



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

16.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

Washington, D.C., 27 al 29 de marzo de 1996

MSD16/FR (Esp.)
29 marzo 1996
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la reunión	3
Elección de la Mesa Directiva	4
Adopción del programa de temas y del programa de sesiones	4
Exposición de los temas y debate subsiguiente	4
Informe sobre la ejecución de las recomendaciones emanadas del Subcomité en 1995	4
Informe del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW) acerca de las actividades realizadas en 1995 y las propuestas para 1996	8
Informe de seguimiento sobre el adiestramiento en materia de género ofrecido en la sede de la OPS y en las representaciones de la OPS/OMS	11
Examen de los términos de referencia y propuesta de reglamento interno para las reuniones del Subcomité	14
Informe sobre el papel de la OPS/OMS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing	16
La calidad de la atención con una perspectiva de género: información actualizada sobre la labor de la OPS en este campo	19
Otros asuntos	24
Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Organización Panamericana de la Salud	25
Anexo A. Programa de temas	
Anexo B. Lista de documentos	
Anexo C. Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 16.^a Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., del 27 al 29 de marzo de 1996.

La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes gobiernos elegidos por el Comité Ejecutivo para formar parte del Subcomité: Bolivia, Canadá, Estados Unidos de América, Saint Kitts y Nevis, y Uruguay. También estuvieron presentes como observadores representantes de Bahamas, Brasil, Francia, México y Nicaragua. Igualmente, estuvieron representadas en la reunión una dependencia gubernamental (Servicio Nacional de la Mujer, de Chile), una organización intergubernamental (la Organización de los Estados Americanos) y dos organizaciones no gubernamentales (First Works International y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe).

APERTURA DE LA REUNIÓN

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, declaró abierta la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Brindó una bienvenida especial a los observadores de otros organismos y dijo sentirse complacido de ver que estos consideraban el trabajo del Subcomité lo bastante importante como para enviar representantes a sus reuniones. Señaló que la mayor parte de las deliberaciones del Subcomité se centrarían en el trabajo del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW). Señaló que en la 15.^a Reunión del Subcomité había anunciado que este programa pasaría a formar parte de la División de Salud y Desarrollo Humano, decisión que resultó ser acertada desde el punto de vista programático. En la actualidad, el Programa se identifica mucho más claramente como un programa regular de cooperación técnica en el ámbito de la mujer, la salud y el desarrollo.

El Director puso de relieve que en los debates sobre las desigualdades que impiden el logro de la salud para todos, las inequidades de género, que están arraigadas en la discriminación por razón de sexo, a menudo no se mencionan. El objetivo del HDW era corregir esa omisión y lograr que las cuestiones de equidad entre los sexos sean debatidas en los foros pertinentes. Dijo estar orgulloso de que el Programa sea uno de los mejor orientados y más eficaces en el sistema de las Naciones Unidas. Los Cuerpos Directivos son dignos de crédito por su previsión en cuanto a la dirección que le han imprimido al Programa y por proporcionarle los recursos para funcionar adecuadamente.

Uno de los documentos que sería examinado por el Subcomité abordaba la calidad de la atención recibida por las mujeres, tema que tenía un interés especial para el Dr. Alleyne. Se necesitan más y mejores datos empíricos acerca del trato que las mujeres reciben de los servicios de salud. La mayor parte de los documentos recalcan lo que el Programa había hecho. Sin embargo, en reuniones futuras el Subcomité tal vez quiera ampliar el tema y examinar las actividades de otros programas de la Secretaría con miras a determinar de qué manera están incorporando la perspectiva de género.

Instó a los representantes para que, al regresar a sus respectivos países, aprovechen la oportunidad para promover el debate en torno a los temas examinados por el Subcomité y, de esta manera, ayudar a adelantar la causa de la salud para todos.

ELECCIÓN DE LA MESA DIRECTIVA

La Mesa Directiva quedó integrada como sigue:

Presidente:	Bolivia	Dr. Javier Torres Goitia
Vicepresidente:	Saint Kitts y Nevis	Dr. Earl Asim Martin
Relatora:	Estados Unidos de América	Sra. Mary Lou Valdez

El Dr. Alleyne actuó como Secretario ex officio, y la Dra. Pamela Hartigan, Coordinadora del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, como Secretaria Técnica.

ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE TEMAS Y DEL PROGRAMA DE SESIONES (Documentos MSD16/1, Rev. 1 y MSD16/WP/1)

El Subcomité aprobó el programa provisional de temas y el programa de sesiones.

EXPOSICIÓN DE LOS TEMAS Y DEBATE SUBSIGUIENTE

Informe sobre la ejecución de las recomendaciones emanadas del Subcomité en 1995 (Documento MSD16/4)

La Dra. Pamela Hartigan recordó que en la 15.^a reunión el Subcomité solicitó que en la 16.^a reunión se le presentara un informe sobre el grado en que se habían ejecutado sus recomendaciones. El documento preparado por HDW detallaba las actividades que se habían emprendido y los problemas que se habían encontrado al tratar de ejecutar las

recomendaciones. Subrayó que la Secretaría en general y el HDW en especial asignaban una enorme importancia a las recomendaciones aprobadas cada año por el Subcomité. Pidió a los representantes que considerasen con sumo cuidado el tipo y el número de recomendaciones que se harían en la 16.^a reunión porque, como indicaba el documento, algunas de las formuladas el año precedente habían sido difíciles, e incluso imposibles, de ejecutar por tener un alcance muy amplio que en su mayor parte estaba fuera de la esfera de competencia de la Organización.

Las recomendaciones podían dividirse en tres grupos: 1) las que se habían ejecutado plenamente; 2) las que se habían ejecutado casi completamente durante el año y se esperaba ejecutar plenamente en un tiempo relativamente corto; y 3) las ejecutadas parcialmente y que podrían ejecutarse mejor a largo plazo, a condición de que recibieran atención sistemática tanto de la Secretaría como de los gobiernos. El primer grupo incluía cinco recomendaciones, una de las cuales era la presentación de un informe sobre la ejecución de las recomendaciones. Otra consistía en incluir en el informe anual del HDW más información sobre el trabajo llevado a cabo en los países. La tercera recomendación era que la Secretaría recalcará ante los ministros de salud la importancia de incluir a representantes del sector de la salud en las delegaciones oficiales que concurrirían a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se celebraría en Beijing. La cuarta recomendación consistía en distribuir en los países y organizaciones sanitarias pertinentes los avisos de oportunidades de empleo en la Organización. La quinta recomendación era que el Programa prosiguiera sus esfuerzos por impartir capacitación en materia de género al personal de la OPS.

Entre las recomendaciones del segundo grupo —las que la Secretaría consideraba factibles de ejecutar a corto plazo— figuraban las concernientes a incluir el concepto de la "salud sexual y reproductiva" en los documentos de la Organización y defender los principios del documento aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo; promover la incorporación de una perspectiva de género en el análisis de la salud del niño y del adolescente; e incorporar esa misma perspectiva en la iniciativa de SAPIA (Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas) e incluir a las mujeres indígenas como copartícipes en la preparación, la ejecución y la evaluación de proyectos.

La Dra. Hartigan señaló que, aunque el Programa había difundido el concepto de la salud sexual y reproductiva en diversos documentos y en varias reuniones, seguía habiendo cierta renuencia a emplear el término "salud sexual" o a abordar los temas en relación con la sexualidad sana. Con respecto a la iniciativa de SAPIA, indicó que el trabajo emprendido durante 1995 había puesto de relieve la necesidad esencial del respeto mutuo entre el sector de la salud local y los grupos de mujeres indígenas. Citó el ejemplo de un proyecto encaminado a crear consejos de salud de mujeres indígenas en Guatemala, en el cual había participado el Programa desde 1992. Los proveedores

locales de servicios de salud habían mostrado una actitud bastante patriarcal y manipuladora hacia las mujeres indígenas, cosa que dificultaba muchísimo la inclusión de estas como copartícipes en la determinación de sus problemas de salud y la formulación de soluciones. Uno de los problemas era que la OPS no tenía una presencia continua en las comunidades en que se llevaba a cabo el proyecto y, en consecuencia, no podía servir como un puente eficaz entre las mujeres indígenas y el sector de la salud.

