



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

Punto 4.11 del orden del día provisional

CE130/18 (Esp.)

23 abril 2002

ORIGINAL: INGLÉS

LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

En este informe se presentan el mandato, las áreas estratégicas y los logros del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo (HDW) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La meta principal de HDW es reducir las inequidades de salud entre los hombres y las mujeres que son innecesarias, evitables e injustas. El presente informe proporciona un breve resumen de la manera en que las inequidades afectan al estado de salud, la atención sanitaria y el acceso a los servicios de salud de las mujeres, por comparación con los hombres. El informe también determina acciones para que HDW, la OPS y los Estados Miembros alcancen esa meta.

Una meta fundamental de HDW es integrar el concepto de género en los programas y las políticas de la OPS, las Representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros a fin de reducir las inequidades de género en el campo de la salud dentro del contexto de los principios de equidad y panamericanismo.

HWD ha seleccionado cinco áreas estratégicas para abordar estas inequidades más eficazmente, a saber:

- 1) Incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas;
- 2) Formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud;
- 3) Fortalecer el modelo para abordar la violencia de género a los niveles de política, sectorial y comunitario, y usarlo para involucrar a los hombres en la toma de decisiones acerca de la salud reproductiva y para abordar las inequidades en la esfera de la salud mental;
- 4) Hacer labor de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, y con materiales para la promoción de la causa y adiestramiento, especialmente por los “canales virtuales”; y
- 5) Colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

La conmemoración del Centenario de la OPS brinda una oportunidad excelente para que HDW, la OPS y sus Estados Miembros renueven el compromiso de salvar la brecha de la equidad entre los sexos en las Américas.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. El significado de la equidad de género en materia de salud.....	3
2. El reto: evaluar y corregir la inequidad de género en el ámbito de la salud	4
2.1 La repercusión de las inequidades de género en el sector de la salud	4
2.2 Falta de información desglosada por sexo para planificar y evaluar	7
3. Progresos para corregir la inequidad de género	7
4. ¿Cómo pueden los países corregir la inequidad de género en el sector de la salud?	8
5. ¿Cómo puede la OPS ayudar a los Estados Miembros a afrontar el reto?	10
5.1 Áreas estratégicas de colaboración técnica.....	11
6. Conclusiones.....	22
7. Intervención del Comité Ejecutivo.....	23

Corregir la inequidad de género en el ámbito de la salud en las Américas

En este informe se presentan los retos, las áreas estratégicas y los logros del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo (HDW) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las tres primeras secciones del informe ofrecen un breve resumen conceptual de la naturaleza de las inequidades de género en el ámbito de la salud y describen los retos y las oportunidades del Programa para responder al mandato institucional de reducir estas inequidades. En las últimas dos secciones se presentan las estrategias y los logros de HDW en cuanto a la corrección de la inequidad de género en el sector de la salud, y se determinan las acciones que tienen que emprender HDW, la OPS y los Estados Miembros para alcanzar la meta propuesta.

1. El significado de la equidad de género en materia de salud

“Género” no equivale a “sexo”. Mientras que el concepto de “sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres, por “género” se entiende la significación social que se atribuye a esas diferencias. En la perspectiva de género, la preocupación no son las mujeres o los hombres, específicamente, sino la desigualdad en las relaciones sociales entre hombres y mujeres y su repercusión en el conjunto de la sociedad.

“Equidad” no es sinónimo de “igualdad”. La equidad es un concepto ético basado en las nociones de justicia y de justicia social. Equidad quiere decir considerar la pobreza, y no a los más favorecidos, al decidir sobre la asignación de recursos.¹ No todas las desigualdades constituyen inequidades. Son inequidades las desigualdades consideradas innecesarias, evitables e injustas.² Por consiguiente, la equidad de género en materia de salud no quiere decir que los hombres y las mujeres tengan las mismas tasas de mortalidad y morbilidad, o que se repartan la distribución de los servicios en la misma proporción. Lo que se pretende es que unos y otras tengan la misma oportunidad de gozar de salud, no enfermar, no quedar discapacitado ni morir prematuramente por causas prevenibles. Implica que los recursos de salud se asignen según las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres, dados sus diferentes factores de riesgo biológico y sus funciones sociales. Asimismo, implica que los servicios de salud se reciban según esta necesidad diferencial, independientemente de la capacidad de pagar, y que el pago por los servicios de salud se haga en función de la capacidad económica.

¹ Braveman, P. *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, WHO/CHS/HSS/98.1, 1998.

² Definición de la OMS adoptada por la OPS. Para más detalles, véase: Whitehead, M., *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Documento EUR/ICP/RPD/414., Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhagen, 1990.

2. El reto: evaluar y corregir la inequidad de género en el ámbito de la salud

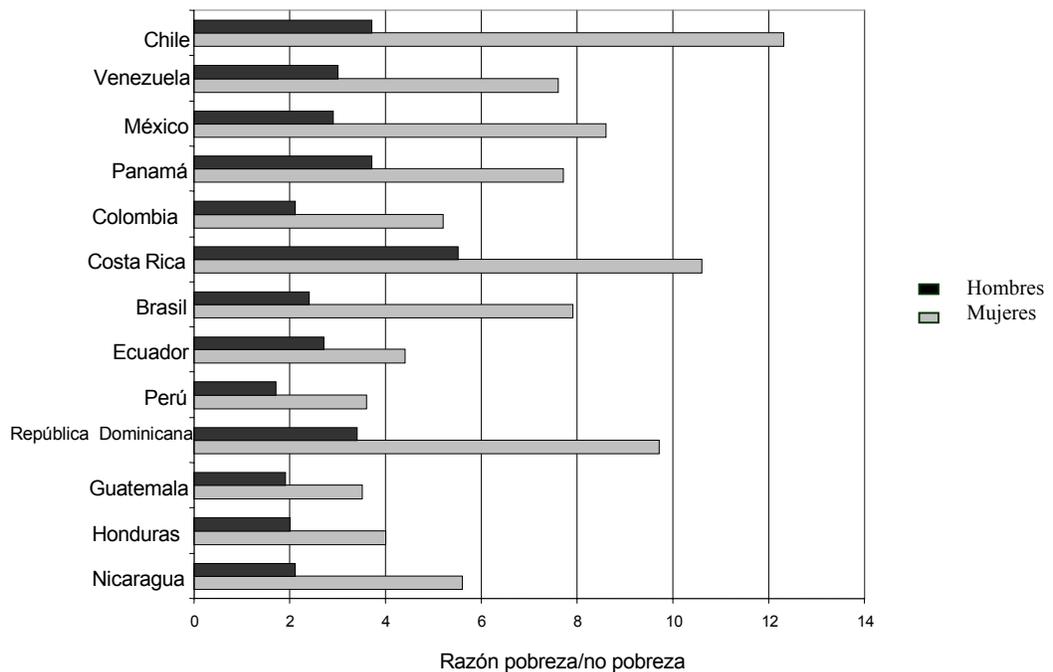
2.1 La repercusión de las inequidades de género en el sector de la salud

