



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

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

MSD19/FR (Esp.)
14 marzo 2001
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los temas	4
Informe de Actividades del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, correspondiente al bienio 1999-2000	4
Análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en materia de salud y desarrollo: el por qué y el cómo	8
Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias	10
Producción, análisis y difusión de información sanitaria de la OPS desglosada por sexo	15
Experiencias obtenidas con el análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en el ámbito de la salud y el desarrollo	16
Otros asuntos.....	24
Presentación de recomendaciones al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	24
Clausura de la sesión.....	27
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de los documentos	
Anexo C: Lista de los participantes	

INFORME FINAL

La 19.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, del Comité Ejecutivo, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C, del 12 al 14 de marzo de 2001.

La sesión contó con la presencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director en conformidad con las atribuciones del Subcomité: Belice, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua. Venezuela no estuvo representada. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Francia, México, Perú y el Reino Unido. Asimismo, participaron representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otras organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales.

Mesa Directiva

Los siguientes Gobiernos Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité durante la 19.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Nicaragua	(Sra. Mariángeles Argüello)
<i>Vicepresidencia:</i>	Canadá	(Sra. Lynne Dee Sproule)
<i>Relatoría:</i>	Cuba	(Sra. Arelys Santana Bello)

El Dr. George Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretario *ex officio*, y la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo) actuó como Secretaria Técnica.

Apertura de la sesión

El Director inauguró la sesión, dio la bienvenida a los participantes y se mostró complacido de ver tantos Estados Miembros representados. Su presencia era un indicio del interés que los países de las Américas tienen sobre los asuntos relacionados con la mujer, la salud y el desarrollo. Para beneficio de los recién llegados, el Director repasó la historia del Subcomité y del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, señalando que inicialmente el Subcomité había enfocado la condición de la mujer dentro de la Organización. Gradualmente, el Programa evolucionó hasta convertirse en un programa completo de cooperación técnica dentro de la OPS, y el Subcomité pasó a ser

más que un comité consultivo técnico sobre los asuntos en relación con la equidad entre los sexos y la salud. Si bien se propuso que la palabra "mujeres" se cambiara a "género" en los nombres del Subcomité y del Programa para reflejar ese nuevo enfoque, ambos cuerpos siguieron ocupándose principalmente de los temas de salud de la mujer, porque la Organización mantenía que las mujeres se veían mucho más afectadas que los hombres por la discriminación por razón de género, lo cual era una manifestación flagrante de la inequidad que conducía a la desigualdad en el estado de salud.

Una de las prioridades del Programa en años recientes ha sido aumentar la disponibilidad de datos desagregados por sexo, ya que tales datos son esenciales para identificar las desigualdades. Dichos datos indicarán dónde existen inequidades por razón de género y podrán tomarse medidas para eliminarlas. La violencia contra la mujer —otra grave manifestación de inequidad por razón de sexo— ha sido también un motivo de preocupación grave. El Subcomité iba a examinar ambos temas.

El Dr. Alleyne concluyó sus comentarios de apertura señalando que habían pasado ya varios años desde que el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo habían tenido oportunidad de debatir los temas de la discriminación por razón de género, la equidad entre los sexos y su relación con la salud. Por dicho motivo, sugirió que tal vez el Subcomité podría proponer, en sus recomendaciones a los Estados Miembros, que esos temas se incluyan en el orden del día de los Cuerpos Directivos en 2002.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos MSD19/1 y MSD19/WP/1)

En conformidad con el Artículo 2 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional preparado por la Secretaría y un programa de reuniones.

Presentación y debate de los temas

Informe de Actividades del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, correspondiente al bienio 1999-2000 (documento MSD19/3)

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) presentó un resumen de la situación de las mujeres y los temas de equidad entre los sexos en la Región, y luego examinó los logros del Programa de la Mujer, la Salud, y el Desarrollo (HDW) durante el período 1999-2000 en las siguientes áreas:

Modelo integrado para abordar la violencia intrafamiliar

El modelo, desarrollado por HDW en colaboración con contrapartes nacionales y los gobiernos de Suecia, Noruega y los Países Bajos, se ejecutó en diez países, y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) lo repitió en otros seis países. El objetivo del modelo era identificar las acciones, o la “ruta crítica”, que las mujeres tomaban para escapar de situaciones violentas, para luego establecer una red intersectorial de la comunidad de apoyo y ayuda a las víctimas de la violencia intrafamiliar y llevar a cabo actividades educativas y preventivas. El modelo funciona ahora en un total de 100 redes de la comunidad. Además, el Programa publicó *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América*, y desempeñó una función protagónica en la organización del Simposio 2001: La violencia por razón de sexo, la salud y los derechos, tentativamente programado para celebrarse del 4 al 7 de junio de 2001, en Cancún, México.

Equidad entre los sexos en la reforma del sector de la salud

El Programa estaba coordinando seis estudios sobre las inequidades por razón de género en el acceso a los servicios de salud y el financiamiento de la atención de la salud, cuyos resultados se esperaban para fines de marzo de 2001. Además, HDW estaba creando varios instrumentos para permitir a los países realizar el análisis de problemas de género, promoción de la causa, monitoreo del estado de salud y acceso de los hombres y las mujeres a los servicios de salud. Con apoyo de la Ford Foundation, esos instrumentos están aplicándose en dos países.

Equidad entre los sexos en la calidad de la atención

El Programa realizó investigación en seis países, en los cuales se estudió de qué forma las diferencias entre los sexos influyen sobre las percepciones de lo que constituye salud y enfermedad entre los usuarios de servicios de salud y los proveedores de asistencia sanitaria. Los resultados se estaban incorporando en la capacitación del personal de salud en las zonas estudiadas.

