



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



19.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD, Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 12 al 14 de marzo de 2001

Punto 4 del orden del día provisional

MSD19/3 (Esp.)

7 febrero 2001

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA OPS CORRESPONDIENTE AL PERÍODO 1999 – 2000

Este documento abarca los logros alcanzados por el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo (HDW) de la OPS en el lapso 1999-2000. Desde la 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el Programa y sus contrapartes nacionales han consolidado el modelo integrado para abordar la violencia intrafamiliar. Dicho modelo se ha insertado en instituciones de más de cien comunidades, tanto en el sector de la salud como en otros, y en las políticas y la legislación de 10 países. Como parte del grupo “Vidas sin violencia”, formado por organismos de las Naciones Unidas y redes regionales de mujeres, HDW está desempeñando un papel protagónico en la organización del Simposio 2001: violencia de género, la salud y los derechos, con miras a movilizar al sector de la salud en sus iniciativas contra la violencia por razón de género.

Como seguimiento de la 18.^a sesión, el Programa elaboró, obtuvo financiamiento y está lanzando un proyecto para abordar la equidad de género en los procesos de reforma del sector sanitario, mediante la preparación de materiales y llevándolo a la práctica con grupos de interesados directos en Chile y Perú. También ha impulsado la investigación sobre este tema en seis países.

HDW sigue colaborando con varias divisiones de la OPS y con los Estados Miembros a objeto de incorporar la equidad de género en la investigación, en proyectos y en políticas, tales como: participación de los hombres en las cuestiones de salud reproductiva, género y calidad de la atención, participación de los grupos de mujeres indígenas en la promoción y la atención de la salud, y atención a las necesidades de las mujeres incluyéndolas en proyectos sobre el medio ambiente y salud ocupacional.

El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo cuenta con el apoyo del Subcomité para fortalecer el compromiso de la OPS y de los Estados Miembros con la ejecución del modelo integrado que busca abordar la violencia por razón de género, con la participación y puesta en práctica de los planes y las recomendaciones del Simposio 2001, con la inclusión de los interesados directos y del componente de género en el análisis de salud, así como con el seguimiento de los procesos de reforma del sector de la salud, para forjar alianzas con grupos de mujeres a nivel local, nacional y regional y difundir las herramientas, los resultados de investigaciones y las publicaciones de HDW en toda la Región.

CONTENIDO

Página

1.	Introducción	3
2.	Abordar la violencia de género.....	5
2.1	El modelo integrado	5
2.2	Publicaciones y herramientas para la prevención de la violencia de género	6
2.3	Colaboración técnica	7
2.4	Simposio 2001: Violencia por razón de género, salud y derechos.....	7
3.	Inclusión de la equidad de género en la reforma del sector de la salud	7
3.1	Integración de la equidad de género a nivel nacional.....	8
3.2	Integración de la equidad de género a nivel regional.....	8
3.3	Investigación sobre la equidad de género y el acceso a los servicios de salud.....	9
4.	Equidad de género en la calidad de la atención	9
5.	Participación de las mujeres indígenas en la promoción de la salud, la atención y el adiestramiento	10
6.	Participación de los hombres en los programas de salud reproductiva.....	10
7.	Incorporar la equidad de género en la OPS	11
8.	Suministro de información sobre la equidad de género	11
9.	Fortalecimiento de la equidad de género en materia de salud y desarrollo: función esperada del Subcomité.....	12
10.	Conclusión.....	12

1. Introducción

Durante el bienio 1999–2000 se observó un resurgimiento del interés por lograr la equidad en el ámbito de la salud y por suprimir las nefastas consecuencias para la salud que tienen las desigualdades generalizadas. Si bien el centro de interés se situó en los efectos de la pobreza sobre la mortalidad y la esperanza de vida, se siguió prestando poca atención a las inequidades de género. La mayoría de los países todavía no desagregan por sexo sus datos sobre salud; sin embargo, en esos datos se fundamenta gran parte de la planificación y la asignación de recursos, mientras que las mujeres y las familias que ellas encabezan siguen feminizando las filas de la pobreza. Estos miembros de las familias pobres son quienes figuran en la mayoría de las estadísticas persistentes de enfermedades transmisibles, mortalidad materna y malnutrición.

