que abarcaba no solo el acoso sexual, sino todos los tipos de acoso. Prácticamente, todo el personal de la Sede había cursado la capacitación obligatoria en esa área, y actualmente se estaba brindando capacitación a los puntos focales de los países, que a su vez repetirían los cursillos sobre prevención del acoso en todas las representaciones. En consecuencia, si bien quedaba mucho por hacer para lograr una verdadera igualdad entre los sexos en la fuerza laboral, la OPS seguía esforzándose en cumplir esa meta.

26. En el debate que siguió, se recalcó que el logro de la igualdad de género en la contratación y en la dotación de personal exigía voluntad política por parte de los directivos de la institución de que se tratase. Aun cuando existieran políticas sobre discriminación inversa o cuotas de contratación de mujeres, no se lograría una verdadera igualdad si no existía el fuerte compromiso de los gerentes y encargados de adoptar las decisiones de aumentar la proporción de mujeres en los cargos profesionales. También se señaló que las mujeres que se postulaban para cargos profesionales en las instituciones nacionales se enfrentaban a obstáculos aun más difíciles que las candidatas a puestos en organismos internacionales, que ofrecían en general un entorno más propicio para aplicar políticas que favorecían la contratación de mujeres en cargos de responsabilidad. Es más, aun si una mujer lograba obtener acceso a un cargo gerencial, solía serle difícil ejercer el poder con eficacia y, en particular, aplicar una perspectiva de género al desempeñar sus responsabilidades.

27. Los participantes señalaron que las desventajas con que se enfrentaban las mujeres en la entrevista y el proceso de contratación solían estar relacionadas con el concepto de género. Por ejemplo, a menudo las mujeres carecían de las redes de mentores personales que existían para los hombres, lo que hacía más difícil que pudiesen

capacitarse adecuadamente y establecer contactos profesionales. Eso las colocaba en desventaja frente a los candidatos masculinos al competir por los puestos. Las mujeres, en general, se sentían menos cómodas que los hombres al hablar de dinero, lo que era una desventaja al negociar el sueldo. Como resultado, a las mujeres solían ofrecérseles sueldos inferiores a los de los hombres con las mismas calificaciones.

28. Se señaló que la igualdad en el área de los recursos humanos iba más allá de lograr la paridad de los sexos en la contratación y en la composición de la fuerza laboral. También era necesario velar por que las mujeres y los hombres tuviesen las mismas oportunidades de desarrollo y progreso profesional. Se identificó la falta de movilidad como uno de los principales obstáculos a la promoción de la mujer en muchos organismos internacionales. Era bien conocido el hecho de que los cargos profesionales y gerenciales en las representaciones de los países eran un trampolín para avanzar en la carrera en esos organismos, pero, por sus obligaciones familiares, las mujeres titubeaban al buscar o aceptar traslados a las oficinas de país. Las condiciones del entorno laboral y la falta de políticas “favorables a la familia” también podrían ser un obstáculo al progreso de las mujeres. Por ejemplo, la falta de guarderías y otras facilidades a menudo dificultaba la situación de las madres que trabajaban y eso les impedía competir debidamente para un ascenso.

29. La Dra. Barillas señaló que la negociación de sueldos no era realmente un problema en la OPS ni en otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, donde existía una escala fija de sueldos para los cargos profesionales. Los hombres y las mujeres que estaban al mismo nivel en el sistema recibían el mismo sueldo. En la OPS, las personas con experiencia o títulos académicos que superaban los requisitos mínimos para el puesto podían contratarse con una categoría mayor, lo que significaba que recibían un sueldo inicial más alto que una persona que ingresaba sin esas calificaciones adicionales. Pero ese sueldo más alto se debía a sus calificaciones, no a la capacidad del candidato para negociar. Con respecto al principio de la discriminación inversa, no se mostró a favor de establecer cuotas de contratación por sexos, pero sí afirmó que el concepto de género siempre debía ser una consideración en el proceso de selección.

30. La Directora opinó que era necesario trazar metas específicas con respecto a la igualdad de género en la contratación y el empleo de profesionales, no solo dentro de la Organización, sino también en los países. Sería muy difícil elevar el número de mujeres en los cargos de alto nivel dentro de la Organización si no aumentaba el número de candidatas calificadas en los Estados Miembros. Señaló que la fuerza laboral sanitaria estaba sumamente feminizada en los países de la Región y que, en algunos casos, 80% a 90% de los estudiantes que actualmente cursaban carreras en el campo de la salud eran mujeres, lo que significaba que se incrementaría la disponibilidad de profesionales de la salud de sexo femenino. Aún así, todavía eran pocas las mujeres que ocupaban puestos de alto nivel en los países. Actualmente, por ejemplo, sólo 7 de los 38 ministros de salud de

la Región eran mujeres, y la proporción de mujeres en cargos gerenciales de menor grado también era pequeña. Eso significaba que las mujeres no estaban adquiriendo la experiencia que las calificaría para los cargos de nivel alto en la Organización. Por otro lado, en la actualidad existía un número récord de oficinas de país –10 de 27, o sea, 38%– dirigidas por mujeres. La Directora indicó que eso podría tener un efecto de emulación positivo en los países, lo que mejoraría las posibilidades de avance de la mujer en la esfera nacional.

31. Agregó la oradora que la adopción en el sistema de las Naciones Unidas de prácticas de contratación y selección más basadas en la competencia era un paso importante para contratar a un mayor número de mujeres, pero la falta de experiencia internacional seguía siendo un impedimento. A este respecto, señaló que el programa de capacitación de la OPS en salud internacional había sido muy eficaz porque exponía a profesionales femeninas jóvenes a las oportunidades de hacer carrera en el campo de la salud pública internacional.

32. A criterio de la funcionaria, tres cosas eran necesarias para promover una mayor igualdad de género en los recursos humanos de la OPS: la Organización debía colaborar con los países para reconocer y analizar los obstáculos que impedían el acceso de la mujer a los cargos de alto nivel en el entorno nacional; debía intensificarse al máximo el uso de mecanismos como pasantías y residencias, porque ofrecían a las mujeres jóvenes la oportunidad de adquirir experiencia internacional y les permitían competir por los puestos en pie de igualdad con los hombres; y debía prestarse más atención a la composición de los comités de selección y capacitar a sus miembros. Esto último era muy importante para no perder el terreno ganado, como había ocurrido en 2004.

***Adelantos en la integración del enfoque de género en un área de cooperación técnica de la OPS: las cuentas nacionales de salud (documento MSD21/4)***

33. El Dr. Rubén Suárez (Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud, OPS) resumió el contenido del documento MSD21/4, en el que se proponían métodos para medir y dar visibilidad a la contribución no remunerada de la mujer a la salud y al desarrollo socioeconómico en general, como se exigía en la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing. Comenzó explicando que las cuentas nacionales de salud eran un componente del sistema de cuentas nacionales de un país, y que medían cuánto gastaba el país en bienes y servicios sanitarios. Sin embargo, no reflejaban la contribución no pagada de la mujer a la salud de la población y al bienestar mediante la atención que prestaba en el hogar al enfermo y al anciano y mediante otras actividades, como preparar comidas nutritivas y fomentar el desarrollo cognoscitivo de los niños.

34. En el documento se describía parte de la labor que se había emprendido en la Región en las cuentas sanitarias con enfoque de género y se proponían cinco áreas de

trabajo para los esfuerzos futuros tendientes a dar más visibilidad a las contribuciones de la mujer a la salud y al desarrollo, cuantificándolos en el sistema de cuentas nacionales de los países. Esas cinco áreas eran: 1) desarrollo de cuentas sectoriales de los hogares como complemento de las cuentas nacionales de salud y el sistema de cuentas nacionales, que midiesen la contribución de los hogares —y, en particular, de la mujer en el hogar— a la producción de bienes y servicios de salud y otros servicios que producían bienestar para la población; 2) estudios para determinar la carga de la atención de salud que absorbían los hogares, y la mujer en particular, en los países con financiamiento insuficiente de la sanidad pública y de los sistemas de protección social; 3) estudios del desplazamiento de costos hacia los hogares como resultado de la reforma del sector de la salud o de políticas de ajuste estructural —es decir, la medida en que los hogares estaban absorbiendo el costo de la atención de salud cuando se habían puesto en práctica medidas de contención de costos como parte de la reforma del sector de la salud o del ajuste estructural—; 4) estudios de los efectos de la transición demográfica y epidemiológica en las mujeres en cuanto al mayor tiempo no remunerado que debían dedicar a la atención de familiares de edad avanzada o con enfermedades crónicas, y 5) compilación de datos probatorios empíricos sobre la contribución de la mujer al potencial de desarrollo humano, la reducción de la pobreza y la mitigación de las trampas de pobreza por razones sanitarias; es decir, la medida en que el trabajo no remunerado de la mujer en el hogar ayudaba a mejorar la calidad del capital humano de un país y, de ese modo, a extender su crecimiento y desarrollo económicos.

35. Se le pidió al Subcomité que examinara las actividades propuestas y formulara recomendaciones al Comité Ejecutivo, y por su intermedio a los Estados Miembros del Consejo Directivo y a la Directora, sobre la importancia de apoyar un trabajo analítico y empírico adicional para hacer visible la contribución invisible de la mujer a la salud y al desarrollo económico, así como analizar el impacto que tenían las desigualdades de la distribución del trabajo al explicar la persistencia de desigualdades de género como limitaciones al logro del pleno potencial de desarrollo humano de la mujer.

36. El Subcomité expresó su firme apoyo a los esfuerzos de la OPS para medir el valor económico de la contribución no remunerada de la mujer a la salud y al desarrollo. Los delegados consideraron especialmente importante medir el grado en que los hogares están compensando la ausencia o las deficiencias de los servicios de salud pública. Se señaló que los sistemas de salud están esencialmente tercerizando la atención sanitaria a los hogares, pero sin darles capacitación alguna ni los recursos que les darían a los trabajadores que debieran estar ocupándose de esa labor, lo que tiene graves implicaciones para la calidad de la atención. Se expresó que los sistemas de salud debían invertir parte del dinero que estaban ahorrando brindando capacitación y otro tipo de apoyo para mejorar la calidad de la atención que se proporcionaba en los hogares. Además, se consideró esencial no solo cuantificar la atención que se prestaba en el hogar, sino también determinar el tipo de atención. Los delegados señalaron que algunos de los

cuidados que se brindaban en los hogares, si bien no constituían una atención médica propiamente dicha, eran una forma de atención de salud en el sentido de que contribuían a la salud de la familia, la comunidad y el país en su conjunto. Los delegados también señalaron que, si bien la atención en el hogar estaba predominantemente a cargo de la mujer, los hombres y, en algunos casos, los niños también participaban, por lo que era importante calcular también el valor de esa atención.

37. En cuanto a las actividades específicas propuestas en el documento, los delegados señalaron que constituían un programa encomiable pero muy ambicioso. Se subrayó la necesidad de una cuidadosa planificación y asignación de prioridades de las actividades, así como la necesidad de un foco concreto y una definición clara de términos. Se señaló, por ejemplo, que las expresiones como “trampas de la pobreza por razones sanitarias” son ambiguas y requieren aclaración para que todos comprendan qué se está midiendo. Los delegados consideraron que debía aclararse la cuarta área de trabajo propuesta — evaluación de la carga adicional que se imponía a la mujer al cambiar los perfiles demográficos y epidemiológicos— porque podría interpretarse con el sentido de que las mujeres que no trabajaban fuera del hogar constituían una carga para la sociedad. La colaboración interinstitucional e intersectorial eran cruciales para el éxito de los estudios y análisis propuestos, sobre todo tratándose de la recopilación de datos y de la elaboración de las medidas que se habían de usar.