En cuanto a las recomendaciones del tercer grupo, la Dra. Hartigan señaló que, aunque la Secretaría había apoyado su ejecución, muchas exigían la actuación de los Estados Miembros. Refiriéndose en particular a la recomendación de que la Secretaría siguiera instando a los Estados Miembros a desglosar los datos de salud por sexo, dijo que el HDW estaba trabajando con el Programa de Análisis de la Situación de Salud para facilitar la ejecución de esta recomendación; no obstante, queda mucho por hacer para producir sistemáticamente datos desglosados por sexo, que son esenciales para el análisis de género.

Concluyó señalando que una recomendación no encajaba en ninguna de las tres categorías: que el Comité Ejecutivo considerase la conveniencia de incluir el término "género" en el nombre del Programa, para reflejar mejor la naturaleza de la cooperación técnica que este proporciona. Aunque el Comité Ejecutivo y el Director se oponían a este cambio, al personal del Programa que visitaba los países para llevar a cabo el adiestramiento de género y para otros fines, a menudo se le preguntaba por qué razón el nombre del Programa no incluía la palabra, dado que estaba trabajando claramente con un enfoque de género.

El Subcomité elogió a la Dra. Hartigan y al personal del HDW por su informe tan completo, que daba una idea clara de los logros de la Secretaría durante el año y también señalaba las dificultades con que había tropezado al intentar poner en práctica las recomendaciones. Tales informes proporcionaban al Subcomité información valiosa que acrecentaría su eficacia en lo referente a someter a la consideración del Comité Ejecutivo temas relacionados con el género y con la salud de la mujer. Un representante señaló que si bien el informe describía muchas actividades que se habían emprendido con miras a ejecutar las recomendaciones, contenía escasa información concreta sobre lo que en realidad se había logrado. Aunque reconoció que los logros eran difíciles de cuantificar, había que estimular a la Secretaría y a los países a buscar formas de medir el grado en que aplicaban las recomendaciones del Subcomité.

Se señaló que, desde su creación, el Subcomité había venido insistiendo en la necesidad de obtener datos desglosados por sexo. En consecuencia, era muy preocupante que no se hubiesen logrado mayores avances en este sentido. También se volvió a destacar la importancia de desglosar los datos tanto por sexo como por edad.

En cuanto a la recomendación de incorporar la perspectiva de género en los programas de estudios de las escuelas que forman profesionales de la salud, se recalcó que los médicos forenses debían recibir capacitación que les permitiera tratar los casos de violencia contra las mujeres de una manera que tenga en cuenta las particularidades de uno y otro sexo. También debería exigirse que los médicos notifiquen a las autoridades sanitarias locales toda lesión relacionada con la violencia que diagnostiquen. Se señaló que el adiestramiento en materia de género debe dirigirse tanto a los profesionales médicos en ejercicio como a los estudiantes en formación. También se consideró importante dicho adiestramiento para las profesionales sanitarias femeninas. Un representante señaló que, aunque podría parecer innecesario dar este tipo de capacitación a las mujeres, en realidad las profesionales sanitarias a veces necesitaban ese adiestramiento tanto como sus colegas varones para hacerlas cobrar conciencia de los abusos por razón de sexo que se cometen y para empoderarlas para ejercer autoridad sin tener que depender para ello de los hombres. Otra representante subrayó la necesidad de reforzar el sentido de autoestima de las mujeres. Señaló que el adiestramiento de género para los profesionales sanitarios tendría muy poca utilidad si las mujeres no valoraban su propia salud y si no estaban convencidas de que sus necesidades especiales de salud merecían la misma atención que las de los hombres.

El representante de Bolivia dijo que debería reexaminarse la recomendación de incorporar la palabra "género" en el nombre del Programa. Aunque las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en su 115.ª reunión eran válidas, él pensaba que el nombre del Programa debía incluir dicha palabra para reflejar mejor el hecho de que su campo de interés era más amplio que la salud de las mujeres. El Programa aborda una amplia variedad de temas, como la distribución de los recursos, los derechos sexuales y reproductivos, el empoderamiento de las mujeres y otros.

La Dra. Hartigan estuvo de acuerdo en que es importante encontrar maneras de evaluar la ejecución de las recomendaciones en forma cuantificable. Aun así, señaló que la cuantificación de los logros era difícil en el caso de los procesos, especialmente a largo plazo. También estuvo de acuerdo en que era muy preocupante que no se hubiera adelantado más en cuanto a la presentación de datos desglosados por sexo. No obstante, algo se había conseguido. Por ejemplo, los países estaban recogiendo datos sobre la infección por el VIH/SIDA que sí estaban desglosados por sexo, pues se habían percatado de que, de lo contrario, sería imposible idear intervenciones eficaces. Además, era importante incluir la variable edad, ya que esta y el sexo a menudo afectan conjuntamente a la salud interactuando de diferentes maneras a lo largo de la vida.

La Dra. Elsa Gómez, del HDW, dijo al Subcomité que por primera vez los datos sobre la salud y la mortalidad de los niños aparecerían desglosados por sexo en la próxima edición de *Las condiciones de salud en las Américas*.

La Dra. Hartigan agradeció al representante de Bolivia sus comentarios en lo referente a la incorporación de la palabra "género" en el nombre del Programa, y dijo que el asunto indudablemente seguiría siendo tema de debate continuo.

Informe del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW) acerca de las actividades realizadas en 1995 y las propuestas para 1996 (Documento MSD16/3)

La Dra. Hartigan destacó las características principales del trabajo del Programa en 1995 e indicó algunas de las actividades que estaba llevando a cabo en 1996. Señaló que el Documento MSD16/3 iba acompañado de un documento que se distribuyó durante la reunión. El último documento, que estaba destinado a darle al Subcomité una idea más completa de lo que el Programa estaba haciendo a nivel de país, proporcionaba detalles de las actividades llevadas a cabo por los puntos focales para el tema de la mujer, la salud y el desarrollo en las Representaciones de la OPS/OMS.

En 1995, el Programa había seguido experimentando cambios significativos como resultado de su traslado a la División de Salud y Desarrollo Humano. La creación de un puesto nuevo había aumentado la capacidad técnica de vigilar eficazmente los proyectos, en particular teniendo en cuenta el aumento considerable de los fondos extrapresupuestarios que recibió el Programa en 1995. El Programa gozaba de una situación financiera sólida. Los fondos movilizados de cinco nuevos donantes, combinados con fondos recibidos de Suecia y Noruega —que habían venido contribuyendo al Programa desde 1990— sumaron US\$ 1.500.000 para 1995. En 1996 se obtuvo financiamiento adicional de dos nuevos donantes.

El Programa había establecido cuatro objetivos y cinco resultados esperados para 1995, los cuales figuraban en el documento. La meta última que guiaba su trabajo era el logro de la equidad para ambos sexos en lo atinente a la salud y el desarrollo humano. Uno de los logros principales del Programa durante el año había sido el inicio del adiestramiento en materia de género y salud para el personal de la OPS en la Sede y en las oficinas de campo, sobre el cual se proporcionó al Subcomité información adicional por separado. Las reacciones al adiestramiento habían sido abrumadoramente positivas. Los participantes de uno y otro sexo reconocieron que la perspectiva de género puede contribuir en gran medida a comprender el proceso de salud/enfermedad, así como la conservación de la salud y la asistencia sanitaria. Una de las consecuencias más gratas de los seminarios de adiestramiento había sido que varios países habían iniciado sus propias actividades de adiestramiento en materia de género, siguiendo el modelo elaborado por el HDW. Hasta la fecha sólo se había efectuado un seminario de estos en la sede de la OPS, el cual había revelado la necesidad de adaptar el contenido de los seminarios a fin de reflejar la orientación hacia las políticas del trabajo que se hace en la Sede, en contraposición con las actividades de carácter más operativo que se realizan en el campo.

En la esfera de promoción de investigaciones y difusión de información, una actividad importante para el Programa en 1995 había sido la ampliación y el uso continuo de la base de datos SIMUS (Sistema Regional de Información sobre Mujer, Salud y Desarrollo) para recopilar y diseminar bibliografía científica sobre género y salud. Gracias a la mayor capacidad de difusión que proporciona la Internet, los recursos de información de la base de datos se habían compartido con muchos usuarios, tanto dentro como fuera de la Organización. En 1996 se prestaría atención especial a varias iniciativas de investigación en las áreas de género y enfermedades transmisibles, violencia contra las mujeres y repercusión de la integración económica en la salud de las mujeres.

