



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **21.ª 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*

---

*Punto 4 del orden del día provisional*

MSD21/3, Rev. 1 (Esp.)  
23 febrero 2005  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### **INFORME SOBRE LOS ADELANTOS DE LA OPS EN MATERIA DE GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO**

Este documento resume los avances de la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana en el Área de 'Mujer, Salud y Desarrollo' durante el período comprendido entre las 20.º y 21.º Sesiones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (marzo, 2003-marzo 2005).

Los objetivos de este informe son dos: el primero es presentar las principales actividades y logros de la Oficina durante el período de la referencia, en términos de su marcha hacia la integración de criterios de igualdad de género en los objetivos y estrategias de su quehacer técnico. En segundo lugar, y considerando la coyuntura histórica que representa la próxima formulación de una política organizacional de igualdad de género, invitar las observaciones de este Subcomité con respecto a la evaluación de lo logrado y a su futura proyección; y, dentro de este contexto de futuro, proporcionar sus insumos en relación con el papel que jugarían los cuerpos técnicos, consultores y directivos de la Organización en el proceso de lograr que la igualdad de género se convierta efectivamente en un eje transversal de la cooperación.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
El contexto .....	3
Las acciones y los logros .....	6
Avances impulsados por la Unidad de Género, Etnia y Salud .....	6
Avances coordinados por otras unidades técnicas de la OSP .....	13
Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) .....	13
Unidad de Salud de la Mujer y Materna (FCH/WM) .....	13
Unidad de Políticas de Salud (SHD/HP) .....	15
Unidad de Enfermedades Transmisibles (DPC/CD) .....	16
Unidad de Enfermedades No Transmisibles (DPC/NC) .....	17
Avances liderados por Representaciones de OPS/OMS en los países .....	18
Belice .....	18
Bolivia .....	20
Chile .....	21
Nicaragua .....	24
Temas para el debate .....	26
Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo .....	28

## **Introducción**

1. El presente informe resume los avances de la cooperación técnica de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud en el Área de “Mujer, Salud y Desarrollo” durante el período comprendido entre las 20.<sup>a</sup> y 21.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (marzo, 2003- marzo 2005).

2. El propósito de este documento es doble. El primero es el de presentar las principales actividades y logros del Secretariado en términos de su contribución al logro de la meta de igualdad de género en la Región. El segundo, considerando la coyuntura histórica que representa la próxima formulación de una política organizacional de igualdad de género<sup>1</sup>, invitar los insumos y recomendaciones de este Subcomité respecto a áreas prioritarias para el proceso de “transversalización”<sup>2</sup> institucional de la perspectiva de igualdad de género, roles de actores involucrados, y mecanismos de rendición de cuentas que hagan efectiva tal política.

3. El documento se ha organizado en tres secciones: La primera hace referencia al contexto institucional en que se están desarrollando los avances de la Organización en materia de igualdad de género. La segunda, resume las acciones en tal materia lideradas por la Unidad de Género, Etnia y Salud así, como por otras unidades técnicas y oficinas de país de la Secretaría. La tercera alude al reto que envuelve el compromiso de implementar una política institucional de igualdad de género, señalando las áreas en que se solicitan insumos del Subcomité.

## **El contexto**

4. La 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo —inicio del período cubierto por este informe— tuvo lugar mes y medio después de la posesión de la primera mujer elegida para ocupar el cargo de Directora de la OPS, al cumplirse 100 años de existencia de la Organización.

---

<sup>1</sup> Igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres tienen las mismas oportunidades para disfrutar de óptima salud y participar en las decisiones que afectan su salud, la de sus familias y la de sus comunidades.

<sup>2</sup> La transversalización de género, se refiere al proceso de ponderar las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier tipo de acción planeada, incluyendo legislación, políticas y programas, en todas las áreas y niveles. Es la estrategia para hacer que los intereses y las experiencias, tanto de las mujeres como de los hombres, constituyan una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera tal que las mujeres y los hombres se beneficien igualmente y no se perpetúe la desigualdad. La meta última es el logro de la igualdad de género (Naciones Unidas, 1997)

5. La estrategia gerencial formulada durante la reestructuración de la Oficina Sanitaria Panamericana priorizó el trabajo con aquellos grupos de población que sufren las mayores inequidades en salud. Dentro de tales grupos se identificó el de las mujeres, comprometiéndose la Secretaría a apoyar los países en el diseño de intervenciones que disminuyeran las brechas de género. Es en esta línea, que la Dirección de la OPS ha planteado la inmediata formulación e implementación de una política de igualdad de género que permee el trabajo de toda la Organización.

6. La prioridad asignada a este objetivo responde, por un lado, a mandatos institucionales de OPS/OMS de larga data y, por el otro, a compromisos adquiridos por los países en conferencias internacionales desde el año 1975. Dentro de los mandatos internos se destacan las recomendaciones emitidas desde su creación en 1980, por el Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, así como la Política de Género de la OMS promulgada en 2002. Dentro de los mandatos internacionales, además de los Acuerdos emanados de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, CEDAW (1979), Cairo (1994), Belem do Pará (1994), Beijing (1995), Quebec (2002), figura de manera destacada la Declaración de Desarrollo del Milenio (2000) que singularizó como uno de sus ocho objetivos globales, el logro de “la igualdad de género y el “empoderamiento” (en inglés, *empowerment*) de las mujeres”.

7. En este contexto, el anterior Programa Mujer, Salud y Desarrollo experimentó cambios significativos en cuanto a objetivos y ubicación institucional. Dicho programa —que durante 10 años había venido funcionando dentro de la División de Salud y Desarrollo Humano— pasó a convertirse en febrero del 2003 en la Unidad de *Género y Salud* (GH) del Área de Gobernanza y Políticas de la Dirección de Manejo de Programas. Posteriormente, en agosto del 2004, se produjeron otros dos cambios importantes para esta unidad: la adición de la responsabilidad de promover y apoyar una política corporativa de igualdad étnica, y la reubicación del grupo bajo la responsabilidad directa de la Subdirección (AD).

8. El cambio de “mujer” a “género” en la denominación respondió a la decisión de OPS de alinearse explícitamente con tendencias internacionales —que incluyen a la OMS— en la concepción de la cooperación técnica en el área de mujer y desarrollo. Esta concepción ha venido evolucionando desde el enfoque de “Mujer en el desarrollo” (MED), predominante en los años 70, hacia el enfoque de “Género y desarrollo” (GAD) que ha orientado los acuerdos internacionales de los últimos 11 años. La diferencia fundamental entre los dos enfoques radica en el hecho de que, mientras el primero ve a las mujeres como el problema, el segundo examina el contexto de las vidas de las mujeres en la familia, la economía y la sociedad, e identifica la desigualdad como el problema. En concordancia con tales concepciones, las intervenciones MED se dirigen a subsanar las “carencias” de las mujeres a través de intervenciones dirigidas

exclusivamente a ellas, en tanto que el enfoque GAD apunta a la transformación de las estructuras e instituciones que reproducen las desigualdades entre mujeres y hombres. El primero tiende a ser asistencial; el segundo se afianza en el “empoderamiento” de las mujeres y en estrategias de cambio institucional. Dentro de este tipo de estrategias figura con prominencia, la “transversalización de género” (en inglés, *gender mainstreaming*), recomendada por la conferencia de Beijing (1995).