38. Los representantes de la CEPAL y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) señalaron que sus organismos respectivos también estaban trabajando en el tema de las cuentas nacionales y subrayaron la necesidad de la colaboración interinstitucional. El Representante de la CEPAL observó que los tipos de estudios propuestos en el documento no solo ayudarían a dar más visibilidad a la contribución no remunerada de la mujer a la salud y al desarrollo, sino que también aclararían fenómenos tales como la feminización de la pobreza, lo que, a su vez, facilitaría el diseño de las intervenciones para resolverlos.

39. El Sr. Suárez estuvo de acuerdo en que se requería la colaboración interinstitucional para diseñar métodos e instrumentos uniformes que pudieran aportar información comparable a nivel internacional. En su opinión, el mejor procedimiento sería que los diversos organismos preparasen una propuesta metodológica conjunta, aprendiendo de la experiencia adquirida de los estudios del uso del tiempo y otros métodos que se empleaban en diversos países de la Región, y la presentasen ante la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL. Esa conferencia era el órgano mejor capacitado para formular recomendaciones a los países en cuanto a los tipos de instrumentos que debían utilizarse para aplicar un enfoque uniforme al cuantificar el valor del trabajo no remunerado de los hogares.

***Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos (documento MSD21/5)***

40. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora de la OPS) presentó el proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos, señalando que se había elaborado mediante un proceso consultivo con los puntos focales que se ocupaban del género y con funcionarios de alto nivel de toda la Organización. Se proponía esa política debido a la difundida desigualdad de género en el ámbito sanitario. El objetivo era promover la equidad integrando la perspectiva de género. La política de la OPS tomaba como modelo la que había adoptado la OMS, pero era más amplia y presentaba algunas modificaciones.

41. Era un hecho conocido que las disparidades en la salud de hombres y mujeres no se derivaban únicamente de los rasgos correspondientes al sexo biológico, sino de las diferentes posiciones que unos y otras ocupaban y de los papeles que se les asignaban en la sociedad. Esa desigualdad se reflejaba en perfiles a menudo desequilibrados de riesgos para la salud, estado de salud y factores sanitarios determinantes, así como en diferencias en el acceso y el control de los recursos y los servicios, la participación de hombres y mujeres en las decisiones que influían en su salud y la distribución de responsabilidades y compensaciones vinculadas con el desarrollo sanitario.

42. A nivel mundial y regional, varios mandatos importantes habían ayudado a impulsar el programa de trabajo sobre igualdad de género, entre ellos la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Plataforma de Acción de Beijing, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (mejor conocida como la Convención de Belem do Pará) y varios otros, que se mencionaban en la sección de antecedentes del documento MSD21/5 y a los que se hicieron reiteradas referencias durante las deliberaciones del Subcomité. En respuesta a esos mandatos y de acuerdo con la política de género de la OMS y con el propio Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, la Organización se comprometía a integrar la igualdad de género en todos los aspectos de su trabajo de cooperación técnica, en los marcos de política de desarrollo sanitario nacional, y en las políticas de desarrollo institucional y los recursos humanos de la OPS.

43. Los principios rectores para la política propuesta eran la igualdad de género, la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y los hombres y la integración de la perspectiva de género. La meta general de la política era contribuir al logro de la igualdad entre los sexos en el estado de salud y en el desarrollo sanitario mediante estudios, políticas y programas que tuviesen en cuenta las diferencias de género, y la promoción activa de la igualdad y la equidad entre las mujeres y los hombres. En el documento se presentaban los objetivos específicos de la política y los componentes de la estrategia de integración de la perspectiva de género que se iba a aplicar.

44. La aplicación de la política requería compromiso y desarrollo de capacidad del personal en todos los niveles de la Organización, así como la institucionalización de las normas y los procedimientos, una dotación suficiente de recursos y un monitoreo y control eficaces. La Gestión Ejecutiva de la Oficina procuraría que los gerentes transmitieran la política al personal, vigilaran su aplicación y rindieran cuentas de su ejecución a la Directora y los Cuerpos Directivos. También velaría por que se incluyeran con regularidad objetivos de igualdad de género en las políticas y programas institucionales y se incorporasen en el proceso de presupuesto bienal por programas. Se nombrarían puntos focales en materia de género dentro de las áreas técnicas y administrativas de la Sede, en los centros panamericanos y en las oficinas de país, estableciendo de esa manera nexos a través de todos los departamentos y niveles y una amplia paternidad del proceso de integración de la perspectiva de género en toda la Organización. Se alentaría a todas las áreas de trabajo y unidades de la Oficina a utilizar los datos que se habían desglosado por sexos y otras variables pertinentes, y a preparar materiales que tuvieran en cuenta cuestiones de género para que se incorporasen las consideraciones en materia de género en todos los programas de cooperación técnica de la OPS. A nivel de país, las representaciones de la OPS/OMS, en colaboración con la Sede, los ministerios de salud, otros sectores, las ONG y la sociedad civil, establecerían mecanismos debidamente provistos de personal y fondos para promover la igualdad de género en los sistemas nacionales de salud. La Unidad de Género, Etnicidad y Salud, en colaboración con los puntos focales que se ocupaban del género, darían orientación y apoyo general al proceso de integración.

45. Se solicitó al Subcomité que considerase la política y la presentase al Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo para su examen y aprobación.

46. El Subcomité felicitó a la Oficina por el proyecto de política, que en su opinión se ceñía a la política de género de la OMS, pero estaba adaptada a las necesidades y características específicas de la Región. El Subcomité también aplaudió el compromiso de la Oficina de cerciorarse de que se compartiera en toda la Organización la responsabilidad de la ejecución. Los Miembros hicieron varias sugerencias específicas sobre la redacción del documento y propusieron varias modificaciones y enmiendas a la propia política. La opinión que prevalecía era que debía haber una afirmación clara y concisa de lo que era realmente la política. Se señaló que en el documento se presentaban muy claramente los antecedentes y la meta, los objetivos y los componentes de la política, pero que no contenía una afirmación explícita tal como “La política de la OPS en cuanto a la igualdad entre los sexos es \_\_\_\_\_”.

47. Los Miembros se mostraron complacidos ante la integración de la diversidad en la política, pero sugirieron que el concepto debía ampliarse más allá del estatus socioeconómico y la etnicidad y que debía incluir los diferentes grupos etarios, la orientación sexual, la ubicación geográfica (rural frente a urbana), las capacidades y las



discapacidades y las minorías que hablaban sus propios dialectos, según correspondiera. También se sugirió incluir, entre los componentes de la estrategia de integración de la perspectiva de género, el compromiso institucional específico de dar seguimiento a los resultados, en particular la eficacia de las intervenciones a favor de la igualdad de género en los resultados de salud.

48. El Subcomité recalcó la importancia del seguimiento y la evaluación para que la política no se quedase en el papel y realmente se pusiera en práctica, y se propuso que debía formularse un plan de ejecución. El plan debía incluir pasos para ejecutar la política en el corto, mediano y largo plazo, y debía incorporar un mecanismo eficaz de seguimiento y evaluación de la integración del enfoque de género en los programas de trabajo de la Oficina y los Estados Miembros.

49. La Dra. Etienne indicó que la Oficina había tomado nota de las sugerencias y recomendaciones del Subcomité y las incorporaría en el documento. Respondiendo a una observación sobre la necesidad de incluir un enunciado claro de la política, señaló que, esencialmente, la política de igualdad entre los sexos de la OPS era que las mujeres y los hombres debían tener igualdad de condiciones para ejercer sus plenos derechos y concretar el potencial de ser sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. La Oficina afinaría ese enunciado y lo incluiría en la versión revisada del documento que se presentaría ante el Comité Ejecutivo.

50. El Subcomité respaldó la política propuesta sobre la igualdad entre los sexos y recomendó que se redactase una resolución para su formal adopción que sería sometida primero a la consideración del Comité Ejecutivo y posteriormente a la del Consejo Directivo.

***Panel sobre las experiencias institucionales y enseñanzas extraídas en la formulación y la ejecución de las políticas de igualdad entre los sexos***

51. Este tema fue tratado en las ponencias de las siguientes panelistas: Dra. Wanda Jones (Estados Unidos de América), Sra. Nathalie Valdes (Canadá), Sra. Mercedes Kremenetzky (Comisión Interamericana de Mujeres, Organización de los Estados Americanos), Sra. María Nieves Rico (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe), Sra. Gabriela Vega (Banco Interamericano de Desarrollo) y Dra. Adepeju Aderemi Olukoya (Organización Mundial de la Salud). Las panelistas describieron las experiencias de sus instituciones o países respectivos en lo que se refiere a la integración de la perspectiva de género. La mayoría de las panelistas presentaron breves versiones orales de los documentos que habían escrito sobre el tema y que se habían distribuido al Subcomité. A continuación se resumen esas intervenciones orales.

Wanda K. Jones, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América

52. Los Estados Unidos aún no han adoptado el término “integración de la perspectiva de género”, pero durante los últimos veinte años el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS, por su sigla en inglés) ha aplicado el enfoque de la salud de la mujer. Este enfoque surgió del informe preparado en 1985 por un grupo de estudio, en el que se presentaron 15 recomendaciones para mejorar la salud femenina. Las recomendaciones eran, entre otras: promover un ambiente físico y social sano y seguro, prestar servicios de prevención y tratamiento de enfermedades, realizar investigaciones y evaluaciones, contratar y capacitar personal de atención sanitaria, educar e informar al público y difundir la información obtenida en las investigaciones, y diseñar pautas para formular medidas legislativas y normativas.

53. Uno de los efectos más importantes de la aplicación de este enfoque había sido la inclusión de las mujeres en todas las investigaciones financiadas por el gobierno de los Estados Unidos. Antes del informe del grupo de estudio, salvo por la investigación que trataba específicamente sobre la salud reproductiva de la mujer, la gran mayoría de los estudios sobre la salud excluían a las mujeres, y por esa razón, no se comprendían claramente las diferentes maneras en que las cuestiones sanitarias afectaban a hombres y mujeres, niños y niñas, ni el efecto potencialmente distinto de los medicamentos y las intervenciones en hombres y mujeres. A la fecha se contaba con un vasto cúmulo de pruebas en las cuales podían sustentarse las decisiones en materia de salud y política y la canalización de los recursos hacia donde más se necesitaban.

54. Otro importante efecto era el de las mejoras de los programas de estudios en ciencias de la salud, en los que se procuraba que reflejasen la información y las observaciones más recientes sobre las diferencias entre los sexos con respecto a la salud. Además, en el ambiente académico se había creado una especialización reconocida que se centraba únicamente en entender las diferencias entre los sexos en cuanto al riesgo de enfermedades, su tratamiento y los resultados obtenidos.

55. Con el transcurso de los años se había venido prestando cada vez más atención a los temas sanitarios que atañían a la mujer, lo que había dado como resultado el establecimiento de oficinas de salud de la mujer en muchos organismos del DHHS y un mayor financiamiento de programas, servicios y estudios específicamente centrados en la salud femenina. El financiamiento de iniciativas centradas en este tema ascendía en ese momento a US\$ 8.250 millones, aunque la cifra no reflejaba la totalidad del gasto en salud de la mujer, dado que las mujeres también se beneficiaban de los programas y los servicios que se ofrecían a la población en general.

56. Uno de los principales problemas para la atención de salud en los Estados Unidos era la fragmentación de los servicios, particularmente acentuada en el caso de las mujeres,

que solían verse obligadas a consultar a diferentes prestadores de los distintos servicios preventivos y tratamientos y era posible que no fuesen objeto del tamizaje recomendado. El país estaba procurando establecer un mecanismo integral de servicios de salud de la mujer, pero se requería una investigación para determinar si ese enfoque realmente incorporaba la perspectiva de género y conducía a mejores resultados.