Con respecto a los esfuerzos del Programa para apoyar las iniciativas de nivel local que promovían y fortalecían la participación de las mujeres en la vigilancia y la promoción de su propia salud, el logro más sobresaliente había sido el inicio de un proyecto de violencia contra las mujeres en 10 países de la Región. En el ámbito de la colaboración interinstitucional, el Programa había seguido ampliando y consolidando su colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, y también con organismos multilaterales y ONG. Se esperaba continuar estos esfuerzos en 1996 en respuesta a la creciente necesidad de emprender actividades e iniciativas interinstitucionales conjuntas a nivel de país.

La coordinación interprogramática era también un motivo de gran interés para el Programa y formaba parte del meollo de su estrategia de incorporar una perspectiva de género en toda la Organización. En 1995 se emprendieron muchas iniciativas interprogramáticas nuevas y continuaron las que habían empezado en 1994. El número de iniciativas enumeradas en el documento reflejaba la importancia que el Programa concedía a la colaboración y la coordinación con otras unidades de la Organización.

En resumen, la Dra. Hartigan dijo que el Programa había concentrado sus actividades en tres frentes: 1) promover las actividades que incumben directamente a las mujeres en lo referente a la planificación y la ejecución de las actividades ideadas para mejorar sus condiciones de salud y su posición social; 2) dar a conocer a otros las actividades catalizadas por el Programa; y 3) empeñarse en aumentar, dentro de la propia Organización, la consciencia en cuanto a la importancia de considerar la salud y el desarrollo humano desde el punto de vista del género. Aún quedaban muchos escollos por salvar. El Programa necesitaba ayudar a los países para que estos cumplieren con los compromisos en relación con la salud de la mujer contraídos en diversas conferencias de las Naciones Unidas. Ello entrañaría el fortalecimiento de la capacidad de estos para generar y difundir conocimientos en lo que se refiere a la salud de la mujer y la participación de las mujeres en el proceso de producción de la salud. También requeriría que la información producida se empleara para fijar las prioridades nacionales y para planificar las intervenciones, la investigación y los esfuerzos de promoción.

La Dra. Hartigan concluyó señalando que para los funcionarios del Programa, una de las recompensas más importantes, si bien inesperada, del trabajo de este a lo largo de 1995 había sido el crecimiento personal y profesional que experimentaron en el proceso de desarrollar un programa técnicamente sólido y metodológicamente atractivo de adiestramiento en materia de género y salud para sus colegas de la OPS.

Gran parte del debate del Subcomité sobre el informe tuvo que ver con el trabajo del Programa con respecto a promover y fortalecer la participación de las mujeres en la vigilancia, promoción y protección de su salud. Se recalcó la necesidad de promover la participación popular, especialmente en el contexto de los esfuerzos para renovar la iniciativa de salud para todos. Sin embargo, se recalcó que la participación popular no debe utilizarse como un medio de explotar a las mujeres, como había sucedido en el pasado. Para nadie era un secreto que las mujeres a veces habían sido usadas como mano de obra barata por el sector de la salud. La participación de las mujeres debería incluir su intervención en la toma de decisiones y en los procesos de establecimiento de políticas. A la OPS, y al Programa en particular, le cabía un papel importante en este sentido pues debía instar a los gobiernos a cumplir los compromisos que habían contraído en diversas conferencias internacionales en lo que se refiere a la salud y el empoderamiento de las mujeres.

El Subcomité también prestó considerable atención al tema de la reforma sanitaria y a la repercusión que esta tendría en la salud de las mujeres desde el punto de vista de la equidad para ambos sexos. Se recalcó que el Programa debería adoptar un enfoque prospectivo y trabajar activamente para configurar el pensamiento con respecto a la reforma sanitaria dentro de la Organización y en los Estados Miembros. Se decidió que una de las recomendaciones del Subcomité al Comité Ejecutivo subrayaría la necesidad de incorporar una perspectiva de género en las deliberaciones en torno a la reforma sanitaria.

Se elogiaron los esfuerzos del Programa para trabajar con organismos multilaterales y ONG. Se señaló que, dadas las limitaciones presupuestarias actuales, era cada vez más importante seguir aumentando tales asociaciones y coaliciones. Un representante recalcó que las ONG que trabajaban para lograr la equidad para ambos sexos y mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres deberían participar más activamente en la planificación y programación sanitarias. Otro representante señaló que, si bien la colaboración con las ONG era importante, debía controlarse a nivel de país, y el grado y la manera en que las ONG participaban en las actividades del sector sanitario nacional debían ser determinados por el gobierno. La función de la Organización sería proporcionar a las ONG orientación técnica y facilitar las relaciones entre los gobiernos y las ONG. La Dra. Hartigan señaló que, en ciertas esferas, algunas ONG tenían mucha más experiencia y conocimientos que el Programa, de tal manera que

era limitada la capacidad de este para proporcionarles orientación técnica. El Programa consideraba que su función era saber cuáles capacidades tenía cada ONG, y servir como puente entre diferentes ONG o entre las ONG y los gobiernos.

Se hicieron varias preguntas en lo referente a la función desempeñada por los puntos focales del Programa en las representaciones de la OPS/OMS. La Dra. Hartigan explicó que los puntos focales eran funcionarios de las representaciones que servían como puntos de contacto para el Programa en los países. A medida que el Programa había obtenido más financiamiento extrapresupuestario, se había tornado necesario tener una persona en los países que trabajase exclusivamente para el Programa y supervisara los proyectos que se efectuaban en el ámbito de la mujer, la salud y el desarrollo. Sin embargo, una de las inquietudes del Programa era la de generar un espíritu de grupo entre los puntos focales, de tal manera que se consideren no solo como coordinadores del proyecto en sus países respectivos, sino como parte integral de todo el programa de cooperación técnica. Los puntos focales provenían de una amplia variedad de profesiones, entre ellas epidemiología, estadística y enfermería. En consecuencia, aportaban múltiples puntos de vista, cosa que era sumamente ventajosa para un programa interdisciplinario como el HDW.

El Subcomité consideró que las actividades de adiestramiento en materia de género realizadas por el Programa eran de importancia capital, y lo instó a acelerar sus esfuerzos para proporcionar capacitación a todo el personal, especialmente en la Sede. El adiestramiento en materia de género del personal de los programas regionales en la Sede se veía como la clave para lograr un cambio efectivo en la Organización, pues los cambios de perspectiva que ello traería consigo ejercerían un efecto multiplicador en toda la Organización e influirían en las decisiones de política y programación. Se subrayó la necesidad de encontrar maneras de evaluar los efectos que dicho adiestramiento estaba teniendo en los programas de la Organización. La Dra. Hartigan indicó que el HDW estaba colaborando con la Oficina de Relaciones Externas para desarrollar un sistema que permita cuantificar el grado en que se estaba incorporando no solo la perspectiva de género sino otras perspectivas, como la del origen étnico, en los proyectos y programas de la Organización. El Programa continuaría sus esfuerzos para acometer esta empresa en 1996.

Informe de seguimiento sobre el adiestramiento en materia de género ofrecido en la sede de la OPS y en las representaciones de la OPS/OMS (Documento MSD16/7)

La Dra. Hartigan presentó este tema. Empezó por realizar un ejercicio breve con los participantes, a objeto de familiarizarlos con uno de los módulos de adiestramiento en materia de género que el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo ha estado utilizando en sus tentativas por sensibilizar al personal de la Sede y de las

representaciones con respecto a la necesidad de incorporar la perspectiva y el análisis de género en todos los aspectos de la labor de la Organización. Primero les pidió a los representantes que participaran en una de las actividades para romper el hielo que se empleaban en las sesiones de adiestramiento en materia de género. A continuación, realizó un ejercicio que ilustraba la diferencia entre el *sexo*, que es una característica biológica, y el *género*, que es un concepto social.

Explicó que los seminarios sobre adiestramiento en materia de género perseguían tres objetivos: 1) familiarizar a los participantes con los conceptos en que se basa la perspectiva de género y la especial pertinencia del concepto de género en relación con la salud y el desarrollo humano; 2) dar a conocer instrumentos prácticos que facilitan la incorporación de esta perspectiva en los programas y proyectos de salud y desarrollo humano; 3) brindar a los participantes oportunidades para aplicar estos instrumentos en sus propios programas o proyectos. Al preparar los seminarios, el Programa había identificado varios mitos o percepciones falsas que era preciso echar por tierra. Uno de ellos era la creencia de que "género" era sinónimo de "mujeres". Otro era la idea de que, como las mujeres vivían en general más tiempo que los hombres y usaban más los servicios de salud, en realidad le llevaban ventaja a los hombres. En los seminarios se explicaba que si bien las mujeres vivían más tiempo, padecían mayor morbilidad que los hombres, y que aun cuando usaban más los servicios sanitarios, a menudo ello obedecía a que tenían a su cargo la atención de salud de los niños y otros miembros de la familia. También se explicaba que mediante el análisis de género se podían determinar los factores psicosociales que, combinados con las características biológicas, podrían favorecer o amenazar la salud tanto de las mujeres como de los hombres.