Las inequidades de género en cuanto al acceso y al control de los recursos afectan al estado de salud de los hombres y las mujeres, así como al financiamiento, al acceso y a la prestación de la asistencia sanitaria. Interactúan y se acentúan por otros factores determinantes como la pobreza, la educación y el grupo étnico.

2.1.1 Las inequidades de género afectan a la salud

Las mujeres viven más tiempo que los hombres en la mayoría de los países del mundo. La pobreza, sin embargo, tiene un efecto negativo sobre la tendencia de las mujeres a vivir más tiempo que los hombres (figura 1).

Figura 1. Razón pobreza / no pobreza de la probabilidad de muerte (por 1.000 habitantes) para las personas de entre 15 y 59 años de edad, por sexo, en 13 países de América Latina y el Caribe



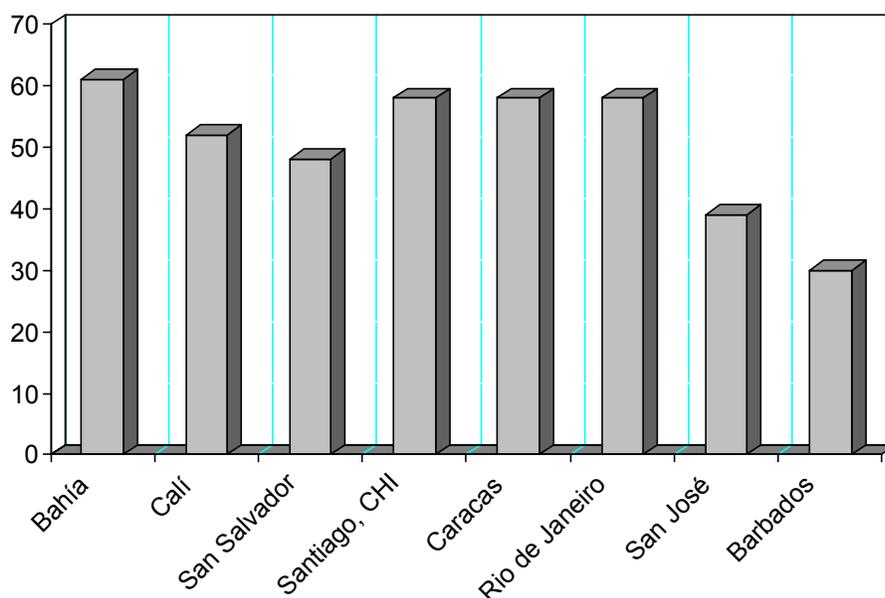
Adaptada del Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 1999, anexo estadístico

Las causas y, por consiguiente, la prevención de las enfermedades y la muerte son diferentes para los hombres y las mujeres. Como lo prueban las tasas de mortalidad materna inadmisiblemente elevadas de la Región, las causas principales de muerte de las

mujeres en edad fecunda son las complicaciones del embarazo y el parto. Para los hombres, en el mismo grupo de edad, la mortalidad se relaciona principalmente con los comportamientos de riesgo: accidentes, actos de violencia, cáncer del pulmón, abuso de sustancias e infección por el VIH/SIDA.

La manifestación más perturbadora de la inequidad de género es la violencia de género, que afecta a entre 33% y 60% de las mujeres de la Región y es perpetrada principalmente por sus compañeros íntimos (figura 2).

Figura 2. Porcentaje de mujeres que experimentaron actos de violencia a manos de su pareja en los años noventa en ocho ciudades de América Latina y el Caribe



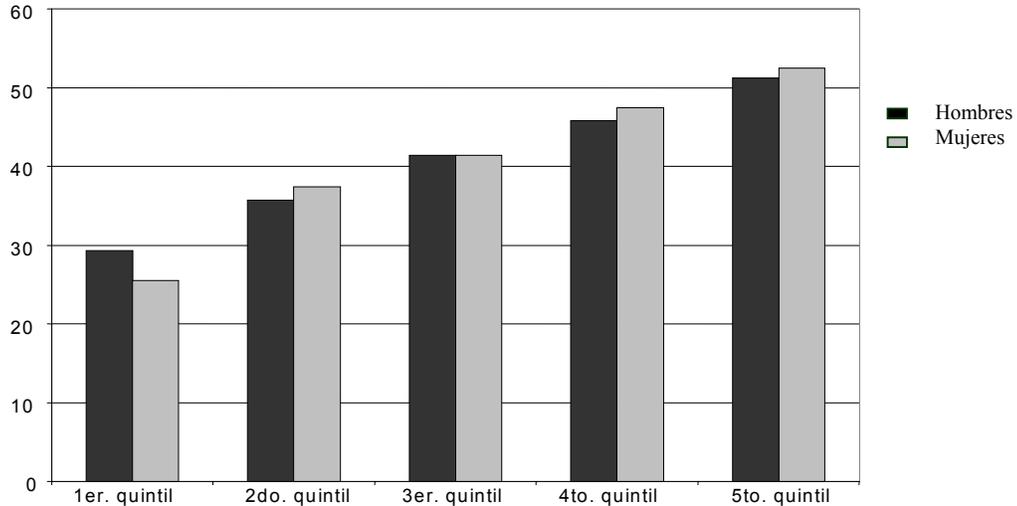
Fuente: Adaptado de Lori Heise. "Coercion and Abuse: Implications for Health Programs" (Nov. 2001)