57. Desde el punto de vista de la equidad de género, un corolario interesante a la aplicación del enfoque de la salud de la mujer era la aparición de un movimiento de la salud del hombre, que preconizaba acciones para abordar las diferencias entre los sexos en lo que se refería a los riesgos sanitarios y el estado de salud de los hombres: por ejemplo, los hombres tenían una menor esperanza de vida y una mayor mortalidad por cardiopatías. Los veinte años en que se había hecho hincapié en la salud de la mujer también habían beneficiado a los hombres. A la fecha se comprendían y se reconocían mejor las diferencias entre los sexos en lo que tocaba a la salud y la necesidad de enfoques relacionados específicamente con las diferencias de género para la prevención y el tratamiento de enfermedades.

*Nathalie Valdes, Departamento de Salud del Canadá, Canadá*

58. La oradora informó que el Canadá era el segundo país del mundo por su superficie; su población era de 31 millones de habitantes. El 90% de la población vivía en el sur del país, a lo largo de la frontera con los Estados Unidos, y el otro 10% estaba asentada en zonas remotas del norte, donde era muy difícil el acceso a los servicios de salud. La esperanza de vida al nacer era muy alta en todo el país (77 años para los hombres, 82 para las mujeres) pero existían amplias variaciones entre hombres y mujeres y entre regiones y grupos étnicos. Como ocurría en muchos otros países, en el Canadá las mujeres constituían un porcentaje desproporcionado de los pobres y ganaban salarios mucho más bajos (73%) que los hombres. Aun cuando trabajasen fuera del hogar, seguían siendo en gran parte responsables de las tareas domésticas. Se calculaba que, en promedio, dedicaban 5 horas al día a tareas no remuneradas, en tanto que los hombres solo dedicaban 3,5 horas. La mayoría de los hogares monoparentales (19% de las familias) estaban encabezados por mujeres. Las mujeres también constituían un porcentaje desproporcionado de la población de la tercera edad.

59. El Canadá había asumido desde hacía muchos años el compromiso para con la igualdad entre los sexos y con la mejora de las condiciones y la situación de la mujer. Había adoptado todos los principales acuerdos internacionales emanados de las diversas conferencias mundiales sobre la mujer y había puesto en práctica varios marcos de acción nacionales. En respuesta a la adopción de la Plataforma de Acción de Beijing, el gobierno canadiense había elaborado un plan federal para promover la igualdad entre los sexos, para lo cual había sido necesario analizar la manera en que se enfocaban las diferencias de género en todas las dependencias federales. Ese plan había evolucionado hasta convertirse

en el Programa para la Igualdad entre los Sexos (Agenda for Gender Equality), que era el marco en el que trabaja en esos momentos el Departamento de Salud de Canadá. Se habían creado herramientas de política específicas, como la Estrategia de Salud de la Mujer (Women's Health Strategy), la Política de Análisis Basado en el Género (Gender-based Analysis Policy - GBA) y el plan de aplicación de dicha política, cuyo objetivo era comprender mejor cómo el concepto de género influía en el estado de salud y el acceso a los servicios de salud. Esos instrumentos de política se habían creado mediante un proceso en el que habían intervenido diversos sectores y grupos de la sociedad civil, cuya participación había sido crucial para llevar adelante el programa de igualdad entre los sexos. También era esencial que todos los interesados directos sintieran como propios el proceso de formulación de políticas y los instrumentos resultantes, porque de lo contrario no existirá el compromiso necesario para la ejecución.

60. El Programa para la Igualdad entre los Sexos obligaba a todas las dependencias del gobierno federal a integrar la perspectiva de género y tenía por objeto salvar brechas fundamentales y ampliar las oportunidades para las mujeres canadienses, teniendo en cuenta las diferentes realidades de la mujer y del hombre. Las brechas fundamentales eran, entre otras, la pobreza de la mujer, la atención de salud que prestaba sin remuneración, la violencia por razones de género y las múltiples formas de discriminación contra la mujer. La Estrategia de Salud de la Mujer procuraba mejorar la situación sanitaria femenina al hacer el sistema de salud más receptivo a las mujeres y sus problemas sanitarios, y al aplicar un enfoque de factores determinantes de la salud en la población. El programa de contribución a la salud de la mujer apoyaba la investigación sobre las medidas que deberían adoptarse y la generación de datos probatorios para fundamentar la formulación de políticas y reducir la laguna de conocimientos sobre los factores determinantes de la salud en relación con el concepto de género. Se había formulado un conjunto de indicadores específicos de la salud de la mujer para ayudar a describir y medir los factores determinantes de la salud y la situación y resultados al respecto, así como para suministrar información de base para vigilar la salud de la mujer y evaluar la repercusión de las políticas y programas que procuraban mejorarla. La Política de Análisis Basado en el Género tenía por objeto definir las medidas, los programas y la legislación que tenían por objeto lograr la mejor salud posible para mujeres y hombres, niños y niñas, al examinar y evaluar los vínculos entre el género y la salud. Claramente, todos estos diversos instrumentos de política se superponían entre sí y formaban parte de un proceso continuo.

61. El esfuerzo para incorporar la perspectiva de género en el Canadá había dejado varias enseñanzas, en particular la importancia del compromiso con la integración de la perspectiva de género a todos los niveles, pero especialmente a los niveles más altos; la necesidad de una estrategia clara para aplicar las políticas, que incluía el seguimiento y la evaluación; la importancia del diálogo intersectorial y la participación, y la necesidad de contar con datos probatorios creíbles para demostrar el valor agregado de la integración de la perspectiva de género y su pertinencia para las prioridades específicas de los diversos

interesados directos. La experiencia del Canadá también había mostrado que eran varias las dificultades que entrañaba la integración de la perspectiva de género, como por ejemplo no usar las herramientas disponibles, la continua resistencia que ofrecían algunos sectores, las limitaciones de tiempo y financieras, la falta de comprensión sobre lo que significaba “género” y “análisis basado en el género”, y la falta de ejemplos prácticos que demostrasen las ventajas de realizar este tipo de análisis, así como la manera de hacerlo. No obstante, la experiencia recogida hasta la fecha había demostrado que el análisis desde la perspectiva del género era una herramienta valiosa para revelar los límites y los sesgos de las investigaciones y los métodos del pasado y para comprender los errores que podían cometerse al hacer generalizaciones basadas en subpoblaciones reducidas, métodos limitados y contextos diferentes.

*Mercedes Kremenetzky, Comisión Interamericana de Mujeres, Organización de los Estados Americanos (CIM/OEA)*

62. La integración de la perspectiva de género se estaba llevando adelante en la OEA y sus Estados Miembros mediante el Programa Interamericano sobre la Promoción de los Derechos Humanos de la Mujer y la Equidad e Igualdad de Género (PIA), lanzado en abril de 2000 como resultado de la Primera Reunión de Ministras o Autoridades al más Alto Nivel Responsables de las Políticas de las Mujeres en los Estados Miembros (REMIM). El Programa se sustentaba en otros mandatos sobre el tema del género contenidos en numerosas resoluciones adoptadas por la Asamblea General de la OEA en el transcurso de los años. Su objetivo era velar por la integración de la perspectiva de género en todos los programas y políticas del sistema interamericano y sus países miembros. La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) era el órgano encargado de vigilar la puesta en práctica del Programa, y debía presentar informes de situación anuales a la Asamblea, al igual que al Secretario General. Como resultado de esta iniciativa, el Plan de Acción de la Tercera Cumbre de las Américas incluía un capítulo sobre la igualdad entre los sexos, respaldaba al Programa y reconocía a la CIM como asesora técnica del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres.

63. Al dar el primer paso hacia la puesta en práctica del Programa, la OEA había celebrado un convenio con el gobierno canadiense en torno a un proyecto para incorporar la perspectiva de género en la ejecución de los programas y las actividades de todos los órganos, organismos y entidades de la OEA, e impartir la capacitación necesaria para esa finalidad. Este proyecto de integración de la perspectiva de género de la OEA tenía por objeto procurar que todos los programas y proyectos de la Organización beneficiaran a hombres y mujeres, niños y niñas, por igual, equitativamente, y apropiadamente para que no se perpetuaran las desigualdades por razones de sexo y se mejorase la recolección de estadísticas pertinentes, desglosadas por sexos. En junio de 2001 se había establecido un comité directivo integrado por representantes de la Oficina del Secretario General, la CIM y la Oficina de Servicios de Recursos Humanos para coordinar el proyecto. Después de un

proceso de licitación competitiva lanzado en enero de 2002, se había adjudicado un contrato a Kartini International, empresa canadiense especializada en los temas de igualdad entre los sexos y servicios de educación de adultos. La selección de una compañía con pericia reconocida en capacitación de funcionarios internacionales en materia de integración de la perspectiva de género se consideraba crucial para el éxito logrado hasta la fecha en la aplicación del Programa.

64. Kartini había realizado entrevistas con funcionarios para evaluar el grado de conocimiento que existía sobre las cuestiones relativas al género, escuchar inquietudes del personal y determinar las necesidades de capacitación. Con base en los resultados, la empresa había elaborado materiales didácticos para capacitar a instructores y participantes. Entre agosto de 2002 y mayo de 2003 se habían impartido ocho cursos de capacitación en la sede de la OEA y otros dos para el personal de las oficinas fuera de la sede. Se habían capacitado unas doscientas personas. Para los cursos se había contado con la presencia de funcionarios de diversas entidades de la OEA, la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo. En el futuro, la capacitación podría extenderse a otros organismos interamericanos. Hasta el momento se habían obtenido resultados muy positivos porque los funcionarios habían cobrado más consciencia de la necesidad de integrar la perspectiva de género en los proyectos, las políticas y los programas de la OEA, y porque se había promovido una verdadera incorporación de las consideraciones en materia de género en la elaboración del presupuesto, la recopilación y el análisis de datos, y otras actividades de la OEA. Además, el proyecto de la OEA/CIM-ACDI había contribuido a la creación de un foro electrónico para el intercambio de información como herramienta para complementar la capacitación en cuestiones de género. No obstante, se reconocía que, si bien la capacitación había sentado unas bases sólidas para la integración de la perspectiva de género, era solo un primer paso, y sería necesario mantener los esfuerzos para alcanzar la meta de la equidad de género y la igualdad entre los sexos en todas las esferas de la política pública.

65. Podían extraerse varias conclusiones de la experiencia recogida hasta ahora en la OEA en cuanto a la integración de la perspectiva de género. En primer lugar, se destacaba la necesidad de compromiso y voluntad política a los niveles más altos de una institución. En el caso de la OEA, la voluntad política y el apoyo de los Cuerpos Directivos de la OEA y de los gobiernos de los Estados Miembros habían sido fundamentales. Otra necesidad clave del éxito es la capacitación impartida por instructores calificados. También era crucial contar con financiamiento suficiente para la capacitación y otras actividades necesarias para hacer realidad la integración de la perspectiva de género. La colaboración entre las organizaciones y los sectores también resultaba muy importante. En ese sentido, la OEA contemplaba varias áreas posibles de colaboración con la OPS, sobre todo en la capacitación para integrar la perspectiva de género y en una labor conjunta para abordar el tema de la violencia por razones de género.

María Nieves Rico, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL)

66. La CEPAL consideraba que la integración de la perspectiva de género era un medio para llegar a un fin, no un fin en sí mismo. Se consideraba un instrumento para alcanzar el objetivo de la equidad de género y la igualdad entre los sexos. Era también un proceso dinámico caracterizado por avances y contratiempos. El enfoque de la CEPAL respecto de la integración de la perspectiva de género se basaba en la definición adoptada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en 1997.