Los seminarios tenían siete módulos, cada uno de los cuales trataba un aspecto diferente del concepto de género y la manera como este influía en la salud y en el acceso a los recursos de asistencia sanitaria. El objetivo último era que los participantes pudieran aplicar el conocimiento y los instrumentos que recibían en los seminarios a su propio trabajo en el ámbito de la salud, aumentando así la capacidad de la Organización para llevar a cabo proyectos, programas y políticas que tuviesen en cuenta las particularidades de ambos sexos. El Programa había efectuado los seminarios mencionados en 10 países de la Región, y durante 1996 se proponía realizarlos en ocho países más y en la Sede. Las reacciones a los seminarios impartidos hasta la fecha habían sido sumamente positivas. El documento presentaba un resumen de los resultados de las evaluaciones de los seminarios que se habían efectuado en los 10 países. No obstante, la Dra. Hartigan recalcó que para evaluar realmente la eficacia del adiestramiento sería necesario examinar al cabo de tres a seis meses cómo cambiaban las actitudes y cómo se incorporaba la perspectiva de género en las actividades de la Organización.

A los representantes el ejercicio ilustrativo de adiestramiento les pareció muy aleccionador y expresaron su apoyo unánime al adiestramiento en materia de género que estaba impartiendo el Programa, por el cual el trabajo del HDW se vinculaba con el de otros programas en un grado nunca antes logrado por ninguna iniciativa. Varios representantes expresaron la esperanza de que el tema de género y la manera como las mujeres eran afectadas por las inequidades en todos los aspectos de la planificación y la programación sanitarias se llegue a convertir en asunto de interés primordial para los análisis efectuados en toda la Organización. Se indicó que, aunque los seminarios estaban dirigidos principalmente al personal de la OPS en los países y en la Sede, diversos ministerios de salud habían pedido al Programa que los ayudara a impartir seminarios semejantes para adiestrar a su personal. Varios representantes recalcaron la importancia de concentrar la atención en los altos funcionarios del sector sanitario, a fin de llegar a los que tienen autoridad en la toma de decisiones y, en consecuencia, pueden lograr cambios efectivos. También se insistió en la necesidad de incluir a los hombres, para que el adiestramiento en materia de género no sea percibido como una inquietud exclusiva de las mujeres y para que los hombres se percaten de que un enfoque de género beneficiaría a ambos sexos. La introducción de dicho adiestramiento en las facultades de medicina y de salud pública también se consideró sumamente importante para configurar el modo de pensar de las generaciones futuras de profesionales sanitarios.

Se recalcó que era necesario prestar especial atención no solo a la manera como las mujeres habían sido tratadas por los sistemas de salud sino también a muchas otras áreas del campo de la salud en que había prejuicios de género generalizados. Concentrarse en la calidad de la atención de salud recibida por las mujeres a veces creaba mala voluntad y actitudes defensivas entre los profesionales de la salud, mientras que los sesgos de género en esferas como la investigación, la aprobación de medicamentos y la difusión de información podían tratarse en forma más objetiva y ecuánime. Además, podría ser más fácil suscitar interés por un enfoque de género en la programación y la formulación de políticas sanitarias si se demuestran los beneficios económicos y de eficiencia. Por ejemplo, se señaló que la toma de conciencia con respecto a la prescripción excesiva de medicamentos a las mujeres traería consigo la reducción de dicha costumbre y permitiría lograr ahorros. Se hicieron varias preguntas acerca del manual empleado en los seminarios sobre adiestramiento en materia de género y de los planes futuros del Programa en esta área.

La Dra. Hartigan dijo que el Programa estaba recibiendo una cantidad de solicitudes imposible de atender de entidades nacionales que buscan ayuda para implantar programas de adiestramiento en materia de género. En consecuencia, el Programa se propuso formar el mayor número posible de instructores en los países. Se había capacitado a todos los puntos focales de mujer, salud y desarrollo en los países, y se esperaba que la próxima publicación del manual de adiestramiento en materia de género

del Programa permitiría empezar a satisfacer la demanda creciente. Dijo que el Programa estaba especialmente interesado en capacitar a instructores varones como un medio de poner de relieve que el adiestramiento en materia de género estaba concebido para beneficiar tanto a los hombres como a las mujeres. Con respecto al manual, indicó que se había decidido publicarlo en forma de carpetas de hojas intercambiables para permitir así la incorporación de las sugerencias valiosas que se recibían constantemente de los participantes en los seminarios. Con el tiempo, el Programa esperaba proporcionar a los países los métodos y los materiales pedagógicos para el adiestramiento en materia de género de la OPS, que ellos podrían adaptar a sus necesidades especiales.

Examen de los términos de referencia y propuesta de reglamento interno para las reuniones del Subcomité (Documento MSD16/6)

La Dra. Hartigan explicó que nunca se habían establecido oficialmente las atribuciones del Subcomité, que se creó en 1980 como un subcomité especial del Comité Ejecutivo al que se encargó examinar el Plan Mundial de Acción propuesto por la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y elaborar un plan para ejecutar el Plan Mundial en la Región. Tras dar cumplimiento a ese cometido, el Consejo Directivo decidió que el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo siguiera reuniéndose una vez al año para vigilar los progresos logrados, proponer soluciones a los problemas identificados y promover acciones concertadas en la esfera de la mujer, la salud y el desarrollo. En consecuencia, las funciones del Subcomité se habían definido en términos generales mediante resoluciones de los Cuerpos Directivos, pero su trabajo no se había regido por atribuciones explícitas.

En vista de los adelantos conseguidos por la Secretaría y los Estados Miembros de la Organización en el ámbito de la mujer, la salud y el desarrollo, y en respuesta a los continuos y nuevos retos de lograr la equidad para ambos sexos en lo relativo a la salud, se decidió en la 15.ª reunión del Subcomité, en 1995, examinar el mandato de este y redactar sus atribuciones para someterlas a la consideración del Comité Ejecutivo. También se decidió que el Subcomité adoptara un reglamento interno para sus reuniones, pues no lo tenía. El documento preparado por la Secretaría contenía las atribuciones y el reglamento interno propuesto.

La Dra. Hartigan observó que las atribuciones propuestas prescribían aumentar de cinco a siete el número de Gobiernos Miembros del Subcomité, para que este tuviese el mismo número de miembros que el Subcomité de Planificación y Programación. Dadas las limitaciones presupuestarias que la Organización afronta actualmente, quizás ello no sea posible. También indicó que se proponía la supresión del adjetivo "Especial" del nombre del Subcomité.

Durante el análisis de las atribuciones por el Subcomité, los representantes propusieron varios cambios en la redacción y la organización de la sección que describía las funciones del Subcomité. Los cambios propuestos se orientaron principalmente a ampliar las funciones del Subcomité para que sean más acordes con su atribución de asesorar al Comité Ejecutivo sobre todos los asuntos relacionados con la salud de las mujeres y la incorporación de una perspectiva de género en la planificación y programación sanitarias. En la sección 2.4 también se introdujo un cambio, con miras a conseguir que el Comité Ejecutivo tome medidas con respecto a las recomendaciones que le presenta el Subcomité en sus informes anuales.

Hubo considerable debate acerca de si competía al Subcomité vigilar la situación de las mujeres dentro de la Organización. El consenso entre los representantes fue que se le debían seguir presentando al Subcomité informes anuales sobre la situación de las mujeres en la OPS y los adelantos hacia el logro de la equidad para ambos sexos, pero que los asuntos particulares en relación con la contratación, la promoción y las condiciones de trabajo generales del personal femenino debían ser resueltas por el Departamento de Personal o el Comité Asesor del Director sobre Mujer, Salud y Desarrollo (CAM), cuya misión es "ampliar la función de las mujeres en la Organización Panamericana de la Salud mediante la promoción de medidas para lograr la equidad para ambos sexos y la calidad del ambiente de trabajo mediante la formulación y la vigilancia de metas de organización, políticas y actividades apropiadas".