9. Otro cambio sustantivo fue la adición de la temática de promoción de la igualdad étnica en salud al quehacer de la unidad. Esta adición se basó en el reconocimiento de denominadores comunes ligados por un lado, a principios éticos de equidad y derechos humanos y, por otro, a estrategias compartidas de cooperación técnica que enfatizan la transversalización y el “empoderamiento” para el logro de los objetivos de igualdad. La determinación de la Dirección de hacer efectivos estos compromisos fue reafirmada, posteriormente, con la reubicación institucional de la unidad en una posición estratégica que le facilitará, por un lado, el acceso oportuno a los niveles más altos de decisión y, por el otro, la coordinación horizontal con los distintos grupos de trabajo, unidades técnicas y administrativas de la Organización y representaciones de la OPS/OMS. La denominación asignada a la nueva Unidad fue la de *Género, Etnia y Salud* (AD/GE).

10. El período actual representa una importante transición funcional para GE, en la que coexisten viejas y nuevas responsabilidades. Es importante subrayar, sin embargo, que las nuevas responsabilidades no implican un viraje fundamental en sus metas y estrategias de cooperación técnica (CT). Esto en razón de que, primero, desde 1990, su mandato fue planteado en términos de integración de la perspectiva de equidad de género en las políticas y los programas de la OPS; y, segundo, de que en congruencia con tal meta, el enfoque estratégico de la CT de la unidad ha venido apuntando sistemáticamente hacia la transversalización (*mainstreaming*) la cual incluye, como se discutirá luego, los componentes de generación de evidencia, capacitación, abogacía, e institucionalización. El salto cualitativo, por tanto, se refiere menos al *qué* y *cómo*, que al *con quién* se continuará esta misión. Esto porque la tarea hasta ahora vista como de unos individuos, comenzará a verse como de toda la Organización. Es prudente tener en cuenta, sin embargo, que la ampliación del rango de actores, traerá consigo una ampliación de expectativas asociadas con el rol de apoyo de GE al proceso de implementación de la política. Vale resaltar que, aunque la implementación de la política se programe de manera gradual, ciertamente aumentará significativamente las demandas sobre la unidad y exigirá una sustantiva movilización de recursos técnicos, financieros y políticos.

## **Las acciones y los logros**

### ***Avances impulsados por la Unidad de Género, Etnia y Salud<sup>3</sup>***

#### *Objetivos y estrategias*

11. La meta que guía las acciones de GE en el área de género, es la de contribuir al logro de la igualdad entre mujeres y hombres en las oportunidades de disfrutar un nivel óptimo de salud, de contribuir al bienestar de sus familias y comunidades, y de participar como decisores en los procesos de desarrollo de la salud tanto personal como colectiva. Para el logro de esta meta, GE ha enfatizado la eliminación de desigualdades sistemáticas, injustas y evitables en a) la salud y sus determinantes, b) el acceso a atención de calidad— independientemente de la capacidad de pago, y en c) la distribución de responsabilidades, beneficios y poder en la gestión de la salud.

12. La estrategia para el logro de estos objetivos ha apuntado hacia el desarrollo de herramientas de transversalización del enfoque de género en áreas claves para la equidad de género en salud. Esta estrategia ha tenido cuatro componentes básicos íntimamente articulados entre sí y cimentados en el trabajo participativo en el terreno:

- Generación de evidencia sobre las inequidades de género y su relación con la salud y el desarrollo, y comunicación de esta evidencia para fines de capacitación y abogacía.
- Construcción de capacidad en gobiernos y sociedad civil para la introducción del enfoque de igualdad de género en el análisis, la planificación, y la abogacía en salud.
- Creación de redes, asociaciones y coaliciones intersectoriales de actores interesados con el fin de consensuar e impulsar agendas pro-igualdad de género.
- Institucionalización de políticas y de mecanismos de rendición de cuentas con participación de los grupos afectados, particularmente las mujeres.

13. Las premisas que han guiado las acciones y estrategias de GE se remiten al reconocimiento de los siguientes principios: a) la salud como derecho humano; b) la igualdad de género como fin en sí mismo y como condición para el logro de un desarrollo sostenible; c) la equidad como instrumento para alcanzar la igualdad; d) la participación como derecho ciudadano, y el “empoderamiento” como condición indispensable para lograr igualdad; e) la necesidad de enfrentar niveles múltiples de exclusión y discriminación, fundamentalmente, los asociados con género, etnia, y edad; f) la

---

<sup>3</sup> Denominada hasta julio del 2003, Unidad de Género y Salud

importancia de trabajar intersectorialmente para abordar los determinantes de la salud y dar respuestas integrales e integradas; y finalmente, g) la construcción colectiva como garante de la apropiación de los procesos por parte de la población.

*Principales actividades y resultados*

14. Los avances de GE en dirección de la promoción de la igualdad de género en salud se han concentrado en las líneas de acción<sup>4</sup> que se describen a continuación:

- Generación de evidencia, y democratización de la información sobre género, salud y desarrollo
- Integración de la perspectiva de equidad de género en el desarrollo y monitoreo de las políticas de reforma del sector salud
- Consolidación del modelo intersectorial de prevención y respuesta integrada a la violencia basada en factores de género y extensión de su metodología a otras áreas de la salud.
- Desarrollo de insumos para la formulación de una política OPS de igualdad de género.

a) *Generación y democratización del conocimiento sobre género y salud*

15. Dentro de esta línea de acción se destacan los logros en materia de producción de información y herramientas técnicas, capacitación para el análisis estadístico con enfoque de género, integración de indicadores sensibles al género en el conjunto de datos básicos de OPS, y utilización de los medios modernos de comunicación para hacer accesible la información y facilitar el intercambio a actores interesados.

16. Con la participación y apoyo de GE se produjeron durante este período un conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas en el área de análisis de la salud. El desarrollo de las mismas fue enriquecido por intercambios con expertos/as a través de la Región, así como con organismos tales como OMS, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Oficina de la Salud de la Mujer (*Women's Health Bureau/Health Canada*), y el Centro Kobe para el Desarrollo de la Salud en Japón. Entre estas herramientas se destacan las siguientes publicaciones y documentos de trabajo:

---

<sup>4</sup> El desarrollo de estas líneas de acción ha contado con el apoyo financiero de los Gobiernos de Suecia y Noruega, de las Fundaciones Ford y Rockefeller, del Fondo de población de las Naciones Unidas (FNUAP) y de Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

- *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. 2003, OPS, Washington, D.C.* Boletín bianual estadístico. Esta iniciativa ha sido replicada en Belice, Perú y El Salvador,
- *Equidad de Género y Salud en las Américas: Elementos para un diagnóstico (OPS, Washington DC, 2004. Dossier con tres separatas: 1) Desigualdades socioeconómicas entre mujeres y hombres en América Latina. 2) Igualdad de género en salud en las Américas: Marco legal. 3) Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI*
- *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud, OPS, Washington DC, 2004.* Marco conceptual y metodológico.
- *Perfil de salud de mujeres y hombres en Chile, OPS, Santiago de Chile, 2004.*
- Módulos de capacitación para la introducción del análisis de género en las estadísticas de salud (En progreso)
- Guía para la elaboración de perfiles de género y salud (en progreso).