67. El proceso de integrar el enfoque género en la labor de la CEPAL había comenzado más de treinta años atrás, a principios de los años setenta, cuando la Comisión había recibido de los países miembros el mandato de llevar a cabo estudios sobre las condiciones de la mujer en la región. Después de la primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, que había tenido lugar en México en 1975, todas las comisiones regionales habían recibido el mandato de actuar como puntos focales para las Naciones Unidas en temas relacionados con la mujer, y la CEPAL había pasado a ser el punto focal para América Latina y el Caribe. En 1977, se había creado la Unidad Mujer y Desarrollo dentro de la División de Desarrollo Social. Desde entonces, la CEPAL había actuado como secretaria técnica para los países en temas y políticas relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de la mujer y el logro de la equidad de género. Como parte de esa función, había asumido la responsabilidad de vigilar el avance en los acuerdos y compromisos que surgían de las diversas conferencias internacionales sobre la mujer, y había organizado nueve conferencias regionales sobre la mujer. Las conferencias regionales constituían el principal foro en la región sobre cuestiones relativas al género.

68. En 1993, se había tomado la decisión de trasladar la Unidad Mujer y Desarrollo de la División de Desarrollo Social a la Secretaría Ejecutiva, reconociendo que la integración dependía no solo de que existiera una entidad responsable de las cuestiones relativas al género, sino también de la ubicación de esa entidad en la estructura orgánica. Se había considerado que, para que la unidad pudiera realmente incorporar una perspectiva de género en la labor de la Comisión, necesitaba un perfil más destacado. La nueva posición le había dado un estatus superior al de otras divisiones y unidades y le había permitido ser más eficaz en sus funciones específicas.

69. Un hito importante en el proceso de integración de la perspectiva de género había tenido lugar en 1997, al lanzarse un proyecto patrocinado por la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) con el objetivo concreto de institucionalizar la perspectiva de género en las principales actividades de la CEPAL. Este proyecto había sido significativo no solo porque había proporcionado financiamiento específicamente para la integración de la perspectiva de género sino también porque, al destacar la necesidad de incorporar esas consideraciones en todos los proyectos financiados por la GTZ, había ejercido presión externa y de esa manera había coadyuvado a movilizar el apoyo interno al proceso.

70. El proyecto de la GTZ había dado por resultado una estrategia para institucionalizar la perspectiva de género. La estrategia se había elaborado con amplia participación de funcionarios de todas las divisiones de la CEPAL, y aunque había sido bien recibida, nunca se llegó a poner en práctica en la labor de toda la Comisión, y seguía estando restringida a las actividades de la Unidad. No obstante, se habían logrado avances innegables al integrar el enfoque de género en algunos ámbitos, en particular la producción de datos estadísticos y la elaboración de indicadores de género, así como la aplicación de una perspectiva de género en los estudios sectoriales en los ámbitos más “áridos”, como la macroeconomía, que tradicionalmente se consideraban desligados de las cuestiones relativas al género. También se habían logrado avances significativos al incorporar una perspectiva de género en los documentos de políticas y programación de la CEPAL. Por otra parte, desde 1996, la Unidad Mujer y Desarrollo había trabajado directamente con la División de Planificación de Programas y Operaciones para que los proyectos extrapresupuestarios ejecutados por la CEPAL incluyeran objetivos de equidad de género, aunque mucho quedaba por hacer en este sentido, como lo había demostrado un estudio en el que se determinó que de 247 proyectos que existían en 2001, solamente 8 incluían una perspectiva de género entre sus principales objetivos.

71. Otro paso importante del proceso había sido la aprobación por los Estados Miembros, en 1998, de un subprograma dentro del programa regular de trabajo de la CEPAL, el cual había fortalecido el mandato de la Unidad Mujer y Desarrollo para institucionalizar el concepto de género en la labor de la Comisión, tanto interna como externamente, mediante las actividades de cooperación técnica de la CEPAL. La creación del subprograma también había incrementado el presupuesto de la Unidad y le había otorgado autonomía presupuestaria.

72. En los últimos años, tres procesos habían tenido una fuerte repercusión en la integración de la perspectiva de género dentro de la CEPAL. Uno de ellos era el establecimiento de relaciones de trabajo más cercanas entre la Unidad Mujer y Desarrollo y otras divisiones de la CEPAL. Un segundo proceso era el aumento cuantitativo y cualitativo de la cooperación para el desarrollo que prestaba la Unidad a los países de la región, lo que había creado un “círculo virtuoso” en el cual las solicitudes de cooperación de los países con una perspectiva de género había ayudado a motivar a otras unidades y divisiones a que incorporasen el enfoque de género en sus proyectos. El tercer proceso era el fortalecimiento de las actividades interinstitucionales con otros organismos de las Naciones Unidas y los sistemas interamericanos, así como la formulación de proyectos y estrategias conjuntas entre la Unidad Mujer y Desarrollo y las entidades responsables de las cuestiones relativas al género en otros organismos. Los retos para el futuro eran lograr la sostenibilidad de lo que se había logrado hasta entonces y mantener el impulso y seguir avanzando hacia la institucionalización de la perspectiva de género en todos los aspectos del trabajo de la Comisión.



Gabriela Vega, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

73. El BID tenía una política sobre la mujer en el desarrollo desde 1987, cuyo objetivo era incorporar una perspectiva de género en el diseño de las operaciones del Banco e incluir a las mujeres como participantes y beneficiarias de los programas y proyectos que apoyaba. El Banco también había establecido en 1994 la Unidad del Programa de la Mujer en el Desarrollo (WID), que se ocupaba de integrar la perspectiva de género en las operaciones, políticas y estrategias de la institución y recientemente había adoptado un plan de acción con ese fin. Además, el Banco contaba con el Consejo Asesor Externo para la Mujer en el Desarrollo, cuya función era brindar asesoramiento sobre cuestiones que influían en la participación de la mujer en programas financiados por el BID. El Consejo Asesor estaba integrado por representantes de varias ONG, instituciones académicas, gobiernos y el sector privado, con amplia experiencia en temas relacionados con la mujer y el desarrollo y temas afines. Internamente, otro órgano consultivo, el Comité sobre el Medio Ambiente y el Impacto Social, examinaba la viabilidad ambiental y sociocultural de las operaciones del Banco, prestando atención específica a las consideraciones en materia de género.

74. Una de las funciones principales de la Unidad era ofrecer ayuda técnica en los temas relacionados con la mujer en el desarrollo para diseñar y ejecutar los proyectos patrocinados por el BID. Empleaba dos enfoques básicos para esa finalidad. Uno buscaba incorporar la perspectiva de género en todo el ciclo del proyecto, desde el diseño hasta la ejecución y la evaluación, esforzándose por mostrar cómo intervenían las cuestiones relativas al género en el problema en cuestión y en los componentes y objetivos específicos del proyecto. El otro enfoque era específico de cada sector e incluía el empleo de expertos que pudieran aportar ejemplos concretos tomados de proyectos anteriores sobre las ventajas de incorporar una perspectiva de género en los proyectos en un área muy específica, como la construcción de carreteras o las obras de infraestructura.

75. Una estrategia que la Unidad había utilizado con éxito para impulsar la integración de la perspectiva de género era destacar los aspectos económicos de las cuestiones relativas al género. Por ejemplo, en el área de la violencia por razones de género, la Unidad había procurado mostrar los costos económicos de la violencia doméstica en términos del PIB y los ingresos que dejaba de percibir la mujer que era víctima de la violencia, ilustrando así cómo la violencia doméstica constituía un obstáculo para la reducción de la pobreza, que era una de las principales metas del Banco.

76. Para seguir avanzando en la integración de la perspectiva de género habría que rebasar las principales áreas sociales en las que era más factible hacerlo e incursionar en otras esferas técnicas. Eso, a su vez, requería capacitación e incentivos para el personal. La Unidad consideraba que en una institución como el BID —y lo mismo podía decirse de la OPS—, cuyos funcionarios eran profesionales muy especializados y enfocados a un ámbito concreto, la capacitación general para sensibilizarlos sobre las cuestiones de

género general no era adecuada ni eficaz. En cambio, era necesario adaptar la capacitación a las inquietudes específicas de los profesionales y hacerla directamente pertinente para su trabajo. Otra dificultad estribaba en mejorar el seguimiento y la evaluación de los resultados del proyecto a fin de recoger los datos probatorios necesarios para mostrar el efecto neto de aplicar una perspectiva de género y así poder hablar desde una posición de autoridad al abogar por esta iniciativa. También era menester que hubiese capacitación y formación de capacidad para funcionarios de las contrapartes nacionales para que, una vez incorporada la perspectiva de género en el diseño de un proyecto, pudiera llevarse a cabo. Un importante problema adicional era lograr que las enseñanzas extraídas de la experiencia con la integración de las cuestiones relativas al género en los proyectos estuviesen debidamente documentadas y se aplicaran en proyectos posteriores.

*Adepeju Aderemi Olukoya, Organización Mundial de la Salud (OMS)*

77. El proceso de integración de la perspectiva de género en la OMS había evolucionado en varias etapas desde que se había creado una unidad de la mujer, la salud y el desarrollo dentro del grupo orgánico Salud Familiar y Reproductiva en la época en que se había realizado la Conferencia de Beijing. El nombre y la situación de la unidad habían cambiado muchas veces con el transcurso de los años, pero durante mucho tiempo años el foco de interés principal de su trabajo había sido la salud de la mujer. Esa labor aportaba mucha información valiosa sobre los aspectos de género de diversas afecciones y sobre la repercusión de prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina en la salud de la mujer. Al mismo tiempo, se había comenzado a trabajar con algunos departamentos de la OMS con el objeto de despertar interés en la incorporación de consideraciones en materia de género. Pero se había avanzado relativamente poco porque la unidad no contaba con muchos recursos, no tenía un nivel suficientemente elevado ni estaba debidamente conceptualizada dentro de la estructura institucional en la sede de la OMS. Es más, aunque en 2002 la Organización había adoptado una política de género que exigía la integración de la perspectiva de género en las actividades de toda la OMS, no había habido gran avance concreto para traducir la política en acciones.

78. En 2004, se había establecido el Departamento de Género y Salud de la Mujer (GWH), dentro del grupo orgánico Salud de la Familia y la Comunidad, que estaba supervisado por un Subdirector General responsable de cinco departamentos: Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente; Género y Salud de la Mujer; Reducir los Riesgos del Embarazo; e Inmunizaciones, Vacunas y Productos Biológicos. Actualmente, GWH comprendía dos ámbitos de trabajo, aunque eso podía cambiar como resultado de una revisión de toda la Organización y de la reestructuración que estaba actualmente en marcha dentro de la OMS. Esos ámbitos eran: integración del género en la salud pública y género, infección por el VIH y violencia.

79. Alentaba mucho el interés actual en las cuestiones de género dentro de la OMS, y GWH estaba trabajando con muchas áreas técnicas para incorporar la perspectiva de género y el análisis de problemas de género en su labor. Por ejemplo, en materia de infección por el VIH/SIDA, el Departamento estaba ayudando a formular pautas sobre género e infección por el VIH como parte de la “Iniciativa de tres millones para 2005” y en otros aspectos de la prevención de la infección por el VIH/SIDA, y, después de la reciente adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco, estaba elaborando estrategias receptivas a las cuestiones de género para el control del tabaquismo a nivel de los países. Además, estaba emprendiendo una iniciativa para estudiar el papel de los hombres en la promoción de la igualdad entre los sexos y los planes para celebrar una consulta sobre ese tema en un futuro próximo. El Departamento también estaba preparando indicadores y herramientas que tomaban en cuenta las cuestiones de género para la formación de capacidad, ya que todavía era limitada la capacidad de los funcionarios en la Sede, y especialmente en los países, para trabajar en el tema del género y la salud.