En cuanto a la cuestión de aumentar el número de miembros del Subcomité, se consideró que la situación presupuestaria actual desaconsejaba dicha medida. Además, se señaló que uno de los puntos fuertes del Subcomité siempre había sido su tamaño reducido, que le confería más flexibilidad y favorecía interacción y participación de los Gobiernos Miembros y las organizaciones no gubernamentales.

El Subcomité decidió recomendar que el Comité Ejecutivo apruebe las atribuciones que figuran en el anexo A del Documento SPP16/6.

Posteriormente, el Subcomité aprobó, con algunos cambios menores, el proyecto de reglamento interno para las reuniones del Subcomité. Con respecto a la fecha en que los documentos de trabajo se enviarían a los miembros, los representantes instaron a la Secretaría a preparar y enviar los documentos con más de 21 días de antelación a las reuniones, siempre que sea posible. El reglamento interno se presenta en el anexo B del Documento SPP16/6.

Informe sobre el papel de la OPS/OMS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (Documento MSD16/5)

La Dra. Hartigan describió su experiencia como miembro de la delegación de la OMS que asistió a la conferencia de Beijing y esbozó los principales temas de salud tratados en la reunión. Ella fue la única representante de la OPS en la reunión. El Dr. Hiroshi Nakajima le pidió incorporarse al equipo técnico de la OMS, que se encargó de atender a las deliberaciones gubernamentales de la sección de salud del proyecto de Plataforma de Acción y responder a las preguntas de índole técnica que surgieran. El equipo de nueve miembros preparó información técnica sobre los numerosos temas de salud políticamente delicados que se preveía que suscitarían controversia en el análisis del proyecto de Plataforma. La Dra. Hartigan dijo que en las deliberaciones sobre el tema de la salud, que estuvieron muy concurrecidas, la salud se convirtió en un símbolo de el empoderamiento de las mujeres.

Los temas que suscitaron más desacuerdos en el proyecto de Plataforma de Acción fueron el aborto, la responsabilidad paterna y los derechos reproductivos y sexuales. La Santa Sede y algunos países musulmanes se opusieron enérgicamente a la inclusión del término "derechos sexuales" en la Plataforma. Aunque a fin de cuentas el término no se incluyó, se llegó por consenso a la siguiente redacción: "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia". No obstante, algunos países musulmanes pidieron que sus reservas constaran oficialmente en un apéndice de la Plataforma de Acción. El derecho de las mujeres a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad también se reconoció en la sección sobre derechos humanos de la Plataforma. El reconocimiento de ese derecho fue la victoria más grande lograda en la Conferencia. En cuanto a la despenalización del aborto, el texto finalmente aprobado exhortaba a los gobiernos a "considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales". Los temas de la responsabilidad paterna y el derecho de los adolescentes a obtener anticonceptivos e información sobre la anticoncepción sin el consentimiento paterno también fueron impugnados, especialmente por algunos países musulmanes. Al final, sin embargo, la Plataforma reconoció que en los asuntos de salud reproductiva y sexual, los derechos de los adolescentes debían tener importancia capital.

El tema de la orientación sexual suscitó el debate más áspero. Se desató una controversia enorme en torno a un pasaje del proyecto de Plataforma que exigía que no hubiese discriminación por razón, entre otras cosas, de raza, origen étnico y orientación sexual. Algunas delegaciones objetaron vehementemente que se mencionaran formas de comportamiento que consideraban "antinaturales y anómalos", y el término "orientación sexual" acabó por ser suprimido del documento.

Además de los esfuerzos de la OMS para facilitar información técnica sobre los temas antedichos y otros, la Organización se empeñó en que el texto de la Plataforma de Acción recalcará la importancia de la salud en todos los aspectos de la vida, incluidos el acceso a la información y a servicios apropiados de atención de salud en todas las etapas de la vida de la mujer; los programas preventivos y de promoción de la salud para las mujeres; iniciativas con orientación de género para abordar las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, y los temas de salud sexual y reproductiva; y más investigaciones y recursos para la salud de las mujeres. Durante la Conferencia, la OMS también organizó el Día de la Salud, que tuvo gran éxito, y funcionarios de la Organización participaron en varios paneles del Foro de Organizaciones no Gubernamentales, que se celebró al mismo tiempo que la Conferencia.

La Conferencia de Beijing tomó como punto de partida los adelantos logrados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, e incluso logró ir más allá. Aunque la Plataforma de Acción fue criticada por centrarse demasiado en las cuestiones de la salud sexual y reproductiva, estas formaban el meollo mismo del empoderamiento de mujeres. La Conferencia de Beijing fue un recordatorio al mundo de que era hora de dejar de utilizar a las mujeres como instrumentos de la política pública sin incluirlas en el proceso de obtención del consenso para lograr el cambio social. También puso de relieve las deficiencias de un marco analítico que se centraba en objetivos del nivel macro, como la regulación demográfica, pero pasaba por alto la realidad de nivel micro en la que las mujeres y los hombres tomaban decisiones en relación con la sexualidad y la fecundidad. La Conferencia de Beijing no catalizó los cambios en este marco, pero destacó los cambios que ya estaban en marcha. El nuevo marco analítico se basaba en los conceptos de la salud, los derechos y el empoderamiento de la mujer, así como en el papel y la responsabilidad de los hombres en la concepción, la procreación, la crianza de los hijos y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Situó las cuestiones de la sexualidad, la salud reproductiva y el empoderamiento de las mujeres en un contexto de desarrollo que era más humano, más integrado y más sostenible.

La Dra. Hartigan concluyó subrayando que quienes trabajaban en el campo de la salud y el desarrollo humano se beneficiarían de los que las mujeres, por medio de las conferencias de El Cairo y de Beijing, habían logrado.

Los representantes felicitaron a la Dra. Hartigan por un informe sobresaliente que resumía bien la Conferencia y destacaba los principales temas y conceptos abordados, sin detenerse demasiado en las disposiciones concretas de la Plataforma de Acción. Se creía que uno de los logros principales de la Conferencia era que había hecho resaltar la necesidad de que asuntos como la sexualidad y la salud reproductiva sean enfocados a nivel micro. También puso de relieve la necesidad de abordar no solo la salud de la

mujer, sino también la calidad general de su vida, que estaba estrechamente vinculada con su empoderamiento.

Gran parte de la deliberación del Subcomité en torno a este tema se centró en la necesidad de que la OPS y los países trabajen con vistas a traducir las recomendaciones de la Plataforma en hechos concretos. Se creía que era preciso instar a los países a elaborar planes de acción para cumplir los compromisos de Beijing. Los planes deben tener miras amplias y estar orientados no solo a abordar determinados problemas y necesidades de salud de las mujeres, sino también a empoderar a estas e incorporarlas plenamente en el proceso de desarrollo. Una representante señaló que si bien era importante llevar a cabo las actividades concretas mencionadas en el capítulo de salud y otros capítulos de la Plataforma de Acción, era igualmente importante fomentar la comprensión de la influencia del concepto de género en la salud y el bienestar de las mujeres. Indicó que los párrafos del preámbulo de la Plataforma de Acción reflejaban tal comprensión de los factores de género determinantes de la salud y del lugar de la salud de la mujer en los programas generales sobre salud y desarrollo social. El enfoque de la salud de la mujer propuesto en esos párrafos era muy compatible con el enfoque adoptado por el Subcomité y por el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo para su trabajo.

La Sra. Martine de Schutter, del HDW, describió un proyecto que la OPS estaba llevando a cabo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y unas 30 ONG para evaluar cómo se han llevado a la práctica las recomendaciones de la Conferencia de El Cairo. Se esperaba que la información derivada de ese proyecto podría aplicarse para llevar a la práctica la Plataforma de Acción de Beijing. El representante de los Estados Unidos anunció que durante el verano de 1996 se celebraría en el Canadá una conferencia sobre la salud de la mujer, bajo el copatrocinio de los gobiernos canadiense y estadounidense. Esa reunión proporcionaría también una buena oportunidad para estudiar posibles maneras de dar seguimiento a las recomendaciones de Beijing.

El Subcomité decidió solicitar al Comité Ejecutivo que recomiende que los Estados Miembros promuevan la puesta en práctica de la Plataforma de Acción adoptada en la Conferencia de Beijing mediante la formulación de planes nacionales de acción (véase Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Organización Panamericana de la Salud, en la página 23).