2.1.2 *Las inequidades de género afectan al acceso a la atención de salud*

En términos generales, las mujeres tienden a usar los servicios de salud más a menudo que los hombres, debido a que tienen mayor necesidad por su función reproductiva, a que enferman con más frecuencia y a que tienen una esperanza de vida más larga. Sin embargo, como se puede ver en la figura 3, si se toma en consideración la pobreza, las mujeres pobres no siempre usan estos servicios más a menudo que los hombres. Algunos sistemas financieros de atención de salud discriminan contra las mujeres debido a su función reproductiva y, como consecuencia, estas pagan primas de seguro mayores que las de los hombres. Además, debido a su mayor necesidad de

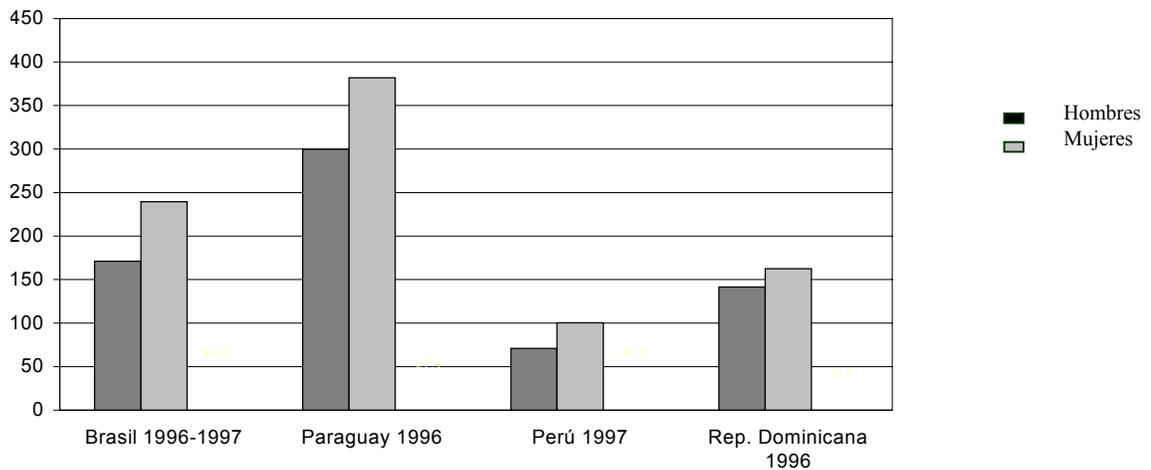
atención, las mujeres gastan más dinero que los hombres para mantener su salud (figura 4).

Figura 3. Porcentaje de personas con problemas de salud que buscaron atención sanitaria, por sexo y nivel de gasto familiar, en cinco países latinoamericanos, 1994-1996



Fuente: Encuesta de LSMS: Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Venezuela, 1994.

Figura 4. Gastos sanitarios en efectivo de hombres y mujeres en cuatro países latinoamericanos (en dólares de los Estados Unidos)



Fuente: Encuestas OPS/Estudio de medición de los niveles de vida de Brasil, Paraguay y Perú. Encuesta Demográfica de Salud.

2.1.3 *Las inequidades de género afectan a la distribución del poder y las retribuciones en el trabajo sanitario*

Aunque las mujeres representan 80% de la fuerza laboral de la asistencia sanitaria, están subrepresentadas en las filas directivas y predominan en los niveles más bajos de ingresos y prestigio. Es más, las mujeres son las principales proveedoras de asistencia sanitaria y promotoras en la familia y la comunidad, donde más de 80% de esta atención tiene lugar fuera de los servicios oficiales de salud y es principalmente suministrada por el trabajo no reconocido ni remunerado de las mujeres.

2.2 *Falta de información desglosada por sexo para planificar y evaluar*

En la mayoría de los países de la Región, no se genera ni difunde la suficiente información desglosada por sexo, edad, estado socioeconómico y otros indicadores pertinentes. Las estadísticas de género están todavía en sus albores y los servicios nacionales de estadística aún no las han incorporado.³ A pesar del progreso logrado en los 25 últimos años, hay todavía resistencia en muchos sectores para considerar que el género es un tema pertinente, y el sector sanitario no es ninguna excepción.

Los mandatos para desglosar por sexo al recoger, procesar y publicar los datos no son prioritarios, o sencillamente no existen, y aunque existieran serían insuficientes por sí mismos para estimular la introducción de la perspectiva de género en el trabajo estadístico. Para que este tipo de mandato sea eficaz, debe ir acompañado por propuestas concretas de trabajo, y por recursos técnicos y financieros para empezar su aplicación.

Más allá de los datos epidemiológicos sobre la salud y sus factores determinantes (incluida la asistencia sanitaria), es precisa una mejor recopilación de datos sobre la contribución total de las mujeres y los hombres al desarrollo sanitario, incluida su participación en el trabajo de salud que no se incluye en las cuentas nacionales, por ejemplo, la atención en el hogar de enfermos, discapacitados y adultos mayores. Esto debe llevarse a cabo con miras a reconocer la contribución económica de las mujeres a la atención de salud, y a hacer visible la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre las mujeres y los hombres.⁴

3. **Progresos para corregir la inequidad de género**

A pesar de la persistencia innegable de obstáculos, que deben reconocerse y eliminarse, hay también elementos muy positivos en favor de los esfuerzos para lograr la equidad de género en el ámbito de la salud. Han sido factores decisivos en este sentido:

³ Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Anexo).