17. GE avanzó en su estrategia de fortalecimiento de capacidades nacionales e institucionalización de procesos de producción y utilización de indicadores relevantes para tal propósito. Esta estrategia involucra el aprendizaje conjunto y el diálogo entre usuarios y productores de información —en gobierno y sociedad civil— con miras a garantizar la relevancia política, la calidad y la utilización de tal información. Entre los actores sistemáticamente convocados figuran los ministerios de salud y de la mujer, los institutos nacionales de estadística y de seguridad social, universidades, ONGs de mujeres, y agencias internacionales. La primera fase de esta iniciativa fue la realización de talleres de capacitación. Como resultado de estos talleres, se conformaron grupos de trabajo intersectoriales coordinados por los ministerios de salud, los cuales se encuentran desarrollando no solo boletines y perfiles estadísticos de género y salud, sino también, estrategias para institucionalizar la producción y análisis de estadísticas sensibles a género. Esta iniciativa, se viene llevando a cabo en todos los países de Centro América, con la colaboración del Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (PAHO/AIS).

18. La unidad GE también forma parte del Grupo de Consulta Interprogramático sobre Datos Básicos y Análisis de Salud, coordinado por AIS. Esta membresía ha facilitado la interacción con las demás Unidades de la Oficina con respecto al tema de indicadores, así como la integración de indicadores sensibles al género en la iniciativa regional de datos básicos en salud de la OPS coordinada por AIS.



19. GE continúa implementando su estrategia de *Información, educación y comunicación*, (GenSalud) en respuesta a la necesidad de los países de acceder a información relevante en género y salud, e intercambiar conocimientos y experiencias. Gensalud incluye dos sitios web, un listserve, una biblioteca virtual administrada en Costa Rica, y una plataforma para el desarrollo de foros virtuales. Esta estrategia ha multiplicado el radio de acción de OPS, facilitado la creación de comunidades virtuales de conocimiento, aprendizaje y abogacía, y además ha estimulado y apoyado el desarrollo de iniciativas similares en otros países de la Región.

b) *Integración de la perspectiva de equidad de género en las políticas de reforma del sector salud*

20. La OPS fue la agencia pionera en la Región en el señalamiento de las inequidades de género ligadas a las políticas y procesos de reforma del sector salud (RSS), y en la iniciación de un proceso de abogacía basada en la evidencia para abordar este problema. Importantes logros fueron alcanzados durante este período en el área **de generación y validación de instrumentos analíticos y metodológicos**. Las publicaciones y documentos de trabajo que los reflejan, y que se enumeran a continuación, fueron resultado de procesos de consulta regional y nacional realizados a través de medios tanto presenciales (talleres de trabajo) como virtuales (foros electrónicos).

- Guía para evaluar la equidad de género en las políticas de salud, Washington DC, OPS, 2004
- Equidad de género y reforma del sector salud en América Latina. Capítulo dentro de publicación del Comité Internacional para la Cooperación en investigación en Demografía, CICRED (en edición)
- *Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Washington DC, OPS, 2004
- *Políticas para la mujer y la equidad de género en los municipios*, OPS, Perú, 2003
- *Procesos de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina, Cinco estudios de caso*. México, OPS/Funsalud/FNUAP/Banco Mundial, 2004
- Propuesta para estimar el valor de la producción no remunerada de servicios de salud en los hogares (En progreso, en asociación con la Unidad de Políticas de Salud SHD/HP).
- Costeo de los servicios de salud sexual y reproductiva. Bases para el desarrollo de una metodología. Trabajo realizado en asocio con la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Bogotá, 2004.

- Equidad de género en el acceso a servicios de salud en cuatro países. WDC, OPS, 2004.

21. En términos de **fortalecimiento de capacidades y creación de redes de abogacía** para avanzar agendas de igualdad de género en las políticas de reforma, cabe destacar el Programa de Capacitación Regional, “Adaptándose al Cambio: Salud y derechos sexuales y reproductivos y reforma del sector salud”. Esta iniciativa conjunta de FNUAP/OPS/Banco Mundial —con la secretaría de Funsalud/Population Council— planificó y facilitó dos cursos regionales (en Oaxaca 2003, y Mérida 2004) con la participación en cada uno de éstos, de equipos intersectoriales de gobierno y sociedad civil de siete países. La estrategia de este programa incluye el apoyo nacional a trabajo en equipo antes, durante y después del curso, en términos de a) preparación de análisis de situación, b) diseño de planes de trabajo intersectorial, y c) implementación de los mismos. Los resultados están siendo muy alentadores.

22. Dentro de este contexto de capacitación y abogacía en el tema de equidad de género y reforma, GE organizó en el nivel regional; a) tres talleres internacionales de capacitación para puntos focales y contrapartes nacionales en gobierno y sociedad civil; b) dos foros interagenciales con fines de abogacía, con participación de universidades y redes del movimiento de mujeres; c) un foro virtual con participantes de 25 países de dentro y fuera de la Región. En el nivel subregional y en los países de Centro América, así como también en Chile, Perú y Bolivia, se han desarrollado coordinadamente con el nivel regional, programas de capacitación y abogacía, con un fuerte énfasis en el facilitamiento de diálogo entre gobierno y sociedad civil para generación de propuestas consensuadas.

23. En Chile, laboratorio inicial de esta experiencia, las alianzas intersectoriales construidas desde 2001 han permitido sensibilizar actores de gobierno, empoderar grupos de la sociedad civil, avanzar propuestas de ley para eliminar la discriminación de género en los sistemas de aseguramiento privado, y crear **mecanismos de monitoreo de políticas**. Entre éstos mecanismos se destaca el “Observatorio de equidad de género en políticas de salud”, instalado en la Universidad de Chile (2004) con la participación de la sociedad civil. Este observatorio constituye un modelo de vigilancia social de políticas que ya se está replicando en otra provincia de Chile.

- c) *Modelos de intervención intersectorial para un abordaje integral de la violencia contra las mujeres y de otros problemas de inequidad de género*

24. Desde 1994, a partir de una investigación sobre el terreno, OPS ha venido desarrollando un modelo de atención para prevenir y responder a la violencia basada en género (VBG). Este modelo, implementado en diez países (Belice, Bolivia, Costa Rica,

Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú), tiene tres grandes componentes: a) creación de redes comunitarias en el nivel local; b) desarrollo de normas, protocolos, y sistemas de vigilancia en el nivel sectorial; y c) desarrollo de políticas y legislación en el nivel nacional. Este modelo ha sido replicado por otras entidades en siete países adicionales, y está siendo utilizado para abordar otros problemas distintos de violencia. La estrategia de transversalización de la equidad de género a través de estos modelos se ha fundamentado en levantamiento de evidencia, construcción de capacidades, abogacía y formación de alianzas intersectoriales, e institucionalización de cambios y políticas. En este contexto, las principales actividades y productos durante el período han sido los siguientes:

25. **Producción de información y herramientas:** Durante el período en cuestión se produjeron las siguientes publicaciones:

- *La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud, WDC, OPS, 2003*
- *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica: Informe subregional (San José, Costa Rica, OPS, 2003*
- *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. WDC, OPS, 2004*

26. En coordinación con la Unidad de Espacios Saludables de OPS y el CDC, la unidad ha trabajado hacia el mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica. En tal sentido, se han establecido sistemas de vigilancia en cinco países, se está probando una ficha de registro, y se produjo (2004) una guía para la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar/doméstica y sexual.

27. En términos de herramientas para el nivel nacional, se elaboró una propuesta de modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres que está siendo validada en Brasil, Costa Rica, Honduras y la República Dominicana. Este esfuerzo ha contado con los insumos y el respaldo de UNIFEM, Comisión Interamericana de Mujeres/OEA, FNUAP, Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, Centro por los Derechos a la Salud Reproductiva, Isis Internacional y el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). En relación con normas para el nivel sectorial, GE está colaborando con Género y salud de la mujer (GWH)/OMS para adaptar y someter a validación en Nicaragua el **protocolo** médico-legal de OMS de atención a víctimas de violencia sexual.