A medida que envejece nuestra población, predominan las enfermedades crónicas en términos de morbilidad y causas de muerte en los países desarrollados y en desarrollo de las Américas. Pero la pobreza también tiene que ver con la frecuencia de estas enfermedades, al igual que el género. De acuerdo con la publicación de las Naciones Unidas *World's Women 2000*, en las Américas las mujeres viven en promedio seis años más que los hombres. Si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida en la mayoría de las regiones del mundo, no tienen igual esperanza de salud —o esperanza de vida gozando en buena salud— en comparación con los hombres. Las mujeres padecen más enfermedades y discapacidad a lo largo de su vida y esa discapacidad se intensifica cuando su edad es avanzada. Durante esos años las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de quedar viudas, y una mayoría de ellas vive en la pobreza y carece de seguro médico, todo lo cual incide en el deterioro de su salud, limita su acceso a la atención médica y disminuye la calidad de su vida.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de que, en algunos países en desarrollo, las tasas de mortalidad entre las mujeres pobres sean más altas que entre los hombres pobres. La mortalidad por cáncer en la mayoría de los países es más elevada en las mujeres que en los hombres, debido principalmente al cáncer de mama y al cervicouterino. Cada vez más, los estudios revelan que estas enfermedades afectan de manera diferente a hombres y a mujeres y que, con excepción de algunos tipos de cáncer, los pobres son quienes están más expuestos al riesgo. La mayoría de estas enfermedades son prevenibles y tienen factores de riesgo conocidos que se adquieren en la juventud y se transmiten de una generación a otra, como el hábito del cigarrillo, el abuso de drogas y de alcohol, una alimentación insalubre y falta de ejercicio. La prevención, por consiguiente, debe dirigirse a cambiar los comportamientos que están determinados en gran parte por conceptos sociales como la clase y el género y reciben la influencia de la política social.

Hay ciertos indicios de que el proceso de reforma sanitaria que está en curso en muchos países aumenta las inequidades por razón de género, en materia de acceso a los servicios, financiamiento y atención y, en último término, inciden en el estado de salud. Esta información procede de estudios aislados, ya que pocos países hacen el seguimiento de estos efectos de su reforma del sector sanitario. Como resultado de la reforma, muchos gobiernos han reducido la canasta básica de atención de salud a los servicios obstétricos y prenatales esenciales, dejando fuera otros servicios relacionados con la reproducción, por cuya defensa se ha luchado arduamente durante los últimos decenios. Los servicios de promoción y prevención, tan importantes para consolidar los comportamientos saludables en todo el ciclo de vida, con demasiada frecuencia se han reducido o eliminado a favor de la atención curativa. Aunque alguna vez la mayoría de estos servicios fueron gratuitos, ahora hasta los paquetes más austeros están subsidiados y tienen precios que suelen estar fuera del alcance de los más pobres, cuya mayoría son mujeres. Hay algunas pruebas de que, en los estratos más pobres, las mujeres utilizan los servicios públicos aun menos que los hombres y, a pesar de que ellas tienen mayor necesidad de los servicios, no cabe la menor duda de que los utilizan mucho menos que las mujeres y los hombres cuya situación económica es mejor.

La reforma del sector de la salud promueve la privatización y la descentralización de los servicios. Pero, por lo general, los pobres no pueden pagar estos servicios privados, y debido a que la mayoría de las mujeres pasan sus años de vida productiva en trabajos no remunerados y en el sector informal, pocas tienen acceso a pólizas de seguro que cubran estos servicios. Si bien las mujeres se han esforzado por sensibilizar a los responsables de las políticas nacionales y tomar parte en la formulación de esas políticas, la mayoría de los líderes locales siguen siendo hombres que no se preocupan por las particularidades de género y, a menudo, formulan programas y políticas que no tienen en consideración las necesidades propias de las mujeres de sus comunidades.