80. A fin de obtener apoyo de alto nivel para integrar la perspectiva de género y comprender mejor los obstáculos a la aplicación de la política de género de la OMS, en enero de 2005 el Departamento había organizado una reunión de consulta con gerentes generales de la OMS, mediante la cual se habían identificado las barreras políticas, conceptuales, técnicas e institucionales. Las barreras políticas incluían el hecho de que la política de género era demasiado general y demasiado ambigua en lo que se refería a la rendición de cuentas. Además, la cultura y el estilo de gestión dentro de la OMS no promovía la integración del concepto de género y había un número insuficiente de mujeres en los cargos profesionales y gerenciales, así como en los comités de expertos y otros órganos consultivos. Entre las barreras conceptuales, se encontró que había una falta de claridad sobre el significado de “género” y de “integración de la perspectiva de género”. Había también una percepción generalizada de que el género era pertinente sólo con relación a la paridad entre los sexos en la contratación de personal y otras políticas de recursos humanos y de que el concepto “género y salud” tenía que ver sólo con los aspectos de la salud de la mujer y reproductiva. En cuanto a las barreras técnicas, los datos sanitarios todavía no se desglosaban sistemáticamente por sexos y se carecía de herramientas y normas genéricas y específicas para integrar la perspectiva de género en diferentes áreas técnicas. En lo tocante a las barreras institucionales, en la consulta se destacó el hecho de que muchas declaraciones y documentos oficiales de la OMS eran insensibles a las diferencias de trato por razones de género. Los gerentes estaban convencidos de que la organización de una Asamblea Mundial de la Salud sobre la integración de la perspectiva de género, con un firme apoyo de los Estados Miembros, fortalecería a la OMS en esta iniciativa, sobre todo a nivel de los países. En consecuencia, el Departamento estaba preparando actualmente un documento con miras a que se adoptase una resolución mediante la cual se le solicitase la formulación de una estrategia para integrar la perspectiva de género en la OMS.

81. De cara al futuro, el Departamento se esforzaba en velar por que se incorporase la perspectiva de género en todos los procesos de planificación en la OMS. Con ese fin, comenzó insertando en el presupuesto por programas del período 2006-2007 una meta para el área de Género y Salud de la Mujer y objetivos específicos para integrar la perspectiva de género en la OMS, destacando a su vez los objetivos relacionados con el género —o la falta de esos objetivos— en las otras áreas de trabajo. Los focos de interés futuros para el Departamento serían la incorporación del concepto de género en los mecanismos centrales de la OMS, como la planificación operativa y el Undécimo Programa General de Trabajo; la elaboración de una estrategia y plan de acción mundial de la OMS en la materia; la inclusión del enfoque de género en los productos principales, como los Informes sobre la salud en el mundo y otros informes importantes, los documentos fundamentales del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud y la labor sobre el papel de los hombres para promover la igualdad entre los sexos. El Departamento también colaboraría con otras áreas de trabajo interesadas en cuestiones intersectoriales, como pobreza y equidad, y trabajaría con otros departamentos de la OMS y las oficinas regionales, específicamente para recoger pruebas de la eficacia de las intervenciones en función del género en los resultados sanitarios. Por último, impartiría un programa muy ambicioso de formación de capacidad, procurando adaptar la capacitación a las necesidades específicas de ciertos departamentos.

*Debate del Subcomité sobre las ponencias del panel*

82. Se resumen a continuación las observaciones principales que surgieron de la presentación de este punto del orden del día.

- Había muchos aspectos comunes en las experiencias de los diversos ministerios, instituciones y organizaciones, y era importante documentarlas para aprender de las experiencias mutuas y no “reinventar la rueda”.
- Para integrar con éxito la perspectiva de género, era esencial la identificación con los objetivos de la iniciativa y la rendición de cuentas. Por consiguiente, sería importante procurar que estos dos elementos estuviesen presentes en la política de género de la OPS.
- Las cuestiones relativas al género deberían recibir más atención en los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS y en otros foros de alto nivel para promover un diálogo más amplio y una mayor comprensión de los problemas de trato por razones de género.
- El contexto en el cual tenía lugar la integración de la perspectiva de género en ese momento era muy diferente del contexto que prevalecía a comienzos de los años noventa, cuando la idea había empezado a ganar adeptos. En aquel entonces, el clima cultural era mucho más favorable hacia los derechos de mujer y la igualdad

entre los sexos. Por el contrario, en muchas partes del mundo había una tendencia cada vez más fuerte hacia el conservadurismo y el fundamentalismo en las esferas religiosa, política, económica y cultural y, en consecuencia, había mucho menos receptividad al concepto de igualdad de derechos para la mujer. En este contexto, se tornaba aún más necesario aportar pruebas empíricas de la repercusión positiva que la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer podían tener, por ejemplo, en la reducción de la pobreza y el fomento del desarrollo.

- Los partidarios de la integración de la perspectiva de género debían convertirse en interlocutores creíbles para persuadir a los colegas de otros sectores, sobre todo de los sectores económico y financiero, de la conveniencia de incorporar una perspectiva de género en su trabajo. Para ello necesitaban comprender y poder enunciar la pertinencia de las consideraciones en materia de género para los temas técnicos específicos de interés de esos colegas.
- La resistencia a la integración de la perspectiva de género se debía en parte al hecho de que seguía percibiéndose exclusivamente como un tema que incumbía a la mujer. Para disipar esa percepción, era esencial persuadir a los hombres de los beneficios que les reportaba la integración de la perspectiva de género e incluirlos en el proceso. Al mismo tiempo, resultaba esencial no perder de vista el hecho de que las mujeres eran las que más sufrían la falta de equidad por razón de sexo.
- Muchas universidades de la Región estaban ofreciendo programas y cursos académicos en estudios de género; por lo tanto, existía una masa crítica de especialistas en el concepto de género con formación universitaria. Siendo así, una de las maneras en que las instituciones nacionales e internacionales podrían impulsar la integración de la perspectiva de género era incluir el conocimiento del tema como punto a favor en los anuncios de vacantes, del mismo modo que el conocimiento de idiomas o los conocimientos técnicos especializados daban a un candidato una ventaja competitiva al solicitar empleo.

83. Al cerrar el debate, la Subdirectora encomió a las panelistas por la amplitud de la información suministrada. Señaló que había muchos puntos comunes en las presentaciones. Varias panelistas habían subrayado la necesidad de mandatos muy claros para dar legitimidad a la búsqueda de la igualdad entre los sexos y a todo el proceso de integración de la perspectiva de género. Las ponencias también habían subrayado la necesidad de contar con voluntad política, demostrada mediante el compromiso para con la integración de la perspectiva de género al nivel más alto de una institución, como así también al nivel operativo más bajo. Se recalcó la necesidad de participación de los diversos sectores, sobre todo de las organizaciones de la sociedad civil y de grupos de mujeres, para fomentar la identificación con la iniciativa y lograr el consenso necesario para aplicar políticas que tuviesen en cuenta las diferencias de género. Todas las panelistas habían subrayado la importancia de la vigilancia, la

evaluación y la rendición de cuentas, así como la necesidad fundamental de formación de capacidad a todos los niveles de las organizaciones y en la sociedad.

84. Señaló la Subdirectora que las presentaciones de tipo panel habían sido muy instructivas para la OPS, en un momento en que se estaba preparando para poner en práctica su propia política de género, y que la Organización esperaba con interés seguir aprendiendo y aprovechando las experiencias de sus organismos hermanos y su organización matriz, la OMS. Agregó que la OPS también estaba dispuesta a trabajar con países que habían tenido éxito en la integración de la perspectiva de género y podían ofrecer las enseñanzas extraídas y promover la cooperación horizontal entre los países en este tema.

***Panel sobre el logro del objetivo 3 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: igualdad entre los sexos y autonomía de la mujer***

85. Este tema fue tratado en las ponencias de las siguientes panelistas: Sra. Mercedes Borrero Quintero (Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población), Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer), Dra. Sonia Montaña (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe), Sra. Carmen Barroso (Federación Internacional de Planificación de la Familia), Sra. Hilary Anderson (Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer). Las panelistas presentaron los enfoques y las contribuciones de sus respectivas organizaciones para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sobre todo el objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. A continuación se resumen las intervenciones.

***Mercedes Borrero Quintero, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP)***

86. El FNUAP consideraba que Kofi Annan, en su carácter de Secretario General de las Naciones Unidas, había afirmado en numerosas ocasiones que el objetivo 3 — promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer— era fundamental para cumplir todo el conjunto de objetivos de desarrollo establecidos en la Declaración del Milenio. No obstante, también consideraba que la meta relacionada con la educación que fija el objetivo 3 era limitada y limitante en cuanto al alcance de las acciones que se requerían para velar por la autonomía de la mujer y lograr una verdadera igualdad entre los sexos. Es por eso por lo que el FNUAP había recibido con beneplácito la reciente publicación del informe<sup>1</sup> preparado por Jeffrey Sachs, Asesor Especial del Secretario

---

<sup>1</sup> UN Millenium Project. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Londres (Reino Unido) y Sterling, VA (Estados Unidos): Earthscan; 2005.

General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y el informe del Grupo Especial sobre la Educación y la Igualdad entre Hombres y Mujeres<sup>2</sup>. En este último informe se proponían siete prioridades estratégicas para cumplir el objetivo 3, y un conjunto ampliado de indicadores para dar seguimiento al avance logrado. Las siete prioridades eran: 1) fortalecer las oportunidades de escolaridad posterior a la primaria para las niñas al tiempo que se garantiza la enseñanza primaria universal; 2) garantizar los derechos y la salud en materia sexual y reproductiva; 3) invertir en infraestructura diseñada para reducir el tiempo que las mujeres y las niñas emplean en tareas gravosas; 4) garantizar los derechos de propiedad y de sucesión de las mujeres y las niñas; 5) eliminar la desigualdad entre los sexos en el empleo, haciendo que la mujer dependa menos del empleo informal, zanjando la brecha de ingresos entre los géneros y reduciendo las prácticas segregatorias en el empleo; 6) aumentar la representación política de la mujer en los parlamentos nacionales y en los órganos políticos locales, y 7) combatir la violencia contra las niñas y las mujeres.

87. De esas prioridades, las más pertinentes para el trabajo del FNUAP eran las que guardan relación con los derechos y la salud en materia sexual y reproductiva, la representación de la mujer en el gobierno a los niveles nacional y local y la violencia por razones de género, y es en esas áreas que el FNUAP estaba centrando sus esfuerzos con relación al objetivo 3. En América Latina y el Caribe, el FNUAP estaba trabajando con otros organismos para fortalecer los marcos legales y apoyar la formulación de políticas públicas que promovieran la equidad de género y garantizaran los derechos sexuales y reproductivos. En Nicaragua, por ejemplo, había prestado apoyo a los esfuerzos para que se promulgara una ley sobre igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres, y había participado en iniciativas legislativas similares en varios países de la región. El FNUAP, junto con la OPS, la OEA y otras entidades, también estaba promoviendo legislación y acciones en los países para abordar el problema de la violencia contra la mujer, sobre todo en el hogar. En un proyecto particularmente digno de mención habían participado militares y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. El proyecto había ayudado a abrir un diálogo sobre temas de salud reproductiva y sexual, incluida la violencia contra la mujer, con estos sectores dominados por el sexo masculino que tradicionalmente se habían resistido a asimilar los conceptos de género y de equidad entre los sexos.