28. **Capacitación de los recursos humanos.** Se llevó a cabo en sectores prioritarios (salud, justicia, oficinas de la mujer y/o equidad de género, y educación), con énfasis en las competencias para la prevención, atención y desarrollo de programas integrales. Se condujeron programas de capacitación en 10 países, entrenándose más de 15,000

funcionarios de salud y otros sectores. Se introdujo el tema de la VBG en los planes de estudio de educación primaria en Belice y Perú y en los planes universitarios en Belice, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Perú. En 2004 se implementó el primer curso regional a distancia sobre atención integral a la violencia doméstica y violación sexual contra las mujeres, con la participación de 16 países, y en coordinación con el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. Se creó una comunidad regional de intercambio de conocimientos a través de foros virtuales y un listserve.

29. **Abogacía y promoción del diálogo intersectorial e interagencial.** Los paquetes y hojas informativas para la abogacía, y las publicaciones impresas distribuidas a través de Gensalud y la página Internet han contribuido al diálogo entre distintos actores en los niveles regional, subregional, nacional y local. Durante 2004 se inició la Campaña Regional “Por una Respuesta a la Violencia contra las Mujeres” que concluye el 28 de Mayo del 2005, la cual ha movilizado diversos sectores y nuevos actores tales como las empresas privadas. Solo en Noviembre de 2004 fueron distribuidas más de 35,000 copias en 17 países de los materiales producidos para dicha campaña. Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, República Dominicana, Panamá y Venezuela han promovido actividades de abogacía utilizando estos materiales. En términos de alianzas interagenciales, las agencias socias han sido UNIFEM, CIM/OEA, UNIFEM, FNUAP, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Isis Internacional, Ipas, y Consorcio Latinoamericano sobre VBG.

30. Coordinación con otras iniciativas OPS: Este modelo de atención ha sido el puente para el desarrollo de iniciativas conjuntas con otras unidades de OPS: la primera, con Salud de la Mujer y Salud Materna (WM), para **involucrar a los hombres en los programas de salud sexual reproductiva**, está siendo ejecutada en seis países de Centroamérica. La segunda, con la **Iniciativa 3 x 5**, para tomar el modelo de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para la prevención y atención al VIH/SIDA.

d) *Desarrollo de la política de Igualdad de Género*

31. En preparación para la formulación de la política y el plan de acción de OPS sobre igualdad de género, GE ha desarrollado los siguientes insumos: Análisis de marco normativo, contexto socioeconómico, estado de situación de equidad de género en salud, análisis de actores externos (en progreso), y una propuesta de política que se presentará para discusión durante esta sesión del Subcomité.

## **Avances coordinados por otras unidades técnicas de la OSP**

### ***Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS)***

32. En seguimiento de los compromisos asumidos durante la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité Mujer, Salud y Desarrollo con respecto a la incorporación del enfoque de género en las iniciativas de datos básicos y análisis de salud, AIS designó una profesional para el trabajo coordinado con GE. Las siguientes son las principales actividades desarrolladas colaborativamente:

33. Participación de AIS en la iniciativa GE de preparación de módulos de entrenamiento y facilitamiento del Curso-Diplomado en estadísticas e indicadores de género, auspiciado por la Universidad Centroamericana, el Instituto Nicaragüense de la Mujer y el Sistema de Naciones Unidas, en Managua, Nicaragua ( noviembre, 2003).

34. Apoyo al desarrollo del folleto de indicadores estadísticos en Género y Salud, y de la propuesta de integración de la perspectiva de género en las estadísticas de salud, elaborados por GE.

35. Recopilación y revisión de bibliografía sobre género y salud, y de metodologías para análisis de situación de salud (ASIS) con enfoque de género, a fin de elaborar una propuesta de ASIS con enfoque de género.

36. Sugerencias sobre incorporación del tema género en a) la Reunión de directores nacionales de estadísticas vitales y de salud de las Américas; b) en la propuesta sobre perfiles de salud urbana elaborada por la Unidad de Espacios Saludables de OSP; y c) en el trabajo del Subgrupo de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

37. En el análisis de causas de muerte, AIS ha continuado avanzando —e insistiendo a los países— en el ordenamiento de las principales causas de muerte según sexo. Se está estudiando, además, el tema de la violencia doméstica como causa de muerte en embarazadas, actividad que espera potenciarse. Algunos países, como Brasil, están incluyendo este tema en la vigilancia de la mortalidad materna.

### ***Unidad de Salud de la Mujer y Materna (FCH/WM)***

38. El marco estratégico regional de reducción de la mortalidad materna reconoce explícitamente que el “empoderamiento” de las mujeres, las familias y las comunidades (MFC) es fundamental para reducir la mortalidad materna. En este marco, el logro del “empoderamiento” de las mujeres incluye acciones de fortalecimiento de las capacidades y competencias de las mujeres para autocuidarse, mantenerse saludables y tomar decisiones saludables, tales como responder a emergencias obstétricas y neonatales. Este

enfoque MFC ha estado integrado en todas las actividades de CT incluyendo el desarrollo de políticas, las intervenciones de cuidados obstétricos esenciales y la atención calificada del parto. El desarrollo de este marco se basó en las discusiones sostenidas con 11 países prioritarios y la sistematización de los programas de intervención de MFC a mediano plazo en cuatro países claves. Dicho marco ha sido esencial para el apoyo y fortalecimiento de los esfuerzos nacionales dirigidos al empoderamiento de MFC, especialmente en aquellos países donde los obstáculos culturales y socio-económicos se han identificado como contribuyentes claves a la mala salud materna y del recién nacido.

39. WM ha impulsado amplios esfuerzos institucionales para incorporar la perspectiva de género en el desarrollo de políticas regionales para la reducción de la mortalidad materna. Un esfuerzo trascendental en este sentido fue la promoción y el lanzamiento, en febrero del 2004, del “Consenso estratégico interagencial regional para la reducción de la mortalidad materna”. Este documento de políticas fue elaborado por el grupo de trabajo interagencial para la reducción de la mortalidad materna en consulta con los países, quienes de manera integrada, trabajaron en la identificación de las intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible, y la sistematización de las lecciones aprendidas y estrategias mas apropiadas para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas en la región. El enfoque de derechos, equidad e igualdad es el eje central de la propuesta estratégica, la cual representa una visión conjunta y común en cómo dar respuesta a las muertes maternas de manera cohesiva y unificada para optimizar la cooperación técnica y la colaboración dentro de los países y entre los organismos.

40. El énfasis en el tema de violencia contra las mujeres en el contexto de la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna se inició durante este periodo. El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema mundial de salud pública con impactos adversos sobre la salud materna y perinatal, llevó a WM a avanzar en la medición de ese impacto y en el mejoramiento de la comprensión de las conexiones entre ambos fenómenos. En tal línea, WM está desarrollando con el apoyo de GE, un protocolo multicéntrico de investigación sobre la asociación entre violencia durante el embarazo y salud materna y perinatal. Argentina, El Salvador, Guyana y Nicaragua serían los países participantes en esta investigación.

41. Un esfuerzo innovador hacia objetivos de equidad e igualdad de género, ha sido el relacionado con la iniciativa de incorporación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva, Este esfuerzo está llevándose a cabo de manera conjunta por WM y GE en seis países de Centro América<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Con apoyo financiero del Organismo Alemán de Cooperación Técnica (la GTZ).