Pero se han observado ciertos progresos. La violencia por razón de género ya no es invisible en nuestra Región, y el papel que desempeñan los hombres en el mejoramiento de su propia salud y la de su familia, se está reconociendo. La mayoría de los países han ratificado las convenciones internacionales que condenan la violencia contra la mujer y se han aprobado leyes que sancionan y abordan el problema. Algunos países actualmente están incluyendo indicadores de violencia por razón de género en los sistemas de vigilancia sanitaria. Los datos de prevalencia siguen siendo escasos en toda la Región, pero se han hecho varias encuestas nacionales y ha aumentado el reconocimiento de la necesidad de contar con datos para mejorar las estrategias destinadas a prevenir la violencia. Sin embargo, aunque las organizaciones de mujeres han movilizad al sector judicial y a la policía para abordar la violencia por razón de género, todavía queda a la zaga el sector sanitario. Esto es motivo de especial preocupación, en vista de que la mayoría de las mujeres golpeadas como

consecuencia de la violencia familiar necesitan acudir a los servicios de salud con mayor frecuencia, y el personal de dichos no suele estar preparado para abordar el problema.

Los esfuerzos para prevenir la violencia por razón de género han puesto de relieve la necesidad de que los hombres participen más activamente en el mejoramiento de su propia salud y la de las mujeres. En la Región, hay un movimiento en ciernes de hombres que trabajan muy de cerca con defensores de la mujer y de la salud reproductiva a objeto de cambiar los papeles de los hombres en la sociedad y en las decisiones de salud. En algunos países, los programas públicos y privados han reforzado estas iniciativas al apoyar la participación de los hombres y preparar los materiales pertinentes.

Animado por las organizaciones de mujeres que colaboran con el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, así como por el interés cada vez mayor de los ministerios de salud, de los colegas de la OPS y de los donantes, durante los dos últimos años, HDW alcanzó algunos logros notables al abordar las inequidades de género.

2. Abordar la violencia de género

2.1 El modelo integrado

Desde 1995, HDW, en colaboración con sus contrapartes nacionales y con apoyo de los gobiernos de Suecia, Noruega y los Países Bajos, ha elaborado un modelo integrado para abordar la violencia por razón de género a los niveles comunitario, sectorial y político. La OPS ha aplicado este modelo en 10 países (siete países centroamericanos y Bolivia, Ecuador y Perú), y el Banco Interamericano de Desarrollo lo ha repetido en otros seis. En estos países, el modelo ha dado lugar a más de cien redes intersectoriales de la comunidad que organizan campañas educativas y para los medios de comunicación en favor de la prevención; además, dan apoyo, cuidan y refieren a los servicios pertinentes a las mujeres y a las familias que viven en situaciones violentas. Las contrapartes han preparado y llevado a la práctica módulos de adiestramiento, procedimientos y sistemas de vigilancia para los proveedores de servicios de salud en todos estos países. Han fortalecido las coaliciones nacionales que abogan por mejores leyes y por la institucionalización de los logros de los proyectos.

Logros:

- Inclusión de la prevención de la violencia de género y del modelo integrado en foros de política, regionales y subregionales, a saber: RESSCAD, Parlatino, reuniones de primeras damas y cumbres regionales.