La calidad de la atención con una perspectiva de género: información actualizada sobre la labor de la OPS en este campo (Documento MSD16/8 y documento preparado por el Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] de Chile sobre el acceso de la mujer a los servicios de salud después de la reforma del sector de la salud en ese país)

Hubo dos ponencias acerca de este tema: una a cargo de la Sra. Patricia Pittman, punto focal de mujer, salud y desarrollo en la Representación de la OPS/OMS en Argentina, y otra por la Sra. María Angélica Bórquez, Jefa del Departamento de Planificación e Investigación del SERNAM. La Sra. Pittman describió un proyecto de investigación que estaba en marcha en Argentina y Perú; la idea de realizarlo surgió en 1993, cuando el Subcomité analizó un documento sobre los servicios de salud que son amigos de la mujer. El documento ponía de relieve la necesidad de reconsiderar el modelo de atención de salud desde una perspectiva de género, con miras a hacerlo más justo y eficaz. Posteriormente, el Subcomité propuso que el Programa elaborara un modelo para evaluar los servicios de salud a fin de determinar las áreas críticas en qué había desventajas para las mujeres. En consecuencia, el objetivo del estudio, que estaban financiando la Agencia Española de Cooperación Internacional y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional del Canadá, era obtener y someter a prueba métodos para evaluar la equidad para ambos sexos en la dimensión socioemocional de la calidad de la atención médica. El término "dimensión socioemocional" se refería a la relación personal y social y a la comunicación entre el proveedor de atención de salud y el usuario. El cronograma y las tres fases del estudio se describían con detalles en el documento.

Las hipótesis de trabajo del estudio eran las siguientes: 1) que hay fallas de comunicación en el discurso relacionado con las necesidades, tanto entre el paciente masculino y el proveedor de atención de salud como entre el paciente femenino y el proveedor de atención de salud, con relación a determinados problemas fundamentales; y 2) que estas fallas de comunicación están influidas por el concepto social de las relaciones entre los sexos (género). El estudio se centraba en la atención de dos problemas: la diabetes y el embarazo de adolescentes. La población de estudio estaba constituida por individuos que vivían en condiciones de suma pobreza en zonas urbanas periféricas de Buenos Aires y de Lima. En la primera fase del estudio se examinaron las evaluaciones diferenciales hechas por usuarios masculinos y femeninos y por los proveedores de atención de salud, de los problemas fundamentales en la prestación de servicios de salud. La segunda fase pretendía elaborar y aplicar instrumentos para evaluar la calidad de la atención de salud que tuviesen en cuenta los problemas identificados en la primera fase y que fuesen compatibles con los métodos de garantía de la calidad que se aplican actualmente en el campo de la asistencia sanitaria. El objetivo en la tercera fase sería redactar y someter a prueba una guía para llevar a cabo talleres participativos en el nivel de atención primaria de salud basados en la información recogida y las conclusiones alcanzadas durante el estudio. Los talleres se propondrían

sensibilizar a los proveedores de atención de salud con respecto a la importancia de la dimensión socioemocional en la calidad de la atención y su conexión con factores de género.

La Sra. Pittman dio a conocer al Subcomité la entrevista hecha a uno de los participantes en el estudio para dar un ejemplo del método que se empleaba y destacar algunas de las diferencias en la manera en que pacientes y profesionales médicos evalúan los problemas en la prestación de atención de salud y cómo los conceptos de género y los estereotipos coadyuvaban a configurar las diferentes percepciones. En la segunda fase del estudio, los aspectos que plantean problemas revelados por las entrevistas, como la que se presentó, se convertirían en categorías analíticas para evaluar la calidad de la atención. Los ejemplos concretos de fallas en la comunicación guiarían la definición de los indicadores para dichas categorías. Se prepararían indicadores separados de la calidad de la atención para los hombres y para las mujeres. La funcionaria indicó que a menudo se pedía al HDW que elaborara indicadores de género; no obstante, basándose en la experiencia que había obtenido en el estudio, señaló que del análisis de género podrían derivarse indicadores que luego podrían emplearse en un marco de análisis de género, pero que no era posible diseñar indicadores de género per se.

Concluyó recalcando que el objetivo último del estudio era mejorar la calidad de la atención, lo cual implicaba cerrar las brechas de comunicación que existían entre los usuarios y usuarias y los proveedores de la asistencia.

El Subcomité elogió a la Sra. Pittman por el documento y la excelente exposición. Se plantearon varias preguntas concretas sobre diversos aspectos de los métodos del estudio. Un representante señaló que el ejemplo presentado mostraba la necesidad de elaborar programas de estudios para los médicos que fuesen sensibles a las particularidades de cada sexo, a fin de formar proveedores de atención de salud que tengan en cuenta las diferencias de género en las causas, el tratamiento y la prevención de las enfermedades. Otro representante señaló que diversos estudios habían indicado que los varones de raza blanca pertenecientes a la clase alta se comunicaban mejor con el personal médico, cosa que evidenciaba la necesidad de tomar en cuenta también el estado socioeconómico de los sujetos de estudio. De manera análoga, era necesario considerar otras variables, como el sexo del proveedor de la atención de salud y la edad del paciente y del proveedor. La Sra. Pittman dijo que como el estudio incluía un análisis cualitativo, no cuantitativo, las variables de confusión no planteaban mayor inquietud, pues no se efectuaría ningún análisis estadístico. Sin embargo, las diferencias sociodemográficas se registrarían y podrían sugerir algunas conclusiones. Subrayó que los encargados del estudio eran muy conscientes de la necesidad de no atribuir al género todas las diferencias de percepción sin antes demostrar la relación con argumentos lógicos.

En respuesta a las preguntas sobre la forma como la perspectiva de género figuraba en el estudio, la Dra. Hartigan explicó que el estudio se proponía comparar el tratamiento recibido por los hombres y las mujeres, y determinar si había diferencias en la manera como se trataba un mismo problema de salud en unos y otras. Lo que se buscaba era lograr la misma calidad de atención para ambos sexos, aunque, observó, aun si la calidad fuese la misma, la atención podría ser inequitativa porque hombres y mujeres tenían diferentes necesidades. Recalcó que el objetivo final del estudio era obtener información que ayudara a los proveedores de atención de salud a darse cuenta de que si se relacionaban de distinta manera con los pacientes, obtendrían mejores resultados al tratarlos. Importaba recalcar que el estudio no pretendía criticar las actitudes o el comportamiento de los médicos, sino proporcionar información que haría su trabajo más eficaz.

Varios representantes comentaron que era imposible una comparación de las percepciones masculinas y femeninas de la calidad de la atención en los casos de embarazo de adolescentes. La Sra. Pittman explicó que en tales casos el análisis de género se centraría en las diferencias de la manera en que las necesidades de la mujer embarazada eran evaluadas por los proveedores de asistencia y por la propia mujer.

La segunda exposición de este tema del programa versó sobre la repercusión que la reforma del sector de la salud en Chile ha tenido en el acceso de las mujeres a los servicios de salud. La Sra. Bórquez explicó que el SERNAM había emprendido un estudio para determinar de qué manera el acceso de las mujeres a los servicios había cambiado con la introducción en 1981 de las ISAPRE (instituciones de salud previsual), un sistema de aseguradoras de salud privadas que funcionaban en paralelo con el sistema público de asistencia sanitaria. Esbozó las diferencias principales entre el sistema público, que proporcionaba cobertura uniforme para todos los beneficiarios, independientemente de cuánto dinero aportaban al sistema, y las ISAPRE, que proporcionaban una cobertura acorde con la cantidad que cada beneficiario pagaba y ofrecían una variedad de planes de salud con diferentes precios según la edad, el sexo y el estado de salud del beneficiario. El sistema público se basaba en los principios de la solidaridad y la redistribución de los recursos, mientras que las ISAPRE operaban como entidades privadas que buscaban maximizar sus ingresos y reducir al mínimo sus obligaciones. Las ISAPRE limitaban las prestaciones para ciertos servicios, imponían límites en la cobertura proporcionada, y no proporcionaban cobertura para problemas de salud preexistentes. El sistema público no imponía tales restricciones y proporcionaba cobertura integral, incluidos los servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud, mientras que las ISAPRE se centraban exclusivamente en los servicios curativos. Además, el sistema público se responsabilizaba de la ejecución de las actividades de salud pública dirigidas a toda la población.