42. La vigilancia de la mortalidad materna es vista como otro elemento fundamental para asegurar que la perspectiva de género sea una prioridad dentro de la OPS , así como para dar seguimiento al progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y lograr mayor eficiencia en las intervenciones. En tal sentido, WM ha estimulado el desarrollo de líneas basales de mortalidad materna en Bolivia, Brasil y Guatemala. En el 2004, se adoptaron medidas para llevar a cabo esta tarea en El Salvador y República Dominicana asegurando el apoyo de otras agencias, tales como el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y fortaleciendo el liderazgo de los Ministerios de Salud.

43. En esta misma línea de trabajo, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) ha proporcionado cooperación técnica a países prioritarios para mejorar la vigilancia de la salud materna y perinatal promoviendo el uso de instrumentos estandarizados como la historia clínica perinatal base y su programa computarizado de análisis automatizado de datos.

#### ***Unidad de Políticas de Salud (SHD/HP)***

44. En seguimiento a las recomendaciones del Subcomité en marzo del 2003, HP ha continuado mejorando —y aplicando en los países— instrumentos metodológicos para el monitoreo y evaluación de las reformas sectoriales en los sistemas de salud que incorporen indicadores relacionados con género. Estos instrumentos (perfiles de sistemas, análisis sectoriales, y medición de la exclusión en salud) desempeñan una doble función: medir los procesos y resultados de los cambios en los sistemas de salud y orientar la identificación y selección de intervenciones prioritarias, tanto para la formulación de políticas por los Estados miembros, como para la CT de la OPS.

45. Entre el 2003 y el 2004 se realizaron análisis sectoriales en Puerto Rico, Bolivia y Haití (<http://www.lachsr.org/es/hsanalyses.cfm>). La metodología hace énfasis en la exclusión en salud incluyendo sexo entre las variables analizadas.

46. Los perfiles de sistema son un informe del sistema de salud de cada país que proporciona, en forma sistematizada, una descripción sintética y analítica de la estructura y dinámica del sistema de salud, permiten monitorear y evaluar los procesos de reforma del sector y son el producto de la aplicación por los países de los Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de los Perfiles de Salud. Estos contienen variables e indicadores relacionados con la dimensión de género y se actualizan periódicamente. Actualmente 35 informes de país se encuentran disponibles a texto completo en la Internet (<http://www.lachsr.org>).

47. Se ha continuado utilizando la metodología de medición y caracterización de la exclusión social en salud. En la aplicación de este instrumento se recaba información relativa a una serie de indicadores relacionados con género, entre éstos: nivel de pobreza según sexo, nivel de pobreza de acuerdo al sexo del cabeza de familia, discriminación por sexo en la afiliación a los sistemas de protección de salud existentes; discriminación por sexo en la cobertura, el costo y los copagos de los planes de salud disponibles; gasto en salud del hogar por sexo del jefe de hogar; y tiempos de espera en la atención de salud, por sexo. Ello ha permitido conocer mejor la dinámica del acceso a la salud entre hombres y mujeres e identificar problemas de exclusión en salud en relación con factores de género.

48. En el área de recursos humanos en salud, HP, en conjunto con GE, se encuentra desarrollando las bases metodológicas y conceptuales para medir y asignar valor económico al trabajo no remunerado del cuidado producido en los hogares, en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (Este trabajo se detalla en otro documento presentado a este Subcomité). Valga señalar que en el contexto del análisis de políticas con respecto a los recursos humanos formales e informales del sistema, ha participado también la Unidad de Recursos Humanos SHD/HR, la cual ha introducido una sección sobre equidad de género en el Observatorio de Recursos Humanos.

49. En el ámbito del proyecto conjunto USAID/OPS, firmado a fines del 2004, se establece que se identificarán nuevos indicadores que incorporen la dimensión de género para las metodologías de perfiles de sistema y de análisis sectorial. Por otra parte, las Unidades HP, GE y Salud del Adolescente han elaborado conjuntamente una propuesta de investigación sobre el tema “género, edad y exclusión”. Existe también una propuesta de línea de trabajo en extensión de la protección social en salud en los países de las América Latina y el Caribe con énfasis en la atención materno-infantil, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

#### ***Unidad de Enfermedades Transmisibles (DPC/CD)***

50. El Proyecto para la Prevención y el Control de las Enfermedades Transmisibles Prioritarias, financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), incluye el género como un componente transversal y una estrategia de igualdad de género como parte de su plan de ejecución. El proyecto comprende 5 países (Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela) y trabajo en las áreas de tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedad de Chagas, dengue y enfermedades de la primera infancia (estrategia AIEPI).

51. Los tres objetivos de la estrategia para la igualdad de género del proyecto son: 1) integrar una perspectiva de género en la prestación de los servicios de salud a fin de mejorar el acceso a la asistencia, la cobertura y la calidad de los servicios; 2) procurar la



recopilación, presentación y distribución de datos por sexo, el análisis de los datos desde la perspectiva de género y la formulación de indicadores apropiados para medir los adelantos en materia de igualdad de género; 3) apoyar el diseño de intervenciones para mejorar la igualdad de género en los servicios de salud, específicamente con relación a las enfermedades transmisibles a las que está dirigido el proyecto.

52. Esta estrategia para la incorporación de una perspectiva de género se inició en el Paraguay, donde este proyecto colabora estrechamente con la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República para lograr la colaboración entre el proyecto y las líneas de acción del Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2003-2007 de dicha secretaría. De junio a agosto de 2004, el Departamento de Ciencias Sociales, del Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud, celebró una serie de talleres con participantes de todas las áreas del proyecto (tuberculosis, infecciones de transmisión sexual e infección por el VIH/SIDA, enfermedad de Chagas, estrategia AIEPI, vigilancia, salud materna). Se abordó la capacitación en torno al tema del género con el propósito de crear conciencia sobre la función del enfoque de género en la salud y el desarrollo humano y de desarrollar aptitudes para poner en marcha el enfoque de género en salud, específicamente en el proyecto de enfermedades transmisibles. Como producto de estas sesiones, los componentes de enfermedades del proyecto han examinado sus datos desde una perspectiva de género y, en virtud del análisis, están determinando cómo incorporar dicho enfoque en sus programas respectivos dentro del ámbito del proyecto. El próximo paso será la formulación de los planes de acción para cada componente de enfermedades que se llevará a cabo durante el próximo año del proyecto.

### ***Unidad de Enfermedades No Transmisibles (DPC/NC)***

53. La unidad “Enfermedades No Transmisibles”(NC) está desarrollando tres líneas de trabajo en las áreas de cardiovasculares, cáncer cérvico uterino y diabetes, cuyo eje fundamental es el “empoderamiento” de las mujeres para promover su propia salud.

54. La iniciativa “*Las mujeres hablan a las mujeres acerca de la salud*” es una respuesta al hecho de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura en las mujeres de la Región. El objetivo de esta iniciativa es el desarrollo de una estrategia de prevención de la mortalidad cardiovascular de las mujeres a través de cambios autónomos en sus estilos de vida. Actualmente está siendo sometida a prueba piloto en Panamá y Trinidad y Tobago. La iniciativa de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino responde asimismo, al hecho de que la mortalidad por cáncer cérvico uterino, pese a su carácter esencialmente prevenible, continúa manteniendo altos niveles en la Región, particularmente en los sectores de bajos ingresos. Su objetivo es, por tanto, promover la prueba de Papanicolau en toda la Región, con especial énfasis en lugares de alta pobreza en Perú (San Martín), El Salvador (Chalatenango), y Suriname (The Hinterlands). Ambos proyectos fomentan, por un lado, la acción comunitaria con énfasis

en la participación de mujeres líderes y, por el otro, la comunicación entre las mujeres. El acento está puesto en el proceso de comunicación social ligado a la prevención y los estilos de vida saludable, más bien que a tratamientos farmacológicos.