88. Los jóvenes constituían otro importante foco de interés del FNUAP que, en particular, procuraba evitar el embarazo de adolescentes y potenciar a las mujeres jóvenes para que, si tenían relaciones sexuales, lo hicieran con la debida protección y seguridad. El FNUAP había colaborado con entidades que se ocupaban de la juventud en varios

---

<sup>2</sup> UN Millenium Project, Task Force on Education and Gender Equality. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, Londres (Reino Unido) y Sterling, VA (Estados Unidos): Earthscan; 2005.

países latinoamericanos para la formulación de políticas y legislación relativas a la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Un ejemplo notable era una ley costarricense sobre paternidad responsable que obligaba a los hombres jóvenes a reconocer y asumir la responsabilidad de los hijos que procreaban.

89. Una de las experiencias recientes más exitosas en lo que respecta a la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de desarrollo nacional y en los planes regionales había sido la de Nicaragua, donde el FNUAP había contribuido a integrar el enfoque de género en la estrategia nacional de reducción de la pobreza. Esta experiencia había sido especialmente satisfactoria porque había brindado la oportunidad —basada en datos probatorios sólidos derivados del análisis de problemas de género— no solo de incluir consideraciones en materia de género en una política a nivel macro, sino también de destacar las maneras en que las mujeres podían contribuir a la reducción de la pobreza y al desarrollo del país.

90. El FNUAP estaba convencido de que al ampliar los indicadores más allá de la educación y, especialmente, al incorporar actividades y perspectivas de salud reproductiva y sexual en los ODM, sería posible acelerar el progreso hacia la meta de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

*Marijke Velzeboer-Salcedo, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)*

91. El UNIFEM había sido fundado en 1976, después de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México, D.F., en 1975. Su mandato era promover la igualdad entre los sexos y los derechos y la participación de la mujer en las Naciones Unidas y en las políticas y programas regionales, nacionales y locales. El plan de cuatro años más reciente del UNIFEM (2004-2007) establecía cuatro metas principales: *a*) reducir la feminización de la pobreza; *b*) poner fin a la violencia contra la mujer; *c*) contrarrestar la propagación de la infección por el VIH/SIDA entre las mujeres y las adolescentes, y *d*) conseguir la igualdad de género tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra. Esas metas guiaban la colaboración técnica del UNIFEM y convergían con las prioridades planteadas no solo en la Declaración del Milenio sino también en la Plataforma de Acción de Beijing y en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que el UNIFEM consideraba su Carta Magna.

92. La promoción de la causa de los derechos humanos de la mujer y el logro de la igualdad entre los sexos eran claramente centrales para la visión de la Declaración del Milenio y para los objetivos de reducción de la pobreza y de desarrollo que establecía. No obstante, los partidarios de los derechos de la mujer y las organizaciones de mujeres seguían siendo muy escépticos acerca de los ODM. Eso se debía en parte al hecho de que



los ODM no abordaban adecuadamente varios temas de igualdad entre los sexos, sobre todo la violencia contra la mujer y la salud y derechos sexuales y reproductivos, y en la mayoría de los casos los indicadores establecidos para seguir el progreso eran insensibles a las diferencias de trato por razones de género. El escepticismo de las organizaciones de mujeres también podía atribuirse a lo que podría llamarse una “sobrecarga” de marcos, programas y planes de acción. Los grupos de mujeres, en particular en la Región de las Américas, ya estaban trabajando arduamente para que sus gobiernos rindieran cuentas del cumplimiento de los compromisos contraídos en relación con la Plataforma de Beijing, la CEDAW y otros marcos para la acción. Los ODM se veían como otro marco y otro conjunto más de normas para cuyo seguimiento y notificación tenían que colaborar ahora estas organizaciones. Por otra parte, muchas organizaciones de mujeres de la Región todavía no sabían mucho acerca de los ODM.

93. El enfoque adoptado por el UNIFEM ante los ODM había quedado plasmado en una reciente publicación conjunta con el gobierno alemán: *Pathway to Gender Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*<sup>3</sup> en la que se destacaban los vínculos entre la CEDAW, la Plataforma de Acción de Beijing y la Declaración del Milenio. El UNIFEM consideraba que los tres marcos se apoyaban mutuamente y convergían y en la publicación se ilustraba de qué manera los ODM podían ser medios para promover la causa de la igualdad entre los sexos y para velar por el cumplimiento de los compromisos políticos y legales de los Estados conforme a la CEDAW y la Plataforma de Beijing. Se describían asimismo las estrategias eficaces y comprobadas que se habían elaborado durante los últimos decenios gracias a los esfuerzos para aplicar lo que establecen la CEDAW y la Plataforma de Beijing, y que ahora podían tomarse en consideración para cumplir los ODM. Además, se procuraba incorporar al proceso de cumplimiento de los ODM a los organismos gubernamentales y no gubernamentales, en particular a las organizaciones de mujeres que estuviesen involucradas en la CEDAW y la Plataforma de Beijing, para insertar una perspectiva de igualdad entre los sexos en sus actividades.

94. En América Latina y el Caribe, el UNIFEM estaba aplicando este mismo enfoque, pero haciendo especial hincapié en la incorporación de la perspectiva de género y lograr la participación de la mujer en las actividades relacionadas con los ODM a nivel internacional, regional y nacional. El UNIFEM estaba colaborando directamente con otros organismos internacionales y con otros sectores, como los de planificación y finanzas. Estaba además colaborando con la CEPAL, el FNUAP y varios otros organismos en un análisis de los ODM en siete países, que había dado lugar al fortalecimiento de los indicadores existentes y a la determinación de nuevos indicadores

---

<sup>3</sup> Waldorf, L. *Pathway to Gender Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*. Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Ministerio Federal de Cooperación y Desarrollo Económicos de Alemania (BMZ), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH; 2004.

para vigilar la inclusión de las consideraciones en materia de género en los procesos de los ODM de esos países. El informe sobre esos análisis se estaba utilizando para incorporar el enfoque de género en los informes de los ODM y para educar y movilizar a las organizaciones de mujeres. Un proyecto que se estaba ejecutando junto con el PNUD en Perú era ilustrativo de este enfoque: mediante la capacitación y la difusión de información, la promoción de la causa y la formación de coaliciones con organizaciones de mujeres, medios de comunicación, universidades, líderes políticos y otros interesados directos, el proyecto procuraba incluir la perspectiva de género en diferentes sectores en los esfuerzos para cumplir los ocho ODM a nivel nacional y velar por que en todas las actividades de seguimiento y notificación de los ODM se incorporase el análisis de las diferencias de género.

*La Dra. Velzeboer-Salcedo concluyó su presentación con un video realizado como parte del proyecto ya mencionado para sensibilizar a las organizaciones de mujeres y a las instancias normativas sobre la importancia de los ODM y algunos de los obstáculos para cumplirlos en el Perú.*

*Sonia Montaña, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL)*

95. Desde el punto de vista de la CEPAL, una de las principales deficiencias de la Declaración del Milenio y de los ODM era que no incorporan perspectivas regionales. En consecuencia, aunque se centraban mucho en la pobreza, casi no prestaban atención al tema del empleo, que en América Latina y el Caribe era fundamental para superar la pobreza. La CEPAL, que es una comisión regional, consideraba que es importantísimo introducir esta dimensión regional y estaba coordinando la producción de un informe interinstitucional que presentaría la visión regional de los objetivos.

96. En el informe se incorporaba el género como tema intersectorial bajo todos los objetivos y se definían indicadores adicionales que tenían en cuenta cuestiones de género para cada uno. Por ejemplo, para el objetivo 1, Erradicar la pobreza extrema y el hambre, se presentaban datos de países de la región que destacaban la situación de la pobreza entre las mujeres y el porcentaje excesivo de mujeres entre los pobres. Además, y esto era muy importante desde una perspectiva regional, se establecía un vínculo firme entre la pobreza, el empleo y las desigualdades de género que existían en el acceso al empleo, lo que limitaba la capacidad de las mujeres para lograr su autonomía económica y salir de la pobreza. De manera análoga, en el capítulo sobre la educación se señalaba que mientras la mayoría de los países de la región habían logrado la paridad de los sexos en la matriculación escolar —incluso en algunos países la matrícula femenina superaba a la masculina a nivel secundario y universitaria—, cuando se desglosaban los datos por grupo étnico, lugar de residencia (rural frente a urbano) y nivel socioeconómico, era evidente que en varios países todavía quedaba mucho por hacer para focalizar y asignar prioridades si se habían de alcanzar los ODM y las metas de educación. En el informe

también se ponían de relieve las disparidades de género que existían en otros indicadores relacionados con la enseñanza. Por ejemplo, al analizar las razones de la deserción escolar de niños y niñas de la región se observaba que los niños tendían a abandonar su educación para trabajar en empleos remunerados, pero cuando las niñas dejaban de estudiar generalmente lo hacían por razones asociadas con responsabilidades familiares y tareas domésticas que nadie les pagaba.

97. En el tercer capítulo del informe, que trataba sobre el objetivo 3, nuevamente se recalca la necesidad de introducir una perspectiva de género en los indicadores para todos los objetivos y se señalaba que los valores basados en promedios nacionales o regionales podían ocultar las diferencias entre los sexos en diferentes regiones geográficas y grupos demográficos. Por ejemplo, los datos sobre el alfabetismo en América Latina y el Caribe parecían indicar que la región había alcanzado la meta de los ODM, pero en un análisis adicional se revelaba que seguía habiendo una brecha significativa de alfabetismo entre las mujeres y hombres adultos, con tasas especialmente altas en las mujeres indígenas. En este capítulo también se subrayaba el hecho de que, si bien se habían comenzado a cerrar las brechas por razones de género en el empleo, la educación y otras áreas, los beneficios de esta mayor igualdad entre los sexos no alcanzaban a todas las mujeres por igual. Las mujeres pobres, por ejemplo, sobre todo las de zonas rurales, todavía no tenían acceso a las oportunidades de empleo y educación que les permitirían escapar del círculo vicioso de la pobreza. Al mismo tiempo, la pobreza misma estaba teniendo un efecto de “igualación”: en los sectores de bajos salarios, la brecha de género había disminuido en los últimos 10 años, pero no porque hubiese más mujeres empleadas ni porque las mujeres estuviesen ganando más, sino porque había empeorado la situación de los hombres. Se aclaró que holgaba decir que la meta que se perseguía en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no era que ambos sexos tuviesen el mismo nivel de pobreza.

98. Otro fenómeno que se revelaba en el informe, factor fundamental de las desigualdades de género en lo que respecta a la participación de la mujer en las esferas públicas y laborales, era la distribución desigual del trabajo en el hogar. Aunque en los últimos veinte años se había ido incrementando el número de mujeres de la región que ingresaban a la fuerza laboral, los hombres no habían “entrado a la cocina”. Esta situación no solo imponía una carga excesiva de trabajo a las mujeres, sino que también limitaba sus opciones y oportunidades laborales.

99. Por eso, la CEPAL procuraba introducir indicadores complementarios que tuviesen en cuenta cuestiones de género en los ocho objetivos para que se pusieran de manifiesto las desigualdades de género que obstaculizaban el pleno cumplimiento de los ODM en los países de la región. La Comisión consideraba que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se habían vuelto parte importante de las actividades internacionales, y que, pese a sus fallas y limitaciones, brindaban la oportunidad de reforzar y aprovechar el avance hacia la igualdad de género que se había logrado con los

años como resultado de otros mandatos internacionales, en particular la Plataforma de Beijing y el Programa de Acción de El Cairo.