Con respecto a los servicios específicos para las mujeres, el sistema público les ofrecía varios programas, incluida la detección del cáncer de mama y del cuello uterino, programas de nutrición para mujeres embarazadas y que están amamantando a sus hijos, y servicios de educación sexual y planificación de la familia. Para el embarazo y el parto, el sistema público cubría entre 75% y 100% de los gastos, según los ingresos de la mujer. Las ISAPRE, por el contrario, proporcionaban cobertura para el embarazo sólo si este se producía al menos 10 meses después de firmado el contrato de seguro, y aun así la cobertura era tan solo parcial. Los embarazos que ocurrían antes de que se firmara el contrato se consideraban problemas de salud preexistentes y no se les daba cobertura. Las ISAPRE prácticamente no proporcionaban ninguna cobertura para los servicios preventivos y de promoción de la salud para las mujeres.

El sistema de las ISAPRE limitaba de varias maneras el acceso de las mujeres a los servicios de salud integrales. Los ingresos imponían una barrera al acceso. Dado que en el sistema de las ISAPRE las prestaciones estaban vinculadas a la cantidad pagada por el beneficiario, las mujeres se hallaban en desventaja porque en general ganaban menos que los hombres. Además, como los precios de los diversos planes de salud variaban según el sexo y la edad del beneficiario y la posible demanda de servicios, las mujeres en edad fecunda estaban en especial desventaja porque tenían más probabilidades de efectuar gastos relacionados con el embarazo y el parto. Dado que las mujeres viven en general más tiempo que los hombres, también se suponía que serían mayores sus gastos de atención de salud a lo largo de toda la vida, aunque era necesario efectuar investigaciones para determinar si ello sucedía realmente.

A pesar de estos inconvenientes, un número importante de mujeres se estaban afiliando a las ISAPRE, aunque la mayoría de la población (63,4%) seguía siendo cubierta por el sistema público. La mayoría de las mujeres en el sistema de las ISAPRE pertenecían a las categorías de ingresos altos. Su decisión de emplear el sistema privado en general tenía que ver con la calidad de la atención proporcionada en los servicios públicos, que estaban sobrecargados y sufrían limitaciones financieras. Sin embargo, las mujeres a quienes se diagnosticaba un problema no cubierto o solo parcialmente cubierto por su contrato de ISAPRE recurrían con frecuencia al sistema público para su atención.

Las conclusiones preliminares del estudio del SERNAM eran que el acceso de las mujeres a los servicios de salud bajo el sistema de las ISAPRE estaba limitado por los ingresos y por restricciones dentro del sistema vinculadas con el género y factores biomédicos. Las prestaciones proporcionadas a las mujeres por las ISAPRE estaban ligadas a su nivel de sueldo, lo cual significaba que las mujeres estaban siendo discriminadas porque ganaban menos. Las deficiencias en el sistema de las ISAPRE eran evidentes sobre todo cuando las mujeres requerían servicios de nivel secundario o terciario y cuando necesitaban atención para el embarazo y el parto. Esta situación ponía

de relieve la necesidad de introducir cambios que permitieran a las mujeres un acceso más equitativo a los servicios de asistencia sanitaria en el sistema privado.

El Subcomité creía que la experiencia chilena arrojaba una luz valiosa para el debate en relación con la reforma sanitaria. Varios representantes comentaron que el sistema de las ISAPRE había sido elogiado como un buen modelo para la privatización de la atención de salud que podría emularse en otros países. Sin embargo, era muy semejante al sistema implantado en los Estados Unidos de América, que había resultado inadecuado. Se recalcó que debería haber mayor comunicación entre los involucrados en las iniciativas de reforma sanitaria en toda la Región, a fin de que pudiesen aprender de las experiencias de cada uno. La OPS debería servir como un foro para tales intercambios. El Subcomité lamentó que los representantes de los programas de la OPS que se ocupaban directamente de la reforma sanitaria no hubiesen estado presentes para oír las observaciones de la Sra. Bórquez.

Se señaló que el estudio indicaba que las medidas de ajuste estructural y las reducciones consiguientes del financiamiento de los servicios sanitarios públicos perjudicaban en mayor medida a las mujeres. Una representante informó que un estudio emprendido en cinco países latinoamericanos había revelado el mismo fenómeno que la Sra. Bórquez había descrito, a saber, que las mujeres cubiertas por planes privados de seguro de salud recurrían al sistema público cuando sus prestaciones eran insuficientes o cuando perdían el seguro por causa del desempleo. Al mismo tiempo, el sistema público no contaba con financiamiento ni personal suficientes. Señaló que el sistema privado puede parecer más eficiente y eficaz en función de los costos, mientras que el sistema público estaba perdiendo dinero; pero, en realidad, el sistema público estaba subsidiando al sistema privado. Otro representante observó que en los países que tenían sistemas sanitarios público y privado era esencial lograr la colaboración de ambos sistemas, con miras a lograr que los grandes adelantos en la esperanza de vida, la morbilidad y la mortalidad de las mujeres que se habían conseguido gracias a las intervenciones de salud pública no se perdieran por carecer las mujeres de acceso a los servicios de salud. La Sra. Bórquez indicó que en Chile había un debate intenso sobre cómo encarar los problemas creados por la coexistencia de dos sistemas con orientaciones muy diferentes. Nadie creía que sería posible regresar a un sistema exclusivamente público, pero era claramente necesario introducir cambios legales para permitir el acceso equitativo de las mujeres y acabar con la discriminación de que son objeto por parte del sistema privado.

Se recalcó que el debate en torno a la reforma sanitaria debe tomar en consideración la salud y el acceso de las mujeres a los servicios. Un representante señaló que, en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, celebrada en la OPS en 1995, se prestó poca atención a la salud de la mujer. También indicó que el documento aprobado en la Conferencia de Beijing contenía una sola referencia a la repercusión de

la reforma sanitaria y el ajuste estructural en las mujeres y su salud. Dichos temas simple y sencillamente no se tocaron. Compete al HDW la función decisiva de hacer resaltar la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el debate de la reforma sanitaria, tanto en el seno de la Organización como en los países. Se sugirió que el Programa podría ayudar a los países elaborando algún método que facilitara el análisis de cómo las medidas de reforma sanitaria, como la privatización o los cambios en la asignación de recursos para la promoción y protección de la salud, estaban afectando a las mujeres.

Otros asuntos

La Dra. Hartigan informó al Subcomité que el HDW estaba participando en una iniciativa relacionada con el Día Mundial de la Salud Mental, que se celebrará el 10 de octubre de 1996. El tema para 1996 era la salud mental de las mujeres, y el Programa estaba centrando su atención en la autoestima de la mujer como un factor en la salud mental. En colaboración con el Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental, el HDW estaba trabajando con grupos femeninos y otros actores en los países para difundir información sobre el tema. Se tenían planeadas otras actividades dentro de la Secretaría para hacer resaltar el tema de la autoestima de la mujer.

El Subcomité decidió incluir los siguientes temas en el programa de su 17.^a reunión:

1. Informe de las actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo en la Sede y en los países de la Región
2. Informe de los Estados Miembros sobre la formulación de planes nacionales de acción para poner en práctica las recomendaciones de las conferencias de El Cairo y de Beijing
3. Estudio de casos: La repercusión de la reforma sanitaria en la equidad de género
4. Actualización por el Departamento de Personal de la situación de las mujeres en la OPS
5. Actualización sobre el adiestramiento en materia de género impartido por la OPS en la Sede y sobre la incorporación de una perspectiva de género en otras esferas del trabajo de la Oficina
6. Actualización sobre el proyecto de calidad de la atención

7. Presentación por el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de sus actividades encaminadas a elaborar indicadores para vigilar la salud de la mujer a nivel de país

Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Organización Panamericana de la Salud

El Subcomité presentó las siguientes recomendaciones al Director, que fueron aceptadas en su lugar por el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto.

RECOMENDACIONES

En su calidad de órgano asesor del Comité Ejecutivo, el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo recomienda al Comité Ejecutivo que considere la conveniencia de tomar las siguientes medidas:

1. Tomar nota del informe de la 16.^a Reunión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.
2. Actualizar las atribuciones del Subcomité, tomando en consideración la propuesta presentada por el propio Subcomité.
3. Formular, por conducto del Consejo Directivo, recomendaciones concretas a los Estados Miembros o al Director de la OSP, del siguiente modo:

Recomendaciones a los Estados Miembros

1. Que amplíen el desglosamiento de los datos de salud por sexo y edad.
2. Que estimulen y promuevan que el sector de la salud ponga en práctica las resoluciones contenidas en los planes de acción aprobados por los propios Estados Miembros en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, concretamente mediante la formulación de planes nacionales de acción.
3. Que busquen diligentemente e impulsen la implantación de mecanismos para introducir en los programas de estudios de los proveedores de servicios de salud cursos que los preparen para satisfacer las diferentes necesidades sanitarias de hombres y mujeres.