55. El Proyecto VIDA (*Veracruz Initiative for Diabetes Awareness*), tiene como objetivo mejorar el control de la diabetes a través de la participación activa de los/as pacientes, especialmente de las mujeres quienes son las más afectadas por esta enfermedad. A partir de investigación realizada en Argentina y Nicaragua, se está llevó a cabo una intervención en México que se está extendiendo a otros países de Centroamérica

### **Avances liderados por Representaciones de OPS/OMS en los países**

56. A continuación se describe la experiencia de cuatro Representaciones OPS/OMS en la Región que han sido precursores, dentro de la Organización, de la implementación de una estrategia de transversalización de género, tanto interna como en la CT en sus respectivos países. Ellos son, en orden alfabético, Belice, Bolivia, Chile y Nicaragua.

#### ***Belice***

57. La representación de la OPS/OMS en Belice está envuelta en un esfuerzo de incorporación de la perspectiva de género en su programa de cooperación técnica. La implementación de la iniciativa de GE “Reducción de las desigualdades de género en salud” ha venido apoyando este esfuerzo.

58. En 1998, la representación de la OPS/OMS promovió y apoyó una importante iniciativa de país, aprobada por el Primer Ministro, dirigida a sensibilizar a los miembros del gabinete sobre los conceptos de género y las implicaciones de incorporar tal perspectiva en el desarrollo general del país. Como resultado de este evento, se definieron varios planes y la Comisión Nacional de la Mujer desarrolló una Política Nacional de Género. En paralelo a la aprobación de esta política, se estableció el Comité para la Integración de la Perspectiva de Género que ha impulsado un conjunto de medidas para promover y poner en vigencia la política. En 2004, con el apoyo de UNIFEM, el Departamento de la Mujer impulsó una audaz iniciativa dirigida a instrumentar análisis presupuestales de género.

59. Durante el actual y el último presupuesto bienal por programas, la cooperación técnica de la OPS ha apoyado varios esfuerzos nacionales de importancia básica para la transversalización de la perspectiva de género en el ámbito de la salud. La primera fue el apoyo brindado a la formulación y aprobación de la Política sobre Salud Sexual y Reproductiva. Esta política aborda varias temáticas de género, entre ellas, el enfoque del ciclo de vida, la atención a la violencia de género, el tratamiento de la infección por

VIH/SIDA, y la masculinidad y la sexualidad. La OPS está colaborando actualmente con las autoridades nacionales para definir el plan de acción (en el ámbito de salud sexual y reproductiva) para la implementación de tal política. Otras iniciativas nacionales que dieron soporte a los componentes de igualdad de género fueron: la aprobación del proyecto del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el plan estratégico del país; la aprobación del plan de acción nacional para niños y adolescentes; y la participación en la elaboración del informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con la inclusión de indicadores de género.

60. Ciertamente, existen muchas otras oportunidades, planificadas y espontáneas, para canalizar los esfuerzos de incorporación de la perspectiva de género en los procesos regulares de programación y planificación. Con tal fin, la OPS ha contribuido a otros esfuerzos nacionales tales como: el Proyecto de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el distrito de Toledo (una comunidad indígena); los planes nacionales para la reducción de desastres; la nueva política de salud mental; y la investigación realizada en torno a cuestiones de salud ambiental.

61. Finalmente, la OPS y los organismos de las Naciones Unidas que trabajan en Belice participaron recientemente en un taller de capacitación de dos días de duración dirigido a todos los miembros del personal de tales organismos. El objetivo general fue institucionalizar la perspectiva de género en el trabajo de las agencias de las Naciones Unidas y aumentar la sensibilidad entre sus funcionarios. Las acciones de seguimiento del mismo vincularán los planes de país de las Naciones Unidas con los compromisos contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

62. La práctica y la cultura de incorporar la perspectiva de género en la cooperación técnica de la Representación de la OPS/OMS en Belice distan mucho de ser una experiencia institucionalizada; sin embargo hay éxitos concretos y lecciones que cabe mencionar, a saber:

- El apoyo, la promoción y el compromiso del representante de la OPS/OMS continúan desempeñando un papel fundamental.
- Las alianzas sostenidas con una pluralidad de actores, que van desde ministerios nacionales de la mujer, hasta grupos deportivos, líderes comunitarios, y academia, han abierto avenidas múltiples para iniciar o apoyar el fortalecimiento de procesos de incidencia política. .
- El valor de los esfuerzos de sensibilización interna y de actores nacionales clave, no puede ser enfatizado suficientemente.
- La existencia de un punto focal y la dinámica especial que añadió el que fuera responsable de las actividades más amplias de promoción de la salud, ha sido una ventaja plenamente aprovechada.

- La alianza nueva/fortalecida con los organismos de las Naciones Unidas es muy significativa para un país pequeño.
- El uso del presupuesto bienal por programas y de otros procesos internos de planificación ha sido un factor crítico para la creación de una cultura de planificación horizontal y de cooperación para la transversalización.

### ***Bolivia***

63. **Contexto:** El trabajo realizado en el tema de género y salud, resulta de la construcción de un proceso que proviene de años precedentes en los cuales se desarrolló, en conjunto con otros nueve países, la iniciativa de prevención y respuesta a la violencia intrafamiliar contra las mujeres. Cuando cesó el financiamiento externo para esta iniciativa, la Representación absorbió en su nómina a la profesional que coordinaba tal iniciativa. El énfasis de su trabajo en el área de género se situó en el de construcción de evidencia sobre desigualdades y en la coordinación de acciones de información, sensibilización y capacitación hacia gerentes en salud. Este grupo incluyó, entre otros, el Ministerio de Salud y Deportes, la Asociación de Mujeres Concejales de Bolivia, el Vice Ministerio de la Mujer, la Coordinadora de la Mujer, y la Red Nacional de ONG en Salud.

64. Los avances más destacados durante este período fueron los siguientes:

### ***En el nivel de país***

- La creación con resolución Ministerial de la Unidad (actual Programa) de Género y Violencias dentro de la estructura del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Servicios de Salud. Con esta dependencia se establecen también 9 responsables de Unidad en cada una de los Servicios Departamentales de Salud. SEDES del país, lo cual constituye un hito histórico en la institucionalización del tema.
- La elaboración, publicación y difusión del primer Plan Nacional de Equidad de Género en Salud 2004-2007. Este instrumento enfatiza las siguientes líneas: “Participación efectiva de la mujer en salud”, “Derechos a la salud sexual y reproductiva”, “Salud mental y violencias” y “Reforma de salud”.
- En el marco del anterior Plan, “Mapeo de organizaciones de base comunitarias” para orientar acciones de “empoderamiento” de la mujer; “Metodología para audiencias públicas municipales” orientada a consolidar procedimientos para la fiscalización de políticas públicas en salud con presencia de mujeres; “Indicadores en salud en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública para el monitoreo de desigualdades de género; elaboración y validación de un “Modelo de servicios de salud con enfoque de género” para mejorar condiciones

de calidad y accesibilidad desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud (APS).