⁴ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

- Los compromisos manifestados por los Estados Miembros en las conferencias de las Naciones Unidas durante el último decenio. De estos foros, los fundamentales para el mandato de HDW han sido: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Asamblea General, Nueva York, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). A escala interamericana, un catalizador principal ha sido la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1995).
 - La influencia creciente del movimiento de salud de la mujer, que ha animado el debate en el plano tanto nacional como internacional. Este movimiento ha sido un gran defensor de la protección de la salud como derecho humano, el reconocimiento de los derechos a la salud reproductiva de las mujeres como derechos humanos y la necesidad de transformaciones sociales basadas en los principios de solidaridad y justicia social.
 - El reconocimiento relativamente reciente de la violencia contra la mujer como tema de salud pública que requiere una respuesta coordinada multisectorial. El movimiento de las mujeres y las conferencias internacionales mencionadas han sido fuerzas impulsoras de este reconocimiento. La OPS y los Estados Miembros han desempeñado una función principal al abordar el problema desde principios de los años noventa.
 - La creación de ministerios u oficinas de la mujer en la mayoría de los países de la Región, y la elaboración de planes de igualdad de género en un número creciente de Estados Miembros.
 - El incipiente apoyo de algunos organismos gubernamentales a la creación de sistemas de información estadística sensibles al género.
 - El firme respaldo ofrecido a HDW por organizaciones hermanas de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales de cooperación que promueven la meta de la equidad de género.
4. **¿Cómo pueden los países corregir la inequidad de género en el sector de la salud?**

Si bien hay un reconocimiento general de que los factores determinantes sociales tanto como los biológicos influyen en la salud, el concepto de género sigue siendo una idea de último momento para la mayoría de los analistas y formuladores de políticas. Las inequidades persistirán a menos que haya el compromiso de incluir la perspectiva de

género en la recopilación y el análisis de los datos sanitarios, en la formulación y vigilancia de las políticas, en la concepción de programas innovadores e integrados, y en la formación de los proveedores de asistencia sanitaria.

Casi todos los Estados Miembros han ratificado las pertinentes convenciones mundiales y regionales. Para suscitar la respuesta del sector sanitario a la violencia de género, los Estados Miembros apoyaron el Plan de Acción del Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Como representantes del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, los países han redactado varias recomendaciones encaminadas a promover en los Estados Miembros la equidad de género en materia de salud. Basándose en estos compromisos, HDW establece las siguientes recomendaciones específicas para que los Estados Miembros corrijan la inequidad de género en el ámbito de la salud en las Américas:

- Mejorar la recopilación de datos sobre la contribución total de las mujeres y los hombres a la economía, incluida su participación en el trabajo no remunerado que no se incluye en las cuentas nacionales, por ejemplo, la atención en el hogar de enfermos, discapacitados y adultos mayores (Beijing);
- Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que presten atención a las necesidades de la mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo y las diversas necesidades de la mujer (Beijing);
- Capacitar al personal y asignar recursos para producir y difundir la información sobre género y salud necesaria para guiar las políticas sanitarias y vigilar el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales en materia de equidad de género en el ámbito de la salud (19.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).
- Conseguir que los usuarios y los productores de las estadísticas en el gobierno y la sociedad civil participen en la definición del contenido y los procesos para la producción, difusión, análisis y vigilancia de la información sobre género y salud (19.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).
- Elaborar y aplicar las políticas, los programas y el adiestramiento que permitan detectar, remediar y prevenir la violencia de género (Beijing, El Cairo y Belém do Pará);
- Velar por que la perspectiva de género sea un componente explícito del marco de salud mental de la OPS (19.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el

- Desarrollo del Comité Ejecutivo); que los servicios de salud mental se integren en los sistemas de atención primaria de salud; y que el personal de atención primaria reciba capacitación para reconocer y atender a las niñas y las mujeres de todas las edades que sufran cualquier forma de violencia, en particular violencia doméstica, abuso sexual u otras formas de maltrato resultantes de conflictos armados o de otra índole (Beijing).
- Alentar y facultar a los hombres para que asuman la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo y sus funciones sociales y familiares, y para que aumenten su participación y compartan la responsabilidad en la práctica de la planificación familiar (El Cairo).
 - Promover y fortalecer la participación social de las mujeres en las estructuras locales para la toma de decisiones acerca de la salud, sin aumentar su carga de trabajo (18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).
 - Garantizar que los programas de las facultades de medicina y otros programas de formación sanitaria incluyan cursos sobre la salud de la mujer generales, obligatorios y que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género (Beijing).

5. ¿Cómo puede la OPS ayudar a los Estados Miembros a afrontar el reto?

HDW se creó para ayudar a los Estados Miembros a lograr la equidad de género en sus políticas y programas sanitarios. Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado varias resoluciones (CSP22.R12, de la 22.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, y CD32.R9, CD33.R6 y CD34.R5 de los 32.^o, 33.^{er} y 34.^o Consejos Directivos, respectivamente) que definen el mandato y funcionamiento del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo (HDW). Una meta fundamental de HDW es integrar la perspectiva de género en los programas y las políticas de la OPS, las Representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros a fin de reducir las inequidades de género en el campo de la salud dentro del contexto de los principios de equidad y panamericanismo.

Los Cuerpos Directivos también crearon el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, que se reúne bianualmente para identificar los temas pertinentes de género y salud y para hacer recomendaciones al Comité Ejecutivo y al Director de la OPS sobre cómo afrontarlos.

El mandato de HDW apunta a alcanzar la redistribución de las responsabilidades y el poder entre los hombres y las mujeres para mejorar el bienestar físico, psicológico y social de la población. Dentro de este marco, HDW procura identificar y reducir las

desigualdades en el estado de salud entre los hombres y las mujeres que son innecesarias, injustas y evitables; mejorar el acceso a la asistencia sanitaria apropiada, y aumentar la participación en el trabajo de atención de la salud. El Programa se adhiere a los siguientes compromisos transversales:

- empoderamiento y participación de las mujeres y las comunidades para controlar su salud;
- formación de capacidad de los interesados directos a los niveles local, del sector de la salud y de formulación de políticas para mejorar la promoción de la causa, la asistencia sanitaria y la promoción de la salud, y
- colaboración intersectorial entre el sector público, la sociedad civil y las organizaciones de mujeres, por un lado, y los donantes y los organismos internacionales, por el otro.