*Carmen Borroso, Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IFFP/RHO)*

100. La IFFP/RHO se había fundado en 1954 y actualmente tenía 46 asociaciones miembro en el continente americano. Prestaba más de 18 millones de servicios anualmente, sobre todo en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos. La igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres habían sido durante mucho tiempo temas que interesaban a la IFFP/RHO. La Federación había comenzado a abordar el tema del género mediante actividades encaminadas a mejorar la calidad de los servicios que prestaba en sus centros de atención. A lo largo de los años, había elaborado una serie de manuales y actividades de formación de capacidad con el objeto de que se aplicase la perspectiva de género en todos sus servicios de salud sexual y reproductiva. Reflejando el compromiso de la IFFP/RHO con la igualdad entre los sexos, en 1988 la Junta Directiva había adoptado una resolución mediante la cual se requería que por lo menos el 50% de los integrantes de sus órganos ejecutivos fueran mujeres, tanto a nivel regional como de país. En 1989 había creado un grupo de estudio sobre la mujer para la aplicación de políticas que tuviesen en cuenta las diferencias de género. Ese grupo de estudio seguía existiendo y era muy activo.

101. La IFFP/RHO compartía las inquietudes de otros organismos con respecto a las limitaciones de los ODM, en particular el hecho de que no exigían acceso universal a los servicios de salud reproductiva y a los métodos para prevenir embarazos no deseados. Sin embargo, la Federación también consideraba que los ODM ofrecían una excelente oportunidad para vincular la salud sexual y reproductiva a cuestiones más amplias del desarrollo, la reducción de la pobreza y la sostenibilidad ambiental, y para contribuir a la creación de un entorno favorable en el que las mujeres pudiesen ejercer plenamente sus derechos. La IFFP/RHO había celebrado recientemente dos simposios sobre los ODM para examinar la contribución de la salud sexual y reproductiva al desarrollo y subrayar la necesidad de incorporar en los ODM la meta de garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015, como se había acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo. El primer simposio había tenido lugar en Nueva York en octubre de 2004, y el segundo en Rio de Janeiro en noviembre del mismo año. En ambas ocasiones se reunieron representantes de gobiernos y de organismos de las Naciones Unidas, así como de la sociedad civil, la comunidad académica y los medios de comunicación.

102. De los dos simposios habían surgido cuatro conclusiones principales. Primero, las intervenciones en salud sexual y reproductiva y la puesta en práctica del Programa de Acción de El Cairo eran esenciales para erradicar la pobreza y cumplir los ODM.

Segundo, como señalaba la representante de la CEPAL, los ODM debían abordarse desde una perspectiva regional. Esto se consideraba crucial para la Región de las Américas que, como se sabía, era la más desigual del mundo. Los participantes de los simposios señalaron que la desigualdad era la principal dificultad para erradicar la pobreza y garantizar la salud en América Latina y el Caribe y agregaron que, debido a las enormes desigualdades que existían entre y dentro de los países, podrían cumplirse los ODM a nivel global sin que se produjera mejora alguna en la situación de los sectores más pobres de la población. La tercera conclusión principal fue que debía impugnarse la política macroeconómica actual porque no tomaba en cuenta la inversión en los sectores sociales ni el bienestar de los pueblos. Y la cuarta fue que, si bien se requería una cuantiosa inversión para garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, también se obtendrían enormes beneficios sanitarios y económicos de la inversión. O bien, visto desde la óptica opuesta, si no se invertía en salud sexual y reproductiva, habría penosas consecuencias para el desarrollo y el crecimiento económicos, habida cuenta, por ejemplo, de que un tercio de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en las mujeres en edad fecunda se debían a problemas de salud sexual y reproductiva.

103. En opinión de la IFFP/RHO, los dos simposios, junto con las iniciativas de otras personas y organizaciones, en particular el Proyecto del Milenio y sus diversos grupos de estudio, estaban teniendo un efecto positivo al remediar las deficiencias de los ODM y destacar la importancia de la salud sexual y reproductiva para cumplir no solo el objetivo 3 sino todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

*Hilary Anderson, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW)*

104. Como en el caso de las demás organizaciones representadas en el panel, el enfoque del INSTRAW en cuanto a los ODM subrayaba la aplicación de las definiciones integrales de igualdad entre los sexos establecidas por primera vez en el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing. El INSTRAW consideraba que los ODM podían ser una poderosa herramienta para generar y mantener el consenso en torno al desarrollo internacional entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas y como una manera práctica de operacionalizar los compromisos y las prioridades de El Cairo y Beijing.

105. Los ODM habían sido muy criticados durante los últimos cinco años porque no abordaban varias prioridades fundamentales de desarrollo y derechos humanos. De alguna manera, habían destacado el concepto de la igualdad entre los sexos, a menudo difícil de operacionalizar, al asignársele metas e indicadores específicos. El tipo formal de igualdad que se presentaba en los ODM, centrada en la paridad entre los sexos en las esferas educativa y política, era un primer paso necesario para lograr la igualdad de

género. Los números sí importan. Al incrementar significativamente la representación de la mujer en la educación y la política se daría reconocimiento, social y políticamente, a las cuestiones de la mujer y el género. La paridad entre los sexos, sin embargo, no era lo mismo que la igualdad entre los sexos, que era un concepto mucho más sustantivo y que no podía medirse exclusivamente con números.

106. Sería una equivocación pensar que los ODM puedan cumplirse de manera sostenible o equitativa si no se tienen en cuenta puntos de vista más amplios de la igualdad entre los sexos como las contenidas en los acuerdos de El Cairo y Beijing. Esos acuerdos planteaban definiciones holísticas de igualdad entre los sexos que examinaron integralmente los diversos aspectos del desarrollo personal y social que eran causa y efecto de la desigualdad entre los sexos. Una definición holística de la cualidad de género abarcaba el estatus y la participación socioeconómicos, la participación política, la sexualidad humana, el acceso a la información y los servicios, la seguridad, la educación y varias otras facetas de la vida diaria que no se reflejaban en los ODM. Los acuerdos de El Cairo y Beijing presentaban varios temas que eran fundamentales para cumplir los ODM en particular y la igualdad entre los sexos en general.

107. El primero de esos temas era la salud reproductiva. El logro de la plena salud reproductiva y la capacidad de ejercer los derechos reproductivos eran elementos indispensables para la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer y para cumplir todos los demás objetivos. Como observaron otras panelistas, los ODM también carecían de una perspectiva de diversidad que reconociera la necesidad de un foco de interés especial para que ciertos sectores de la población cumplieren los objetivos, entre ellos las adolescentes, las mujeres mayores, las mujeres indígenas, las lesbianas, las mujeres pobres, las mujeres inmigrantes y otros grupos marginados. Además, la mayoría de los indicadores para el seguimiento del avance hacia los ODM no se basaban en datos desglosados por sexos. Para medir, por ejemplo, el primer objetivo, Erradicar la pobreza extrema y el hambre, los indicadores no exigían datos desagregados, aunque se sabía que las mujeres padecían desproporcionadamente la pobreza y que los hogares encabezados por mujeres figuraban entre los más paupérrimos. El peligro de vigilar los ODM sin usar indicadores que tuviesen en cuenta diferencias de género era que los objetivos podrían alcanzarse sin ningún beneficio significativo para las mujeres. Se necesitaban esos indicadores para destacar y abordar la función fundamental de los hombres al promover y proteger —e infringir, en su caso— los derechos humanos de la mujer. Para detener y comenzar a reducir la propagación de la infección por el VIH/SIDA que establece el objetivo 6, por ejemplo, era necesario centrarse explícitamente en el comportamiento de los hombres así como en la vulnerabilidad de las mujeres.

108. Otro tema fundamental que se soslayaba en los ODM era la violencia contra la mujer. Aunque se mencionaba brevemente en la Declaración del Milenio como un impedimento al desarrollo de la mujer, seguía siendo invisible por omisión en los ODM. No podía exagerarse la repercusión negativa de la violencia en las mujeres y en su

capacidad para ejercer y disfrutar de sus derechos humanos. Si bien existían instrumentos jurídicos y de política para proteger a las mujeres de la violencia —en particular, la Convención de Belém do Pará—, el tema se había mantenido en gran medida a nivel jurídico y de política. Poco había sido el avance concreto en reducir la incidencia de la violencia contra la mujer. La falta de datos y de información, de seguimiento y de programas integrados seguía impidiendo que se conociera mejor la violencia contra la mujer y la capacidad para resolver el problema.

109. Con todo, y pese a sus defectos, los ODM ofrecían un ejemplo de la utilidad de concretar compromisos internacionales en acciones, metas e indicadores específicos. No debían verse como sustitutos o excusas para no cumplir los compromisos existentes, sino como un punto de partida práctico para poner en práctica los compromisos más amplios, más holísticos y de mayor alcance establecidos en los acuerdos de El Cairo y Beijing como el primer paso en el camino hacia la verdadera igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

#### *Debate del Subcomité sobre las ponencias del panel*

110. En el debate que siguió a las presentaciones, la Dra. Gómez solicitó a las participantes que formularan observaciones sobre los tipos de acción que debían emprenderse en el sector de la salud, y por parte de la OPS específicamente, para avanzar hacia el cumplimiento del objetivo de promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Surgieron los siguientes puntos y recomendaciones:

- La OPS, y cada una de las otras organizaciones, dentro de su área respectiva de interés, debían hacer lo posible para que todos los datos recopilados para el seguimiento y la notificación de los ODM se desglosaran por sexo. Además, debían elaborarse metas e indicadores complementarios para vigilar el progreso con respecto a los temas que no se abordaban en los ODM y que eran fundamentales para el desarrollo y el logro de la igualdad entre los sexos en la Región, en particular la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el empleo y la violencia contra la mujer. Con relación a este último punto, el mecanismo que estaba preparando la OEA para vigilar el cumplimiento de lo que se establecía en la Convención de Belém do Pará sería un instrumento valioso para vigilar el progreso que se realice y exigir rendición de cuentas a los gobiernos.
- Los diversos organismos también debían ocuparse de destacar los nexos y las sinergias entre las diversas metas y objetivos y la función crucial que competía a la autonomía y la salud de la mujer en todos ellos.
- Era fundamental hacer participar a la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, en el seguimiento del progreso hacia el cumplimiento de los ODM. Las redes de mujeres de la Región podían ser una poderosa fuerza

- para promover los objetivos y exigir que los gobiernos rindiesen cuenta de su cumplimiento, y era menester un esfuerzo mucho mayor de todos los organismos internacionales para movilizar y utilizar su participación de la mejor manera posible.
- La OPS debía promover la capacitación con el fin de que el personal de servicios de salud asimilase el concepto del género y aplicase una perspectiva de género en la prestación de los servicios de salud.
  - La OPS también debía promover la investigación y la recolección de datos que mostrasen la repercusión de las reformas del sector sanitario en la salud de la mujer y en la capacidad de los países para cumplir los ODM. También debía fomentar el diálogo entre las autoridades sanitarias y del sector social y las autoridades económicas y del sector financiero sobre las implicaciones de la reforma del sector sanitario y los programas de ajuste estructural para el logro de los ODM.

111. En sus comentarios finales, la Subdirectora señaló que varios de los ODM estaban relacionados con la salud y subrayó el compromiso de la OPS, en su carácter de organización sanitaria, de velar por que su trabajo contribuyera a cumplir dichos objetivos. Señaló que, al igual que la perspectiva de género, se estaban incorporando los ODM de manera intersectorial en la planificación y programación de todas las unidades y áreas de trabajo de la Organización. Señaló que la OPS consideraba que la salud era fundamental para el desarrollo y que los ODM, pese a sus deficiencias, constituían una buena vía para reducir la pobreza y promover la equidad.