- Incorporación de un componente de Abordaje a la Violencia Sexual en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; y elaboración y validación de Normas de Atención para Servicios de Salud de I y II nivel de complejidad que permita mejorar la calidad técnica de respuesta institucional contra el abuso y la violencia sexual. Marcaron el final de éste período, acciones de actualización, reciclaje y transferencia de metodologías para personal de salud en los 9 departamentos para el manejo de la violencia intrafamiliar y doméstica.

### ***En el nivel de la Representación***

- Conocimiento sobre el tema y respaldo del Representante de la oficina de país, hechos que permitieron generar motivación interna y externa para el trabajo en el área.
- Introducción en el proceso de elaboración del Programa Presupuestal Bianual (BPB), un ejercicio para incorporar consideraciones de género en indicadores y actividades en todos los proyectos de CT. El BPB con el país, contó además, con un resultado esperado en el tema de Género y Salud, con asignación de fondos regulares.
- Presencia de profesional nacional con términos de referencia que incluyen explícitamente responsabilidades en el área de género, financiada con fondos regulares de la Representación.

### ***Chile***

65. **Contexto:** Por haber sido asiento de la reforma de salud y la seguridad social más antigua y formal de la región, tomada como modelo por otros países, Chile fue seleccionado hace cuatro años como país piloto para la construcción y validación de instrumentos de transversalización de equidad de género en tal tipo de reformas. La presencia de esta iniciativa en Chile significó la presencia de recursos humanos y financieros concentrados en esta temática, hecho que potenció de manera significativa la labor de integración de la perspectiva de género en la cooperación técnica de la Representación. Sin embargo, más allá de esta disponibilidad de recursos, se conjugaron otros importantes factores que contribuyeron a los significativos logros de transversalización alcanzados por esta iniciativa. Entre ellos cabe destacar los siguientes *Factores facilitadores*:

- Voluntad política de los dos Representantes de OPS que iniciaron, estimularon y respaldaron el proceso de cambio institucional y las negociaciones con el Ministerio de Salud (MINSAL).
- Apertura al tema por parte del equipo profesional de OPS, y generación de una masa crítica sensible dentro de la Representación, producto del trabajo de sensibilización, información y capacitación realizado desde el año 2001.
- Proceso legislativo de reforma de salud que presentó desafíos concretos, públicos y prácticos para la transversalización.
- Alianza entre OPS y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), para la cooperación técnica orientada a transversalizar el enfoque de GE en salud.
- Impulso conjunto desde el SERNAM y el Ministerio de Hacienda para la implementación de metodologías de mejoramiento de la gestión institucional con incorporación de perspectiva de género como requisito básico.
- Voluntad política en los niveles más altos de decisión del MINSAL para respaldar acciones de transversalización de género, y presencia dentro de este Ministerio de una masa crítica sensible de profesionales con capacidad de decisión, producto de los esfuerzos realizados en años anteriores y de la corriente de cambio cultural.
- Sintonía de la sociedad civil con la propuesta de transversalización de género en RSS.
- Impacto de los procesos Cairo + 10 y Beijing + 10, y ODM, en las políticas públicas durante los años 2003 y 2004.
- Presencia activa del Grupo Interagencial de Género.

*Estrategia:* La estrategia de esta iniciativa incluyó los siguientes componentes:

- Producción de conocimiento e información, como requisito para sustentar y legitimar las propuestas de incorporación de enfoque de equidad de género.
- Abogacía desde el proyecto y la Representación, en coordinación con SERNAM, profesionales contraparte de MINSAL, parlamentarias/os, colegios profesionales, gremios de la salud, instituciones académicas y sociedad civil.
- Trabajo comunicacional desde la Representación, en coordinación con SERNAM y la sociedad civil, combinando conferencias de prensa del Representante y del equipo institucional de la iniciativa, ciclos de programas radiales con participación gubernamental, académica y civil, columnas y entrevistas en prensa escrita.
- Cooperación técnica con las instituciones gubernamentales y la sociedad civil.

- Trabajo OPS apoyado en un consejo técnico político de expertas/os de la sociedad civil y de la academia, con legitimación a nivel nacional.

*Logros:* A continuación se enumeran los logros más sobresalientes dentro de la Representación, y en el Gobierno (MINSAL y SERNAM), la Academia, y la sociedad civil.

*En la Representación de OPS*

- Equipos técnico y administrativo sensibles a la temática de género, con Representante y profesionales aplicando el enfoque de género en el trabajo.
- Participación del Representante y de profesionales en actividades públicas de la iniciativa GE: Parlamentos de Mujeres por la Reforma, inauguración del Observatorio de Equidad de género en Salud.
- Negociación del BPB 2004–2005, que incorporó un proyecto del MINSAL sobre aplicación de enfoque de equidad de género en la implementación de la Ley de Autoridad Sanitaria en los niveles central y regional del Ministerio, y en el trabajo con la comunidad. Esto ha comprometido la capacitación en género para los niveles de decisión central y regional por parte de OPS Washington.
- Relación de la Representación con los medios en torno a temas de equidad de género.
- Publicación Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile, presentada por el Representante y el Ministro en el Ministerio de Salud.

*En el Ministerio de Salud*

- Niveles directivos interesados en transversalizar género en las políticas, manifiesto en el Proyecto BPB 2004- 2005 “Apoyo a la instalación del enfoque de género en la implementación del nuevo marco legal de la acción sanitaria en Chile”.
- Trabajo con profesionales decisores de APS y de salud mental de MINSAL para la cobertura nacional de atención integral en violencia por factores de género (VG) en el primer y segundo nivel, así como para la capacitación en VG (presencial y virtual) de los equipos de la red nacional de APS durante 3 años a partir del 2005.
- Sensibilidad del Fondo Nacional de Salud en torno a la necesidad de protocolos de atención y recursos necesarios para el primer y segundo nivel de atención en VG.

- Disposición de contrapartes en ambas subsecretarías ministeriales para avanzar en la conformación de mesa de trabajo MINSAL/ SERNAM / sociedad civil /OPS

*En el Servicio Nacional de la Mujer*

- Apoyo financiero para la inauguración del Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS) en Santiago, y trabajo conjunto con la sociedad civil de la Región de la Araucanía para la instalación de una estación regional del OEGS con la adición explícita del componente Etnia
- Trabajo conjunto con OPS en Seminario sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas de Salud

*En las instituciones académicas*

- Convenio con el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Chile para ser sede virtual del OEGS y brindar cooperación académica a éste
- Trabajo con 4 entidades de la Univ. de la Frontera de Temuco y 2 de la Univ. de Concepción para gestar y acoger la estación regional del OEGS
- Participación con el capítulo Género y Salud en el libro sobre Determinantes Sociales de Salud de la Univ. del Desarrollo, Chile

*En la sociedad civil*

- Creación y funcionamiento del Foro Civil dentro del OEGS
- Fortalecimiento de la capacidad de abogacía de la sociedad civil, con impacto en coyunturas nacionales (licencias y fuero maternal, interlocución con Parlamento)
- Sistematización del trabajo de la sociedad civil en materia de VG, y consenso para efectuar la protocolización de la atención en casas refugio, durante el 2005
- Articulación de grupo de trabajo de la sociedad civil en la IX Región, para instalar la estación regional del Observatorio OEGS

**Nicaragua**

66. **Contexto:** La transversalización del enfoque de género como instrumento para la reducción de la desigualdades de género en salud en el programa de cooperación de la representación de la OPS/OMS, tiene sus antecedentes en procesos de sensibilización y capacitación sobre género y Salud, dirigidos a los funcionarios en el trabajo corporativo promovido por el actual Representante. Este enfoque conllevó a la adecuación del modelo de cooperación con enfoque de programa para transformarse en una estrategia



corporativa que implicó la suma de recursos y capacidades técnicas interdisciplinarias. El otro aspecto facilitador fue la asignación de recursos regulares a los temas de género y etnia en el BPB.