5.1 *Áreas estratégicas de colaboración técnica*

Basándose en los compromisos y las necesidades de los Estados Miembros, HDW definió cinco áreas estratégicas como manera más eficaz de reducir las inequidades de género:

- incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas;
- formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud;
- elaborar y aplicar modelos que aborden integralmente las inequidades de género en el ámbito de la salud;
- apoyar las actividades de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, así como materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento, y
- colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

Estas áreas estratégicas se discutieron ampliamente con la red de puntos focales nacionales de HDW y las organizaciones regionales de mujeres, y proporcionan la base para el plan bianual de HDW para 2002-2003.

5.1.1 *Incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas*

HDW y sus componentes identificaron claramente la importancia de producir información sobre las inequidades de género existentes en la esfera de la salud. Si bien las organizaciones de mujeres y los organismos internacionales han ejercido presiones políticas para lograr la aprobación de convenciones internacionales y la sanción de leyes, políticas y programas nacionales para reducir las inequidades de género en materia de salud, actualmente sólo unos pocos países desglosan por sexo sus datos sanitarios y los analizan desde una perspectiva de género. Muchos convenios –y quienes los defienden– concuerdan en que tal información es esencial para concentrarse en las inequidades y para vigilar el efecto de la reforma del sector de la salud y otros cambios de política.

HDW considera que la producción de estos datos es una prioridad absoluta. En consecuencia, propugna que los Estados Miembros incluyan el análisis de género en su formulación de políticas. El programa ha creado indicadores de género y salud y herramientas de análisis, ha impartido adiestramiento a las contrapartes de los países y brinda colaboración técnica para generar esta información. El Programa también se propone publicar un folleto estadístico bianual y una publicación integral sobre la situación regional de la equidad de género y la salud.

Mejorar el análisis de la situación de género y salud. La mejora del análisis de la situación de género y salud fue el tema de la 19.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo (marzo, 2001). El Subcomité presentó varias recomendaciones al Comité Ejecutivo, entre las que figuran:

- que las estadísticas sanitarias se recopilen, procesen, analicen y desglosen por sexo y edad para reflejar y vigilar las inequidades de género, y que en ellas se incluya la contribución no remunerada de las mujeres a la asistencia sanitaria;
- que se establezcan sistemas de información para guiar las políticas sanitarias y vigilar el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales en materia de equidad de género en el ámbito de la salud;
- que los usuarios y los productores de las estadísticas del gobierno y la sociedad civil participen en la definición del contenido y los procesos para la producción, difusión, análisis y vigilancia de la información sobre el género y la salud, y
- que se dé prioridad al adiestramiento, para llevar a cabo análisis cuantitativos y cualitativos y aplicar intervenciones con una perspectiva de género.

Fortalecer la capacidad nacional para llevar a cabo el análisis de la situación de género y salud. De acuerdo con el compromiso de la OPS de poner en práctica las recomendaciones del Subcomité, el Programa está trabajando con sus homólogos nacionales para fortalecer la capacidad de análisis de los problemas de género. En 2001, facilitó la participación de representantes de los ministerios de salud y las oficinas nacionales de estadísticas de cuatro países centroamericanos en un curso sobre estadísticas y concepto de género impartido por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la OPS. Para el próximo bienio, HDW va a procurar reforzar la capacidad de los equipos multisectoriales de usuarios y productores de información de diferentes sectores del gobierno y la sociedad civil en Chile y Perú, y ampliar el adiestramiento de equipos centroamericanos.

HDW promueve el monitoreo de la equidad de género en materia de salud en la Región y es miembro del “Grupo de Estudio de las Herramientas y los Indicadores para el Impacto, el Análisis, la Vigilancia y las Evaluaciones de Género”, coordinadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El grupo de estudio elabora y aplica indicadores para vigilar el cumplimiento por parte de las Naciones Unidas de los convenios de Beijing y El Cairo. La OPS, UNIFEM y CEPAL celebraron una reunión regional en Bolivia para determinar indicadores de violencia de género. El Programa patrocinó a participantes de siete países que han estado aplicando sistemas de vigilancia de la violencia de género, como parte de 10 proyectos nacionales sobre violencia intrafamiliar emprendidos por la OPS.

HDW ha elaborado indicadores e instrumentos de análisis de género y salud que se probarán en Chile y Perú. En 2002-2003, HDW pondrá estos instrumentos a disposición de los interesados en todos los países de la Región y facilitará cooperación técnica directa para llevar a cabo un análisis de la situación de género y salud en cinco países.

Promover la investigación para que los formuladores de políticas tengan bases en las que apoyarse. HDW facilita la relación con investigadores y responsables de la política para diseñar y aplicar la investigación a la mejora de la salud y las políticas de género. HDW coordinó recientemente la iniciativa de investigación “La equidad de género en el acceso a la atención de salud” en seis países: Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Aunque los resultados variaron entre los países, en todos los estudios los datos de la encuesta domiciliaria confirman que, en términos generales, las mujeres tienen mayor necesidad de servicios, los usan más y gastan más dinero de su bolsillo en asistencia sanitaria. Sin embargo, los datos de Ecuador y Perú indicaron que, a pesar de su mayor necesidad, las mujeres pobres no siempre usan los servicios más a menudo que los hombres. Los datos también indicaron que los pagos de seguro de salud y el acceso basado en el riesgo, como lo promueven los servicios privados, tienden a

marginar a los más necesitados, como las mujeres en edad fecunda, los pobres, los adultos mayores y los enfermos crónicos.

5.1.2 *Formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud*

Una meta clave del análisis de género y salud es mejorar las políticas que pasan por alto, crean o agudizan las inequidades de salud entre los hombres y las mujeres. Esto es particularmente pertinente para los procesos de reforma sanitaria que se están realizando en muchos países. Hay indicios de que algunos modelos de asistencia y financiamiento sanitarios promovidos por estos procesos pueden marginar aún más a los pobres, los adultos mayores, ciertos grupos étnicos y, especialmente, a las mujeres de todas estas categorías. Es más, en la mayoría de los países, las organizaciones de mujeres y otros interesados directos importantes son excluidos al definir las políticas de la reforma sanitaria y vigilar sus resultados.