Recomendaciones a los Estados Miembros y al Director

1. Que promuevan la participación de las ONG que están empeñadas en lograr la equidad para ambos sexos en la discusión y la ejecución de los planes y programas de política de salud.
2. Que prosigan activamente posibles formas de incorporar la perspectiva de género en el análisis y el debate de la reforma sanitaria, y velen por que cuando dicha reforma salud sea abordada por los Cuerpos Directivos u otros foros, siempre se incluya la evaluación de sus efectos en las mujeres y su salud.
3. Que estimulen y apoyen la realización de estudios sobre la repercusión de los procesos de reforma en la equidad para ambos sexos en materia de salud, y que promuevan y organicen reuniones para tratar y analizar los resultados.

Recomendaciones al Director

1. Que siga apoyando el adiestramiento en materia de género y salud del personal de campo de la OPS y lo intensifique en la Sede.
2. Que elabore una manera de vigilar la incorporación de la perspectiva de género en todos los aspectos del trabajo de la Oficina.
3. Que lleve adelante su función de liderazgo en cuanto al adelanto profesional de las mujeres dentro de la OPS, y que cada año brinde al Subcomité la oportunidad de evaluar y formular sus observaciones con respecto a la contratación, retención y promoción de mujeres dentro de la Organización.
4. Que recomiende métodos para ayudar a los Estados Miembros a determinar y estudiar los cambios motivados por los procesos de reforma sanitaria en la equidad para ambos sexos por lo que hace al acceso a servicios sanitarios de calidad.

El Dr. Brandling-Bennett dijo que el Director lamentaba no haber podido asistir para recibir en persona las recomendaciones del Subcomité. Felicitó al Subcomité por haber formulado un número manejable de recomendaciones bien centradas, y dijo estar seguro de que el Director quedaría complacido con ellas. Aseguró a los representantes que la Secretaría asignaba gran importancia a la aplicación de las decisiones y recomendaciones de las conferencias de El Cairo y de Beijing. Con respecto al programa de temas propuesto, invitó a los miembros a que comunicaran al Programa o al Director otros temas que quisieran incluir. Finalmente, aseguró al Subcomité que el Director procuraría que a la 17.^a reunión de este asistieran representantes de otros programas de la OPS cuyo trabajo estaba estrechamente relacionado con el del HDW.

PROGRAMA DE TEMAS

1. Apertura de la Reunión
2. Elección para la Presidencia, Vicepresidencia y Relatoría
3. Adopción del programa de temas y del programa de sesiones
4. Informe del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo acerca de las actividades realizadas en 1995 y las propuestas para 1996
5. Informe sobre la ejecución de las recomendaciones emanadas del Subcomité en 1995
6. Informe sobre el papel de la OPS/OMS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrado en Beijing
7. Examen de los términos de referencia y propuesta de reglamento interno para las reuniones del Subcomité
8. Informe de seguimiento sobre el adiestramiento en materia de género ofrecido en la Sede de la OPS y en las Representaciones de la OPS/OMS
9. La calidad de la atención con una perspectiva de género: información actualizada sobre la labor de la OPS en este campo
10. Otros asuntos

LISTA DE LOS DOCUMENTOS

- MSD16/3 Informe del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo acerca de las actividades realizadas en 1995 y las propuestas para 1996
- MSD16/4 Informe sobre la ejecución de las recomendaciones emanadas del subcomité en 1995
- MSD16/5 Informe sobre el papel de la OPS/OMS en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing
- MSD16/6 Examen de los términos de referencia y propuesta de Reglamento Interno para las Reuniones del Subcomité
- MSD16/7 Informe de seguimiento sobre el adiestramiento en materia de género ofrecido en la sede de la OPS y en las Representaciones de la OPS/OMS
- MSD16/8 La calidad de la atención con una perspectiva de género: información actualizada sobre la labor de la OPS en este campo

LISTA DE PARTICIPANTES



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL

16th MEETING OF THE SPECIAL SUBCOMMITTEE ON WOMEN, HEALTH, AND DEVELOPMENT

Washington, D.C., 27-29 March 1996

MSD16/2, Rev. 1

28 March 1996

28 marzo 1996

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

BOLIVIA

Dr. Javier Torres Goitia
Subsecretario Nacional de Salud
Ministerio de Desarrollo Humano
La Paz

CANADA/CANADÁ

Ms. Abby Hoffman
Director General
Women's Health Bureau
Health Canada
Ottawa, Ontario

**SAINT KITTS AND NEVIS
SAINT KITTS Y NIEVES**

Dr. Earl Asim Martin
Minister of Health and Women's Affairs
Ministry of Health and Women's Affairs
Basseterre

**UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

Dr. Susan J. Blumenthal
Deputy Assistant Secretary for Women's Health
Office of Public Health and Science
Washington, D.C.

Dr. Elena Rios
Advisor for Regional and Minority Women's Health
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. Mary Lou Valdez
International Health Officer
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

URUGUAY

Dra. Beatriz Rivas
Directora de la Unidad de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

OBSERVERS
OBSERVADORES

PAHO MEMBER GOVERNMENTS
GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

BAHAMAS

Dr. Merceline Dahl-Regis
Maternal and Child Health Consultant
Ministry of Health and Environment
Nassau

Ms. Monique D. Major
Attaché
Embassy of the Bahamas
Washington, D.C.

Ms. Sheila Carey
Chargé
Embassy of the Bahamas
Washington, D.C.

OBSERVERS (cont.)
OBSERVADORES (cont.)

PAHO MEMBER GOVERNMENTS (cont.)
GUBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS (cont.)

BRAZIL/BRASIL

Sr. Orlando Timponi
Conselheiro, Missão Permanente do Brasil
junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Eugênia Barthelmess
Secretária, Missão Permanente do Brasil
junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA

M. Alain de Keghel
Observateur adjoint de la France
près l'Organisation des Etats Américains
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Dr. Jorge Cicero Fernández
Consejero, Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Lic. Rosario Hernández de López
Viceministra
Ministerio de Salud
Managua

OBSERVERS (cont.)
OBSERVADORES (cont.)

GOVERNMENTAL AGENCIES
AGENCIAS GUBERNAMENTALES

MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS (SERNAM)
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER (SERNAM)

Sra. María Angélica Bórquez
Jefa, Departamento de Planificación y Estudios
Servicio Nacional de la Mujer
Santiago, Chile

INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN, ORGANIZATION
OF AMERICAN STATES (CIM/OAS)
COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES, ORGANIZACIÓN
DE ESTADOS AMERICANOS (CIM/OEA)

Ms. Caroline Murfitt-Eller
Principal Specialist
Washington, D.C.

OBSERVERS (cont.)
OBSERVADORES (cont.)

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

FIRST WORKS INTERNATIONAL

Ms. Meryl James-Sebro
Director
Columbia, Maryland

LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN WOMEN'S HEALTH
NETWORK
RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS
Y DEL CARIBE

Dra. Mabel Bianco
Directora de la Red de Salud de las
Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
Fundación para Estudio e Investigación
de la Mujer (FEIM)
Buenos Aires, Argentina

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité*

Sir George Alleyne
Director

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Mirta Roses
Assistant Director/Subdirectora

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration/Jefe de Administración

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José María Paganini
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. José R. Teruel
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. João Yunes
Acting Director, Division of Health Promotion and Protection
Director Interino, División de Promoción y Protección de Salud

PAN AMERICAN SANTARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Dr. Ciro de Quadros

Director, Special Program on Vaccines and Immunization

Director, Programa Especial de Vacunas e Inmunización

Dr. Irene Klinger

Chief, Office of External Relations

Dr. Juan Manuel Sotelo

Chief, Office of Analysis and Strategic Planning

Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Pamela Hartigan (*Technical Secretary/Secretaria Técnica*)

Coordinator, Women, Health, and Development Program

Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo

Chief, Department of Conference and General Services

Jefe, Departamento de Conferencia y Servicios Generales

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services

Jefe, Servicios de Conferencia y Secretaría

Ms. Janice A. Barahona