67. Una ventana de oportunidades para el fortalecimiento del tema a lo interno de la Oficina, fue el proceso que vivió el Ministerio de Salud en la elaboración de nuevas políticas de salud y el Plan Nacional 2004-2015, ya que uno de los planteamientos centrales del Movimiento de Mujeres y de la comunidad donante, entre ellos OPS, fue la necesidad de incorporar la equidad de género en las políticas y Plan como un eje transversal al quehacer del Ministerio de Salud y hubo una solicitud especial a OPS para el apoyo en esta tarea específica.

68. **Estrategia:** El proceso de transversalización de género en la Cooperación de OPS de Nicaragua ha sido producto de varios años del trabajo interno coordinado por una profesional con responsabilidades explícitas en el área de género. Estas responsabilidades significaron: a) la “sensibilización” al tema a través de procesos de capacitación de los/las funcionarios; y b) el establecimiento de alianzas entre la Unidad de Género y Salud con aquellos programas de cooperación donde la salud de las mujeres era prioridad y, por tanto, facilitaron la generación de evidencias. Estos fueron: Salud Materna, Adolescencia, VIH-SIDA, Salud de los Trabajadores, Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres, Salud Mental y el proyecto Programa de Apoyo al Sistema Local de Atención Integral a la Salud (PROSILAIS).

69. La generación de evidencias sobre las relaciones entre equidad, género y salud facilitó la abogacía interna. Estas evidencias condujeron a que se disponga actualmente de un Análisis de Situación de Salud con información desagregada por sexo y analizada con perspectiva de género para, al menos, los problemas priorizados por el Ministerio de Salud. Este esfuerzo, realizado en forma colectiva por el equipo de la Representación se tradujo en un acuerdo de cooperación entre OPS y el MINSAL para la formulación de las Políticas de Salud y el Plan Nacional de Salud y en la creación dentro del MINSAL, de un grupo técnico —del que OPS formó parte— cuya misión fue velar por que ambos documentos de política incorporaran criterios de equidad de género. El Modelo de Atención en Salud y el Paquete Básico de Atención en Salud constituyen un intento de operacionalización de esta orientación.

70. *Alianzas con Agencias de Cooperación:* Es importante hacer mención dentro de este contexto estratégico, de la importancia de la participación de OPS en el Comité Interagencial de Género (CIG) del sistema de Naciones Unidas y en la Interagencial Ampliada que aglutina al resto de agencias donantes: la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (NORAD), el Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional (FINNIDA), el Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA), la Agencia Española de

Cooperación Internacional (AECI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), la Embajada de Holanda, el Servicio Holandés para la Cooperación (SNV) y la Cooperación Alemana (GTZ). Con ellos se logró consensuar una agenda conjunta en algunos ejes: uno de ellos fue la revisión del nivel de cumplimiento de la transversalización (“Mainstreaming”) en cada agencia, y el otro, la coordinación de esfuerzos en torno a líneas de acción para la cooperación con el país. Las líneas de trabajo articulado fueron: salud sexual reproductiva, violencia basada en género, indicadores de género, marcos legales, particularmente el concerniente a la Ley de Igualdad de Oportunidad entre mujeres y hombres, Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Equidad de Género y Plan de Prevención y Atención a la Violencia de Género, estos dos últimos con el Instituto Nicaragüense de la Mujer.

71. ***Las lecciones*** aprendidas en los ámbitos político y técnico son las siguientes:

- El respaldo activo, político y técnico, del Representante, como condición esencial.
- La utilidad estratégica del cambio desde un modelo de CT por programas a un modelo con enfoque corporativo
- La necesidad de alianzas con las otras agencias del sistemas de las Naciones Unidas para lograr una agenda consensuada de género que permee todo el sistema.
- La importancia de motivar las autoridades superiores del Ministerio de Salud y el equipo responsable de la elaboración de las políticas y el Plan de Salud, a fin de facilitar la incorporación del tema en los documentos nacionales.
- La generación de evidencia científica como elemento clave para sensibilización y abogacía, tanto en el MINSAL, como en la misma Representación.
- La importancia del trabajo en equipo de la Oficina expresado en discurso común y trabajo articulado en la CT.
- El efecto facilitador de identificar la igualdad de género en salud como eje transversal en la Estrategia de Cooperación de País por parte de la Oficina.

### **Temas para el debate**

72. En el año 2005 confluirán las efemérides de tres eventos históricos que sellaron el compromiso institucional de la OSP con la igualdad de género. Ellas son: el 25.º aniversario de la creación del Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo que planteó por primera vez metas institucionales de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud; el 10.º aniversario de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing, en la cual los Estados Miembros reafirmaron su compromiso con los derechos

de las mujeres y se impusieron la responsabilidad de integrar criterios de igualdad de género en la formulación e implementación de sus políticas y programas; y el quinto aniversario de la Declaración de Desarrollo del Milenio, donde los Estados Miembros destacaron como una de sus ocho prioridades “la igualdad de género y el “empoderamiento” de las mujeres”. En realce y confirmación de estos compromisos, la OPS promulgará oficialmente en este año del 2005, su Política de Igualdad de Género.

73. Considerando la coyuntura política que representará para OPS la declaración formal de su intención de designar recursos humanos, financieros y gerenciales para hacer efectivo su compromiso de promover activamente la igualdad de género, se solicitan los insumos de este Subcomité a fin de proceder a hacer una evaluación adecuada del acervo y las necesidades institucionales, vis-a-vis desafíos y oportunidades. Los siguientes son algunos de los temas que se consideran importantes en dicha evaluación y cuya naturaleza y alcance se someten a consideración del Subcomité.

- a) Análisis interno de necesidades de capacitación y apoyo técnico, y de fortalezas y debilidades para avanzar el proceso de transversalización.
- b) Criterios para definir áreas prioritarias y puntos estratégicos de entrada en el proceso
- c) Análisis de actores externos a fin de identificar sinergias y alianzas estratégicas para el logro de la igualdad de género y el “empoderamiento” de las mujeres en el ámbito de la salud.
- d) Rol de la Unidad de Género, Etnia y Salud en la sede y las oficinas de campo; rol de los puntos focales nacionales OSP
- e) Oportunidades derivadas de la integración del tema étnico para potenciar acciones integradas que aborden niveles múltiples de discriminación y exclusión
- f) Rol de los comités internos concernidos: Comité Asesor sobre la Mujer (CAM), Comité de la Mujer de la Asociación de Personal
- g) Nombramiento de un Grupo Asesor en materia de transversalización.
- h) Rol de los puntos focales en los Ministerios de Salud
- i) Rol de los Cuerpos Directivos, particularmente del Subcomité de la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo
- j) Mecanismos de incentivos y rendición de cuentas, tanto dentro del Secretariado, como de los países y los Cuerpos Directivos.

**Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo**

74. Se invita al Subcomité a considerar el presente informe y a formular sus observaciones en relación con líneas de acción futura por parte de la OSP, en el área de promoción de la igualdad de género en el ámbito de la salud.

- - -