Crear una estrategia para reducir las inequidades de género en la reforma del sector sanitario. HDW, en colaboración con otros programas de la OPS y contrapartes nacionales, ha preparado una estrategia para identificar y concentrar la atención en estas inequidades, al mismo tiempo que se involucra a los interesados directos, especialmente los grupos de mujeres, para abordarlas en cada una de las fases del proceso. Esta estrategia incluye:

- generar información sobre inequidades de género en el ámbito de la salud y su relación con las políticas sanitarias;
- difundir estratégicamente la información a los interesados directos del sector sanitario y otros sectores y de la sociedad civil, especialmente los grupos de promoción de la causa de la salud de la mujer, e
- incluir a estos interesados directos informados en la formulación de mejores políticas y en la vigilancia de su ejecución y de su efecto sobre la salud de las mujeres y los hombres.

HDW desarrolló esta estrategia en consulta con expertos de grupos regionales de mujeres (en particular, la red de Salud de la Mujer para el Caribe y América Latina), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las universidades de varios países, durante una reunión regional de expertos en género y reforma sanitaria (1998). En consultas posteriores, HDW, con otros programas de la OPS, la OMS, el Gobierno de Chile, el UNIFEM, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la CEPAL, organizó el primer taller internacional sobre la inclusión de indicadores de género en las cuentas sanitarias nacionales (Chile, 2001). La equidad de género y la reforma sanitaria

fue el tema de la 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo (1999), que recomendó que la OPS apoyara, y los Estados Miembros incluyeran, los criterios de equidad de género y la participación de los interesados directos en sus procesos de reforma sanitaria en curso.

Crear estrategias para reducir las inequidades de género en la reforma del sector sanitario. Para ejecutar su estrategia de género y reforma sanitaria, el Programa está coordinando un proyecto de tres años con apoyo de la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller. El proyecto incluye un componente regional para crear instrumentos conceptuales y metodológicos, así como colaboración interinstitucional para la integración de la equidad de género en la reforma sanitaria de Chile y Perú.

HDW ha elaborado varios documentos e instrumentos conceptuales encaminados a aumentar el conocimiento y la participación social con la finalidad de promover la equidad de género en la reforma sanitaria. La ponencia “La equidad de género y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe” se preparó para la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2000, Lima) y se ha hecho circular ampliamente como un recurso destacado en este tema. Estos documentos, y la colaboración técnica de la OPS, serán aportaciones al seminario regional “Adaptarse al cambio: la reforma del sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos” y a otros talleres de adiestramiento nacionales y regionales sobre este tema.

HDW preparó la “Guía de indicadores para analizar y vigilar la equidad de género en la salud” y la “Guía para evaluar la equidad de género en la salud” e incorporó indicadores de género en instrumentos de la OPS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) para evaluar la vigilancia del desempeño de la reforma sanitaria. Durante los próximos dos años, estos instrumentos se someterán a prueba y posteriormente se distribuirán por toda la Región.

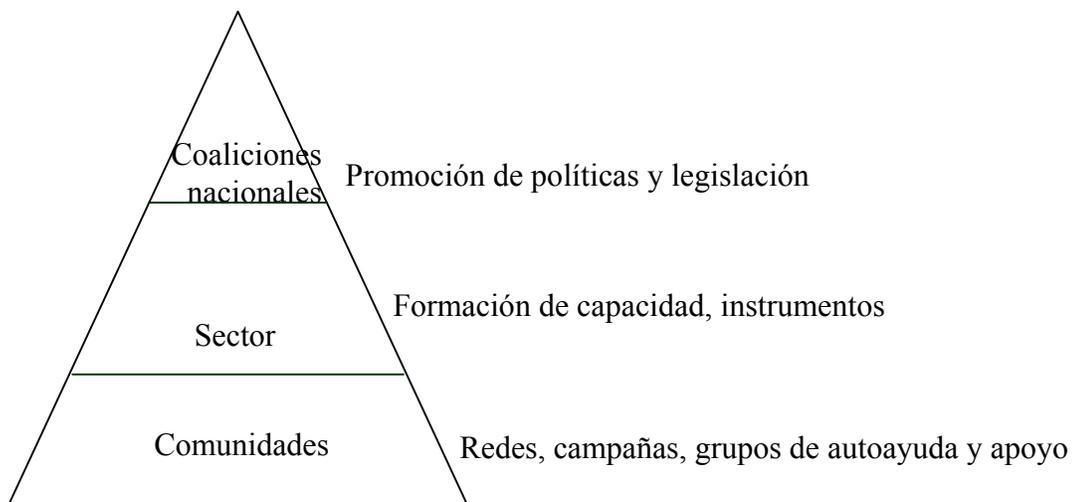
El componente nacional del proyecto sobre la equidad de género y la reforma sanitaria puesto en práctica en Chile (2001) y Perú (2002) arrojará enseñanzas para otros países. Como parte del proyecto de tres años recién negociado para Centroamérica, apoyado por los Gobiernos de Noruega y Suecia, las herramientas metodológicas se aplicarán en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (2003).

En Chile, el proyecto facilitó la participación de los interesados directos a escala nacional y provincial para debatir las políticas de reforma sanitaria recién formuladas. En Chile, el equipo del proyecto de la OPS brindó apoyo decisivo al Comité Consultivo sobre Asuntos de Género convocado por la Ministra de Salud para lograr que el concepto de género se tuviese en cuenta en todo el proceso de reforma. El comité intersectorial preparó un documento de estrategia que la ministra presentó a la Comisión Nacional de Reforma de

Salud y que, bajo su liderazgo, se debatió con participación de la sociedad civil a nivel central y en dos provincias. En todo momento, el equipo del proyecto impartió capacitación para involucrar a las organizaciones como interesados directos en el debate sobre la reforma sanitaria. La Ministra de Salud, la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y los legisladores participaron en estos debates.