- Cien redes comunitarias en funcionamiento con participantes de los sectores sanitario, educativo y judicial; de la policía, las iglesias, los líderes de la comunidad, organizaciones de mujeres etc., para abordar el problema al nivel local.
- A nivel nacional, 10 coaliciones en seis países.
- Se aprobaron leyes en 10 países y se establecieron organismos de vigilancia en seis países centroamericanos.
- Se hicieron investigaciones sobre la ruta crítica en los países. En Bolivia, se hizo un estudio de prevalencia de la violencia contra las mujeres y sobre el papel de los hombres en fomentar esa violencia; en el Perú se hizo un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas.
- Elaboración y aplicación de módulos de adiestramiento en nueve países: se dio adiestramiento a más de 13.000 representantes del sector de la salud y de otros.
- En ocho países hay grupos comunitarios de apoyo adiestrados y en funcionamiento.
- En cinco países se impartió educación sobre masculinidad y se crearon grupos de apoyo.
- Se incluyó el tema de la violencia en los programas de estudio de las escuelas primarias en Belice y Perú, así como en los programas de estudios universitarios de tres países.
- Se elaboraron y aplicaron normas y protocolos en 10 países.
- En cinco países están funcionando los sistemas de vigilancia.
- Campañas de prevención en diez 10 países.
- Incorporación del modelo en los procesos de reforma sanitaria en cinco países.

2.2 Publicaciones y herramientas para la prevención de la violencia de género

HDW publicó la versión en inglés y en español del Protocolo: *La ruta crítica que toman las mujeres al abordar la violencia en el hogar*, así como su versión abreviada para evaluación rápida y una comparación analítica de los resultados de los estudios sobre la ruta crítica en 10 países; las versiones en español pueden consultarse en la Web, en el sitio de HDW. También pueden obtenerse en la Web los prototipos de módulos de adiestramiento para los proveedores de servicios de salud, así como las normas y los protocolos.

2.3 *Colaboración técnica*

Para facilitar el intercambio de experiencias, HDW promovió el intercambio técnico de experiencias de prevención de la violencia de género entre seis países sobre temas que variaban desde la promoción de políticas hasta el adiestramiento de proveedores de servicios de salud y el establecimiento de redes comunitarias y grupos de apoyo.

El personal de HDW y los puntos focales colaboraron con la OMS en el estudio multicéntrico sobre prevalencia de la violencia por razón de género en Brasil, Chile y Perú. El Programa tradujo y divulgó la guía ética de la OMS para llevar a cabo este y otros estudios sobre la violencia por razón de género.

2.4 *Simposio 2001: Violencia por razón de género, salud y derechos*

Como parte del grupo interinstitucional “Vidas sin violencia”, HDW ha tenido una función destacada en la organización del simposio, cuyo objetivo es movilizar al sector de la salud para que aborde la violencia por razón de género. Grupos intersectoriales e interinstitucionales de 30 países presentaron informes sobre experiencias del sector de la salud; de estos se seleccionaron enfoques modelos para su presentación durante el simposio. Varios organismos están colaborando para auspiciar la asistencia de participantes de más de treinta países, que representan a ministerios de salud y de la mujer, así como a destacadas ONG de prevención de la violencia. Durante el simposio, los participantes nacionales elaborarán planes subregionales y se han comprometidos a poner en práctica estos planes, así como a repetir en sus países las experiencias presentadas. La OPS y sus organismos hermanos apoyarán las coaliciones nacionales que facilitarán este proceso.

3. *Inclusión de la equidad de género en la reforma del sector de la salud*

HDW y las organizaciones de mujeres han constatado que están aumentando las inequidades por razón de género como resultado del procesos de reforma sanitaria. En 1998, HDW convocó a un grupo de expertos a objeto de identificar estrategias para abordar este tema. Durante la 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, en 1999, los miembros presentaron informes de país acerca de la equidad de género y la reforma del sector de la salud; además, redactaron recomendaciones para someterlas a la consideración del Comité Ejecutivo. Como resultado de estas reuniones, HDW lanzó una iniciativa destinada a desarrollar, validar y aplicar instrumentos de análisis, promoción de la causa y planificación, para incorporar los criterios de equidad de género en el análisis de la situación sanitaria del país y en la formulación de políticas. La estrategia se presentó en una propuesta financiada por las fundaciones Ford y Rockefeller.