### **Recomendaciones de la 21.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo a la 136.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo**

112. El Subcomité preparó las siguientes recomendaciones para su presentación al Comité Ejecutivo:

La 21.<sup>a</sup> Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo

Considerando:

1. La presencia persistente desigualdades de género en el ámbito de la salud
2. Los compromisos internacionales acordados por los Estados Miembros y las Agencias de Cooperación en relación con la igualdad de género, enfatizando entre estos acuerdos, la Declaración de Beijing (1995), las recomendaciones de Beijing + 10 (2005), y los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio (2000),



3. El principio rector de Equidad consagrado por las Constituciones de OMS y OPS así como las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de OPS sobre igualdad de género,
4. La evidencia internacional que indica que la adopción de criterios de equidad de género en las políticas y programas responde a principios, no solo de justicia, sino también, de eficacia, efectividad y eficiencia en la práctica de la salud pública;
5. La práctica creciente dentro de los organismos de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, y de algunos Estados Miembros, de formular e implementar políticas de igualdad de género;
6. La promulgación de una Política de Género de OMS (2002) y la adaptación de la misma que está siendo realizada por algunas de las regiones,

Recomienda:

**Al Comité Ejecutivo en su 136 Sesión de junio del 2005,**

1. La aprobación y presentación de la Política de Igualdad de Género al Consejo Directivo para su aprobación final mediante resolución.
2. La conformación de un grupo de trabajo dentro del Comité Ejecutivo de junio 2005 que realice una revisión del marco y los términos de referencia del Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo que fueron aprobados en 1992 y sometan su recomendación a la 137 Sesión del CE de septiembre 2005. Esta revisión incluiría el rol, funciones, composición, membresía, y periodicidad de las reuniones del Subcomité. El Grupo de trabajo incluiría los cuatro países miembros del CE que participaron en este Subcomité, una agencia hermana, otra unidad técnica de OSP, y el secretariado de GE, y podrá desarrollar procesos de consulta incluyendo otras agencias y representantes de sociedad civil.

**A la Directora,**

***En relación con la implementación de la Política de Igualdad de Género:***

1. La realización de jornadas de discusión, en la sede y los países sobre las implicaciones de la política de igualdad de género para las distintas áreas de trabajo de la Organización.
2. El establecimiento de mecanismos institucionales para desarrollar, implementar y evaluar un Plan de Acción para ejecución de la Política, incluyendo: a) mecanismos de consulta que incluyan la conformación de un Grupo Asesor externo; b) una red de puntos

focales internos, incluyendo las Oficinas de país, y c) un sistema de monitoreo y rendición de cuentas por parte de los altos niveles gerenciales a la Dirección, y de ésta a los Cuerpos Directivos. Este sistema de monitoreo contendría indicadores de progreso, resultados mensurables, actores responsables, y marcos de tiempo para informes periódicos.

3. El desarrollo de planes de acción quinquenales enmarcados dentro del concepto de programas regionales. La coordinación de la elaboración de estos planes recaería sobre GE pero requerirá la participación activa de todas las unidades y oficinas de países y se incorporará en los respectivos Programas Presupuestales Bianuales. Dichos planes designarán puntos estratégicos de entrada —temáticos y geográficos— con miras a hacer gradual su ejecución.
4. Analizar posibles sistemas de incentivos para las unidades del Secretariado, los países, y los Ministerios, a fin de estimular el trabajo transversalizador de la política
5. La identificación específica de recursos financieros y humanos apropiados, dentro de los recursos existentes en el nivel central y las Representaciones, para fortalecer las áreas seleccionadas dentro del Plan de Acción.
6. Dar énfasis a la producción y análisis de información desagregada por sexo y otras variables relevantes, por parte de toda la Organización y reflejar tal énfasis en las publicaciones de la Organización
7. Promover el diseño de materiales y programas de capacitación con perspectiva de género, adaptados a las temáticas y necesidades específicas de las áreas designadas dentro del Plan
8. Identificar la transversalización de la perspectiva de género como prioridad institucional en la movilización de recursos financieros y técnicos.
9. Incluir temas de igualdad de género en los distintos foros políticos y gerenciales que celebre la Organización en los niveles regionales, subregionales y nacionales.
10. Apoyar la elaboración de cuentas satélites complementarias al sistema de cuentas nacionales de salud y al sistema de cuentas nacionales, con el fin de hacer visible los aportes no remunerados de las mujeres al sistema de atención de la salud, estimar la magnitud y la distribución de la carga impuesta a los miembros del hogar por los sistemas de salud subfinanciados, e identificar buenas prácticas.

11. Asegurar la paridad por sexo, no solo en el reclutamiento, sino también, en la promoción y empoderamiento de las mujeres dentro de las políticas institucionales de recursos humanos.

***En relación con el logro de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio:***

1. Dar seguimiento dentro de la Meta 3, al objetivo “perdido” de violencia basada en las diferencias de género. Colaborar para ello con otras agencias del sistema, apoyando y sin duplicar el seguimiento a la Convención de Belem do Para, por parte de CIM/OEA.

2. Promover una consulta regional para evaluar el impacto de género de las Reformas del Sector Salud sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio, particularmente sobre el Objetivo de Reducción de la Mortalidad Materna.

**Clausura de la sesión**

113. La Directora agradeció al Subcomité su arduo trabajo y haber preparado un excelente conjunto de recomendaciones. Expresó su agradecimiento a la Presidenta por su habilidad al guiar las deliberaciones y a los delegados por sus observaciones perspicaces y sus contribuciones.

114. La Presidenta también agradeció a los delegados, ponentes y panelistas, y a continuación declaró formalmente clausurada la 21.<sup>a</sup> sesión.

Anexos

## **ORDEN DEL DÍA**

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Informe sobre los adelantos de la OPS en materia de género, salud y desarrollo
5. La igualdad entre los sexos en los recursos humanos de la OPS
6. Adelantos en la incorporación del enfoque de género en un área de cooperación técnica de la OPS: las cuentas nacionales de salud
7. Exposición de tipo panel sobre las experiencias institucionales y enseñanzas extraídas en la formulación y ejecución de políticas de igualdad entre los sexos
8. Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los sexos
9. Exposición de tipo panel sobre el logro del objetivo 3 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: igualdad entre los sexos y autonomía de la mujer
10. Otros asuntos
11. Recomendaciones
12. Cierre de la sesión

## LISTA DE DOCUMENTOS

MSD21/1, Rev. 1 y MSD21/WP/1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
MSD21/3	Informe sobre los adelantos de la OPS en materia de género, salud y desarrollo
MSD21/4	Adelantos en la incorporación del enfoque de género en un área de cooperación técnica de la OPS: las cuentas nacionales de salud
MSD21/5 sexos	Proyecto de política de la OPS en materia de igualdad entre los

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee  
Miembros del Subcomité**

***Cuba***

Dra. Sonia Beretervide Dopico  
Miembro del Secretariado Nacional de la Federación de  
Mujeres Cubanas a cargo del trabajo comunitario  
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel Fernández  
Segunda Secretaria  
Sección de Intereses de Cuba  
Washington, D.C.

***Dominica***

Ms. Shirley Augustine  
Coordinator, Special Projects  
Ministry of Health and Social Security  
Roseau

***Honduras***

Dra. Fanny Mejía  
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa, D.C.

***Paraguay***

Dra. Wilma Basualdo  
Viceministra de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

**Members of the Subcommittee (cont.)**  
**Miembros del Subcomité (cont.)**

***Paraguay (cont.)***

Lic. Marta Cecilia Diarte Vega  
Sectorialista de Salud  
Dirección Sectorial de la Mujer  
Secretaría de la Mujer  
Asunción

***United States of America***  
***Estados Unidos de América***

Mr. Richard Walling  
Director  
Office for the Americas and Middle East  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Tina Chung  
International Health Officer  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi  
International Health Officer  
for the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Dr. Wanda Jones  
Deputy Assistant Secretary for Health (Women's Health)  
Office of Public Health and Science  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

**Members of the Subcommittee (cont.)**  
**Miembros del Subcomité (cont.)**

***United States of America (cont.)***  
***Estados Unidos de América (cont.)***

Ms. Lindsay Stewart  
Advisor  
Population, Health, and Nutrition Team  
Office of Regional Sustainable Development  
Bureau for Latin America and the Caribbean

**Observer Member States**  
**Estados Miembros Observadores**

***Canada***  
***Canadá***

Ms. Melissa Follen  
Senior Policy Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Nathalie Valdes  
Senior Policy Analyst  
Health Canada  
Ottawa

**United Nations**  
**Naciones Unidas**

**United Nations International Research and Training Institute  
for the Advancement of Women (INSTRAW)**

Ms. Carmen Moreno  
Ms. Hilary Anderson



**United Nations** (*cont.*)  
**Naciones Unidas** (*cont.*)

**Economic Comision for Latin America and the Caribbean (ECLAC)**  
**Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)**

Dr. Sonia Montaña  
Sra. María Nieves Rico

**United Nations Population Fund (UNFPA)**  
**Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)**

Ms. Marisela Padron

**United Nations Development Fund for Women**

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo

**Specialized Agencies**  
**Agencias Especializadas**

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Adepeju Aderemi Olukoya  
Coordinator  
Integrating Gender into Public Health (GPH)  
Department of Gender, Women and Health (GWH)  
Family and Community Health Cluster (FCH)

**Intergovernmental Organizations**  
**Organizaciones Gubernamentales**

**Inter-American Comision of Women**  
**Comisión Interamericana de Mujeres**

Sra. Mercedes Kremenetzky  
Sra. Carmen Lomellin

**Intergovernmental Organizations (cont.)**  
**Organizaciones Gubernamentales (cont.)**

**Inter-American Development Bank**  
**Banco Interamericano de Desarrollo**

Ms. Gabriela Vega

**Nongovernmental Organizations**  
**Organizaciones No Gubernamentales**

**International Planned Parenthood Federation**  
**for Latin America and the Caribbean**  
**Federación Internacional de Planificación de la Familia**  
**para América Latina y el Caribe**

Ms. Carmen Barroso

**Presenters/Ponentes**

Ms. Hilary Anderson  
United Nations International Research and Training Institute  
for the Advancement of Women (INSTRAW)

Ms. Carmen Barroso  
Regional Director  
International Planned Parenthood Federation  
for Latin America and the Caribbean

Dr. Wanda Jones  
Deputy Assistant Secretary for Health  
U.S. Department of Health and Human Services

Sra. Mercedes Kremenetzky  
Especialista  
Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)  
Organización de los Estados Americanos (OEA)

Sra. Carmen Lomellin  
Secretaría Ejecutiva  
Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)  
Organización de Estados Americanos (OEA)

**Presenters/Ponentes** *(cont.)*

Dr. Sonia Montaña  
Jefe, Unidad de Mujer y Desarrollo  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Ms. Carmen Moreno  
Director  
United Nations International Research and Training Institute  
for the Advancement of Women (INSTRAW)

Sra. María Nieves Rico  
Unidad Mujer y Desarrollo  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Dr. Adepeju Aderemi Olukoya  
Coordinator  
Integrating Gender into Public Health (GPH)  
Department of Gender, Women and Health (GWH)  
Family and Community Health Cluster (FCH)  
World Health Organization

Ms. Marisela Padron  
Director, Latin America and Caribbean Division  
United Nations Population Fund (UNFPA)

Ms. Nathalie Valdes  
Senior Policy Analyst  
Health Canada

Ms. Gabriela Vega  
Chief, Women in Development Program Unit  
Inter-American Development Bank

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo  
Chief of the Latin America and Caribbean Division  
United Nations Development Fund for Women

**Pan American Health Organization  
Organización Panamericana De La Salud**

**Director and Secretary ex officio of the Subcommittee  
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité**

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

**Advisers to the Director  
Asesores de la Directora**

Dr. Joxel García  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña  
Director of Program Management  
Director de Gestión de Programas

**Technical Secretary  
Secretaria Técnica**

Dr. Elsa Gómez  
Regional Adviser on Women, Health, and Development  
Area of Gender, Ethnicity, and Health  
Consultora Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo  
Área de Género, Etnicidad y Salud