5.1.3 *Elaboración y aplicación de modelos que aborden integralmente las inequidades de género en el ámbito de la salud*

Desde principios de los años noventa, HDW, en asociación con el sector de la salud y otros sectores, ha trabajado a escala política regional, nacional y local para promover la causa, fortalecer la capacidad e involucrar a las comunidades para formular mejores políticas sanitarias y mejorar la prevención y la atención de la violencia de género. Como resultado, HDW y sus numerosos homólogos han elaborado el Modelo Integrado para Abordar las Inequidades de Género.



Este modelo se está aplicando para abordar la violencia de género y para involucrar a los hombres en los programas de salud reproductiva. Su uso en el área de la salud mental está incluido en el plan 2002-2003 mencionado.

Hacer frente a la violencia de género. Desde 1995, HDW ha aplicado este modelo para abordar la violencia de género en 10 países (7 países centroamericanos más Bolivia, Ecuador y Perú) con el apoyo de los gobiernos de Noruega, los Países Bajos y Suecia. Dicho modelo goza de reconocimiento mundial como un método para abordar esta forma de la violencia y ha sido adaptado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en otros seis países.

En los 10 países del proyecto, el modelo para hacer frente a la violencia de género ha dado lugar a más de cien redes intersectoriales locales que apoyan, remiten y asisten a las mujeres y las familias que viven en situaciones de violencia, y llevan a cabo campañas educativas y para los medios de difusión sobre el tema de la prevención. Las contrapartes de HDW han preparado y aplicado 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 preconizan mejores leyes y la institucionalización de los logros de los proyectos. A escala regional, el Programa ha colaborado con organismos de las Naciones Unidas para aplicar las convenciones internacionales y regionales con objeto de movilizar al sector de la salud para que haga frente a la violencia de género.

Una evaluación reciente destaca los éxitos de este modelo en Centroamérica, especialmente a escala política local, al tiempo que resume las enseñanzas extraídas para futuros retos. La evaluación incluyó un extenso examen de documentación, entrevistas y grupos de opinión con más de 300 responsables de políticas, proveedores de servicios y clientas. Sus resultados han sido presentados a los interesados directos del proyecto y de otros países para mejorar la respuesta a la violencia de género. También constituirán la base de un libro conmemorativo del centenario de la OPS sobre el modelo integrado para abordar la violencia de género. El proyecto dio lugar a los siguientes logros:

Logros a nivel regional

- Se organizó el *Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas*, conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el UNIFEM, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Centro de Investigación sobre la Salud de la Mujer de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI). El “llamado a la acción” del Simposio insta a movilizar al sector de la salud y otros sectores para fortalecer las políticas y la capacidad de detectar y prevenir la violencia, así como de prestar atención y apoyo a las mujeres y las familias que viven en situaciones de violencia.
- Se facilitó el intercambio entre los países del Caribe y centroamericanos con el objetivo de aplicar el modelo integrado en cinco países caribeños.
- Se promovieron proyectos de intercambio técnico entre seis países sobre temas que varían desde la promoción de políticas hasta el adiestramiento de los proveedores de servicios de salud y el establecimiento de redes y grupos de apoyo.
- Se incluyó la prevención de violencia de género en foros de política regionales y subregionales, como la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), el Parlamento Latinoamericano (Parlatino), reuniones de Primeras Damas y cumbres regionales.

Logros a nivel nacional

- Se establecieron coaliciones multisectoriales en 10 países.
- Se sancionaron leyes en 10 países y se crearon cuerpos de vigilancia en 6 países centroamericanos.
- Se publicaron los resultados de la investigación “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”, que se efectuó en 10 países; se realizó en Bolivia un estudio de la prevalencia de la violencia que afecta a las mujeres y del papel de los hombres como promotores de esa violencia; y se llevó a cabo en Perú una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas.
- Se elaboraron y aplicaron instrumentos (normas y protocolos en 10 países, sistemas de vigilancia en 5 países y módulos de adiestramiento en 10 países); y se adiestró a más de 15.000 representantes del sector de la salud y otros sectores cada año.
- Se realizaron campañas de prevención de la violencia de género en 10 países.
- Se incorporó el modelo integrado de prevención de la violencia de género en la reforma sanitaria de cinco países.
- Se incluyó el estudio de la violencia en los programas de estudios de la enseñanza primaria en Belice y Perú, y en los de la universidad en tres países.

Logros a nivel local

- Se establecieron 100 redes comunitarias que comprenden los sectores sanitario, educativo y judicial, así como a la policía, las iglesias, líderes de la comunidad y organizaciones de mujeres.
- Se capacitaron grupos de apoyo de la comunidad y están funcionando en ocho países.
- Se crearon grupos de apoyo para hombres y mujeres en cinco países.

Involucramiento de los hombres en la salud reproductiva. En siete países centroamericanos, en colaboración con la División de Promoción y Protección de la Salud y con apoyo del Gobierno de Alemania, HDW está elaborando modelos para involucrar a los hombres en la salud reproductiva. El proyecto, que se emprendió en cuatro países (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) en 2001, consiste en realizar encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres con respecto a la salud reproductiva propia y la de su familia. Basándose en los resultados, HDW y el Programa de Salud de la Familia y Población de la OPS se coordinarán con los ministerios de salud, grupos de hombres y otros asociados para crear modelos de participación masculina en los centros de salud en siete países, y para crear un centro recreativo o de deportes en los cuatro países mencionados.

Abordar la inequidad de género en el ámbito de la salud mental. En el “Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” se califica la depresión como un problema de salud prioritario y se señala que los trastornos depresivos tienen una prevalencia mayor en las mujeres (los estudios examinados arrojan razones mujeres/hombres de entre 15:1 y 2:1), mientras que el abuso de sustancias y los trastornos antisociales de la personalidad son más comunes entre los hombres.

Con ayuda del Modelo Integrado para Abordar la Violencia de Género, el Programa ya está examinando los problemas de salud mental, especialmente por medio de grupos de autoayuda comunitarios. Durante una reunión reciente de representantes y coordinadores de grupos de apoyo en Centroamérica, los participantes estuvieron de acuerdo con el valor de los grupos de apoyo, aunque reconocieron que la falta de datos y estrategias les impedía establecer estos grupos de la manera más eficaz.