3.1 *Integración de la equidad de género a nivel nacional*

La propuesta abarca además la ejecución de estos instrumentos en tres países. Con el apoyo de la Fundación Ford, HDW está lanzando el proyecto en Chile, y luego en el Perú. Se está solicitando apoyo para ejecutarlos en un tercer país en Centroamérica.

Los proyectos de país incluyen la participación activa del gobierno y de interesados directos de la sociedad civil en la ejecución y en los componentes. Los principales componentes del proyecto son: 1) producción y análisis de información sobre las inequidades por razón de género en la salud y la atención; 2) comunicación estratégica de los resultados a públicos claves; y 3) seguimiento de la ejecución de políticas y de los procesos de reforma. Si bien estas actividades se mencionan generalmente en las recomendaciones de reforma sectorial, el proyecto brinda una oportunidad de poner en práctica estas recomendaciones dentro de un proceso que fomenta el sentido de propiedad por los interesados directos.

3.2 *Integración de la equidad de género a nivel regional*

HDW abogó por la inclusión de una perspectiva de género en la reforma del sector de la salud en los foros regionales e internacionales, a saber: dos reuniones regionales de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), las reuniones regionales de la CEPAL sobre la situación de las mujeres, una reunión internacional sobre equidad y salud en Sudáfrica, una reunión con la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), durante dos talleres regionales de adiestramiento en materia de género salud y, en colaboración con la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, talleres de adiestramiento para estadísticos de la CARICOM.

Durante 2001, y en colaboración con la OPS y colegas de otros organismos de las Naciones Unidas, HDW se propone aplicar sus herramientas para adiestrar a las contrapartes regionales y nacionales en la integración de una perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria y la formulación de políticas. Este adiestramiento tendrá lugar durante los talleres regionales y, además, en dos países por año, donde HDW hará el seguimiento prestando colaboración técnica para terminar el análisis de situación sobre el género y la salud.

3.3 *Investigación sobre la equidad de género y el acceso a los servicios de salud*

En colaboración con el Programa de Coordinación de Investigaciones de la OPS, HDW obtuvo financiamiento para solicitar propuestas relativas a las inequidades por razón de género en cuanto al acceso a los servicios de salud y su financiamiento, dentro del contexto de la reforma del sector. De 74 propuestas presentadas, se seleccionaron seis procedentes de las subregiones de las Américas. Para procurar que los resultados se traduzcan en políticas, HDW celebró un primer taller con investigadores para incorporar un componente de política en el estudio. Se espera tener los resultados en marzo de 2001 para integrarlos en los talleres de adiestramiento, organizados por HDW, sobre la integración de la equidad de género y reforma sanitaria en toda la Región.

4. *Equidad de género en la calidad de la atención*

Con el apoyo del gobierno sueco, HDW ejecutó cuatro proyectos de investigación de operaciones sobre género y calidad de la atención en cuatro países centroamericanos (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Utilizando el protocolo elaborado para un estudio similar en Argentina y Perú, la coordinadora del proyecto y varios investigadores nacionales observaron una vez más las diferencias entre los sexos en la forma en que los hombres y las mujeres perciben su estado de salud, y cómo influye esto en su búsqueda de atención y en su adherencia al tratamiento, así como también la forma en que los proveedores de salud perciben a los pacientes dependiendo de si son hombres o mujeres. Las enfermedades trazadoras utilizadas en el estudio fueron la diabetes en El Salvador y Nicaragua, y la tuberculosis en Guatemala y Honduras.

Aunque las muestras del estudio eran pequeñas, los resultados de los seis países fueron notablemente similares. Se puso de manifiesto, entre otras cosas, que los hombres asumían la responsabilidad por haber contraído la enfermedad y de tratarla, y que consideraban que su pareja y su familia los apoyaba durante el tratamiento. Por otra parte, las mujeres pensaban que la enfermedad era una más de las imposiciones de una vida difícil, y que recibían poco o ningún apoyo de sus familias. El único apoyo que era posible recibir era el de los proveedores de asistencia sanitaria, que a menudo eran indiferentes y bruscos, y que tenían expectativas poco realistas acerca del tratamiento.