En 2001, los puntos focales de HDW participaron en una reunión de planificación del Programa de Salud Mental de la OPS y en ciertas actividades en Centroamérica, especialmente en zonas de desastre. Se reunieron con el coordinador del Programa de Salud Mental para promover la aplicación del enfoque comunitario y del modelo integrado para afrontar los problemas de género y salud mental en sus países y en Centroamérica. Esta colaboración se consolidará en 2002 mediante un proyecto concebido para fortalecer los enfoques comunitarios acerca de la equidad de género y la salud mental.

5.1.4. Labor de extensión mediante estrategias de información, educación y comunicación, así como materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento

Uno de los objetivos clave de HDW es proporcionar información actual, una base de datos de adiestramiento y canales virtuales de comunicación a su red de puntos focales, contrapartes, interesados directos, profesionales de salud y de género, y promotores de la causa en toda la Región.

Facilitar acceso a la información para la promoción de la causa y el adiestramiento por medio del sitio web de la OPS. HDW distribuirá algunas de sus publicaciones impresas y por medio de su nuevo sitio web interactivo GENSALUD (<http://www.paho.org/gender>). El sitio web de GENSALUD también incluye una base de datos interactiva sobre cursos de género y salud y expertos en adiestramiento; hojas informativas mensuales sobre asuntos de género y salud; y carpetas de promoción de la causa que incluyen una hoja informativa, un documento monográfico y una presentación en PowerPoint. Hasta la fecha, HDW ha preparado, en colaboración con la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos una carpeta de promoción de la causa acerca del tráfico de mujeres. También se están preparando carpetas semejantes sobre la infección por el VIH/SIDA y la violencia de género. El servidor electrónico GENSALUD (gensalud@paho.org) de HDW actualmente proporciona a más de 400 suscriptores información sobre sitios web, publicaciones, conferencias y otros aspectos pertinentes, así como hojas informativas mensuales.

Establecimiento de un centro virtual de información sobre mujer, género, salud y desarrollo. La biblioteca virtual de GENSALUD está en proceso de transformarse en un centro regional de información virtual sobre mujer, género, salud y desarrollo, como parte de la Biblioteca Virtual en Salud de OPS/BIREME. Actualmente, el Sistema Regional de Información sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (SIMUS) proporciona la información que se le solicita y brinda acceso a una base anotada de datos bibliográficos (<http://www.metabase.net/miembros/vermiembros.phtml/GENSALUD-OPS>).

Facilitar el acceso a programas virtuales de estudios sobre género y salud. Durante el próximo bienio, HDW colaborará con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y otros organismos de las Naciones Unidas para elaborar un programa prototipo de estudios virtuales en materia de género y salud para el Campus Virtual de Salud. Dicho programa se pondrá al alcance de las instituciones de formación en materia de género y salud y a las universidades de toda la Región. Los primeros módulos abordarán la violencia de género y la salud reproductiva.

5.1.5 Integración de la perspectiva de género en las políticas y programas de la OPS y los Estados Miembros

HDW colabora con la mayoría de las divisiones de la OPS a fin de cumplir su mandato de incorporar la equidad de género en toda la colaboración técnica, actividades y políticas de la Organización. HDW preparó el “Manual de adiestramiento sobre género y salud”, que se usa en toda la Región. En el próximo bienio, el Programa coordinará la participación interprogramática para la adaptación y la ejecución de la política de género de la OMS recientemente aprobada (marzo 2002).

En los dos últimos años, HDW ha abogado por que se incluyan indicadores desglosados por sexo en la base de datos básicos de la OPS, administrada por el Programa de Análisis de Salud, y ha incorporado indicadores de género a las herramientas de seguimiento de las reformas del sector sanitario de la OPS (División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), así como en los sistemas de vigilancia de la violencia (División de Enfermedades no Transmisibles). Asimismo, ha integrado la perspectiva de género en el adiestramiento, las actividades y las políticas del proyecto Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano [PLAGSALUD (División de Salud y Ambiente)] y está colaborando en un proyecto participativo con esta División para formular normas de salud para los trabajadores de las industrias de exportación.

Durante el próximo bienio, la prioridad de HDW es colaborar con la División de Prevención y Control de Enfermedades para fortalecer su labor de extensión con los grupos de mujeres. La OPS procura formar asociaciones de trabajo con estos grupos para empoderar a las mujeres, especialmente las que están en riesgo, a fin de que se protejan de estos riesgos, y para promover un comportamiento saludable dirigido a prevenir la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades crónicas, como el cáncer cervicouterino.

6. Conclusiones

La conmemoración del Centenario de la OPS brinda una oportunidad excelente para que HDW, la OPS y los Estados Miembros renueven el compromiso de corregir la inequidad de género en las Américas. El Programa compromete a los colegas de la OPS y a sus contrapartes en los países a mejorar la información para prestar especial atención y vigilar las políticas y programas encaminados a reducir estas inequidades; elaborar modelos y enfoques integrados; proporcionar información para la promoción de la causa y la capacitación, e integrar la perspectiva de género en los programas y políticas de la OPS.

7. Intervención del Comité Ejecutivo

Sobre la base de la información presentada, se pide al Comité Ejecutivo que:

- Considere las estrategias presentadas, estudiando lo que la OPS puede hacer junto con los países para asegurar que la equidad de género se incorpore con éxito a las políticas y programas de la OPS y los Estados Miembros.
- recomiende medidas que la OPS y sus Estados Miembros pueden tomar para asegurar las más amplias y rápidas promoción y puesta en práctica de las recomendaciones para corregir la inequidad de género en el ámbito de la salud.
- Proponga a la OPS y a los Estados Miembros que desglosen los datos sanitarios por sexo, apliquen un análisis en función del género y difundan ampliamente esta información a los interesados directos para involucrarlos en la formulación y la vigilancia de las políticas sanitarias.