Estos resultados se difundieron en los informes y en reuniones con los responsables de las políticas en tres países; además, se incorporaron en el adiestramiento de los proveedores de asistencia sanitaria que usaban el Manual de la OPS, *Trabajadores de salud para el cambio* (traducido al español y distribuido por conducto del programa de recursos subsidiados de la OPS, PALTEX). En Nicaragua, tuvo como resultado la formación de

grupos de apoyo para mujeres con diabetes y en Honduras, el Programa Nacional contra la Tuberculosis incorporó el enfoque de género en su política nacional.

5. Participación de las mujeres indígenas en la promoción de la salud, la atención y el adiestramiento

Durante 1995–1999, el programa, junto con sus contrapartes indígenas y del ministerio de salud, además del apoyo de Suecia, elaboró un modelo para incluir a grupos de mujeres en los servicios de salud y promoverlos en nueve comunidades predominantemente indígenas de Guatemala. Los consejos organizados por mujeres de estas comunidades participaron en adiestramiento de promoción y atención de salud con sus proveedores de servicios sanitarios, con miras a promover tanto la atención moderna como la tradicional y las prácticas de prevención en sus centros de salud y comunidades. El modelo también incluye referencias a los profesionales tradicionales y modernos y el suministro de remedios tradicionales en los centros de salud. Los consejos desempeñan una función activa en la promoción de dichas medidas preventivas modernas como exámenes para el cáncer de mama y cervicouterino, así como las vacunas infantiles.

El modelo sirve de base para un proyecto de cuatro años presentado a los donantes noruegos destinado a promover la equidad intercultural y entre los sexos en la reforma del sector de la salud, en todos los países centroamericanos. Se elaboró la propuesta de proyecto y se sometió a una amplia consulta con la participación de grupos indígenas nacionales y el sector de la salud de estos países. HDW y sus contrapartes esperan lanzar este proyecto en 2001.

6. Participación de los hombres en los programas de salud reproductiva

El gobierno alemán está dando apoyo a un proyecto de investigación operacional que se ejecutará en cuatro países centroamericanos. El proyecto, que se lanzará en 2001, consta de estudios participativos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres, en lo referente a su salud reproductiva y la de su familia. Sobre la base de esta información, HDW será el coordinador, junto con el ministerio de salud, grupos de hombres y otros colaboradores, para elaborar modelos de participación masculina en un centro de salud y un centro recreativo o deportivo.

En preparación para el proyecto y para aumentar la toma de conciencia de los colegas de la OPS, HDW publicó el artículo “El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva” en la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* y distribuyó una bibliografía anotada, hojas informativas y otros materiales pertinentes a sus puntos focales y por medio de su servidor de listas de correo electrónico.

7. Incorporar la equidad de género en la OPS

El mandato principal de HDW es incorporar la equidad de género en la colaboración técnica, las actividades y las políticas de la OPS. El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo se reúne cada dos años para informar al Director de la OPS, a los colegas y al Comité Ejecutivo acerca de temas claves en materia de equidad de género en el ámbito de la salud; redacta resoluciones y aboga por su aprobación por el Comité Ejecutivo de la OPS.

HDW colabora con la mayoría de las divisiones al llevar a la práctica estas recomendaciones. En los dos últimos años, ha incorporado indicadores de género dentro de las herramientas que utiliza la OPS para el seguimiento de las reformas del sector de la salud, así como en los sistemas de vigilancia de la violencia; ha integrado la perspectiva de género en el adiestramiento, las actividades y las políticas del proyecto centroamericano sobre los plaguicidas y la salud; está colaborando en un proyecto participativo para formular normas de salud para las mujeres y los hombres que trabajan en las industrias de exportación; y está trabajando con el Programa de Salud Mental de la OPS para identificar y llevar a la práctica métodos comunitarios que aborden los problemas del género y la salud mental, asignando particular importancia a la depresión.

8. Suministro de información sobre la equidad de género

Uno de los objetivos claves de HDW es suministrar información actualizada a su red de puntos focales, contrapartes, interesados directos y defensores de los temas de género y salud en toda la Región. El programa divulga esta información en forma impresa y por canales electrónicos, en la páginas Web, donde se incluyen la mayoría de las publicaciones, los materiales de adiestramiento y las hojas informativas, su lista GENSALUD (gensalud@paho.org) y la conexión de centros de información asociados, como ISIS en Chile, SIMUS en Costa Rica, y la Biblioteca Virtual en Salud de la OPS.

Entre las publicaciones que se encuentran en la Web y en los centros de documentación de la OPS en la Región, cabe mencionar: la *Guía de adiestramiento de HDW en género, salud y desarrollo* (español e inglés), las publicaciones del Proyecto de violencia intrafamiliar; la traducción al español de las *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres, El tabaquismo y las adolescentes* (español e inglés), así como los instrumentos elaborados por los coordinadores del Proyecto de Violencia Intrafamiliar y sus contrapartes nacionales. Además, otras publicaciones pueden obtenerse de la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales de la OPS: *Domestic Violence: Women's Way Out* (traducción al inglés de la

Ruta Crítica) y una traducción al español de la serie de Harvard sobre Gender Equity in Health, *Equidad de género en materia de salud*.

GENSALUD cuenta actualmente con más de 300 suscriptores y suministra información sobre sitios en la Web, publicaciones, conferencias y otra información, así como boletines mensuales pertinentes.

9. Fortalecimiento de la equidad de género en materia de salud y desarrollo: función esperada del Subcomité

- Redactar y defender las recomendaciones para que se integre una perspectiva de género en los programas, la investigación, las políticas, así como en el análisis y vigilancia de la situación sanitaria tanto en la OPS como en los Estados Miembros.
- Fortalecer y replicar el modelo integrado para abordar la violencia por razón de género y poner en práctica las recomendaciones del Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos, en toda la Región.
- Incluir la participación de los interesados directos, especialmente de las mujeres y sus organizaciones locales, nacionales y regionales en el análisis y la investigación de la situación sanitaria, la difusión de los resultados y el seguimiento de las políticas conexas.
- Difundir las herramientas, los resultados de investigación y los programas de adiestramiento de HDW.

10. Conclusión

Con la globalización de las economías y de los programas sociales, velar por la salud para todos plantea nuevos retos y oportunidades. Si bien hay un reconocimiento general de que tanto los determinantes sociales como los biológicos influyen en la salud, el género sigue siendo una consideración a posteriori para la mayoría de los analistas y los planificadores de políticas. Sin embargo, se empieza a reconocer:

- que la pobreza está cada vez más feminizada;
- que la violencia de género afecta entre una tercera parte y la mitad de las mujeres en casi todos los países;

- que, a diferencia de las tasas de mortalidad infantil que están bajando rápidamente, las tasas de mortalidad materna cambian lentamente y reflejan inequidades todavía mayores entre países y provincias;
- que las mujeres no suelen estar cubiertas por un seguro médico, lo que cada vez más determina el acceso a los servicios de salud; y
- que la globalización y la reforma sanitaria no siempre han generado sistemas y políticas más equitativas.

Los indicadores de género deben incluirse en el análisis de la situación sanitaria que sirve de base para la planificación y la formulación de políticas. Esta información debe divulgarse ampliamente a los grupos de mujeres y a otros interesados directos para que puedan utilizarlos para vigilar los procesos de reforma y participar en la toma de decisiones que repercuten sobre su situación sanitaria y en el acceso a la atención de salud.