Participación de la mujer indígena en la promoción de la salud, la atención y el adiestramiento

El programa estaba planificando un proyecto de cuatro años para promover la equidad intercultural y entre los sexos en la reforma del sector de la salud en los países centroamericanos que usan un modelo elaborado en nueve comunidades guatemaltecas. HDW trabajó con el Ministerio de Salud y consejos de mujeres indígenas en Guatemala para impartir adiestramiento a las mujeres y al personal de salud en el uso de prácticas

tanto modernas como tradicionales de atención de la salud de los indígenas, así como los medicamentos y remedios tradicionales. El proyecto comenzaría en 2001.

Participación de los hombres en los programas de salud reproductiva

HDW recibió apoyo del Gobierno de Alemania para llevar a cabo la investigación operativa en siete países centroamericanos. Primero, en cuatro países, el estudio consideraría los conocimientos, las actitudes y las prácticas (CAP) de los hombres hacia su salud reproductiva y la de sus familias. Luego, sobre la base de dicha información, se crearían modelos con miras a tratar mejor las necesidades de salud reproductiva de los hombres.

Incorporación de la equidad entre los sexos en el trabajo de la OPS

La primera prioridad del Programa era instalar la conciencia de género en las políticas y actividades de cooperación técnica de toda la OPS. El Subcomité proporcionó orientación para cumplir ese mandato dentro de la OPS, y también en la cooperación técnica que el Programa proporciona a los Estados Miembros. Entre otras actividades, HDW estaba colaborando con las diversas divisiones para incluir indicadores de género en los instrumentos de reforma del sector de la salud, incorporar una perspectiva de género en un proyecto sobre el uso de plaguicidas en Centroamérica, crear normas de salud ocupacional relativas al género y crear enfoques comunitarios y relativos al género en los problemas de salud mental, especialmente la depresión.

Provisión de información sobre la equidad entre los sexos

Una de las funciones clave de HDW era transmitir la información a sus puntos focales en los países, sus contrapartes en ministerios de salud, oficinas nacionales de mujeres y otros interesados directos y grupos preocupados por los temas de equidad entre los sexos en la Región. El Programa había preparado varias publicaciones, cuyos ejemplares se proporcionaron al Subcomité. HDW también mantiene un sitio en la web y una dirección de correo electrónico (gensalud@paho.org) que proporciona información sobre conferencias, estudios, leyes y promoción de la causa de la equidad entre los sexos en los países. Además, el Programa trabajaba para establecer enlaces con otros sistemas de información, incluida la Biblioteca Virtual en Salud de la OPS.

En el documento MSD19/3 se incluía información adicional acerca de las actividades del Programa en los campos mencionados, y se proponían maneras por las cuales los Miembros del Subcomité podrían ayudar al Programa a fortalecer la equidad entre los sexos en la salud y el desarrollo.

El Subcomité respaldó el ambicioso plan de acción del Programa. En particular, recibieron encomio sus actividades y participación con los grupos de mujeres al nivel

local, notablemente los grupos indígenas. Se destacó la repercusión dispar de la violencia sobre los hombres y las mujeres. Se señaló que, además de los otros problemas mencionados en la introducción del documento, en los países donde la violencia y otras causas externas son causas principales de muerte, la discrepancia en la esperanza de vida entre los hombres y las mujeres estaba aumentando y más mujeres están enviudando, quedando más pobres y con una mayor carga para soportar. Es más, la “feminización de la infección por el VIH” es un fenómeno creciente en diversos países, ya que las tasas de infección suben más rápidamente entre las mujeres que entre los hombres.

Se solicitó información más específica sobre el modelo integrado para tratar la violencia intrafamiliar, en particular su posibilidad de repetirlo, su repercusión en cuanto a la reducción de la violencia por razón de sexo en los países y la estrategia de la OPS para mantener los grupos de apoyo comunitario mencionados en el documento. También se inquirió acerca de los resultados de la iniciativa para incluir criterios de equidad entre los sexos en el análisis nacional de la situación sanitaria y la formulación de políticas, y la incorporación de un componente de política en los estudios sobre las inequidades por razón de género en el acceso a los servicios de salud y al financiamiento de atención de salud.

La Dra. Velzeboer-Salcedo señaló que el documento presenta solo un breve resumen de las actividades del Programa, el cual tendrá gusto en proporcionar información exhaustiva a cualquier Estado Miembro que la desee. En lo que se refiere a la repercusión del modelo integrado, el Programa no tenía datos concretos para indicar si había habido una disminución en la violencia como resultado de la aplicación del modelo. Se prevé que una evaluación o un estudio de prácticas óptimas programado para junio de 2001 aportará información en ese sentido, aunque producirá principalmente información cualitativa, no datos cuantitativos, de acuerdo con el objetivo principal del modelo, que es mejorar la atención y los servicios que se proporcionan a las víctimas de la violencia intrafamiliar. El Programa se mostraba optimista en el sentido de que los sistemas de vigilancia de violencia intrafamiliar que ahora funcionan en algunos países darán información sobre el alcance del problema que será útil para el diseño de políticas y programas. El estudio sobre salud de la mujer y violencia en el hogar que realiza la OMS en varios países, aunque incluirá solo dos países de las Américas, también generará datos sobre la prevalencia; y los protocolos de ese estudio quizá puedan adaptarse y aplicarse en otros países.

En cuanto a la replicabilidad del modelo, sin duda, muchos componentes podrían repetirse o adaptarse para uso en diferentes países. Sobre la base del estudio de prácticas óptimas, el Programa estaba planificando una publicación que presentaría el modelo de tal manera que los países pudiesen adaptarlo y ampliarlo para que se ajuste a sus necesidades específicas. HDW también proporcionaría los prototipos de las normas y los

protocolos elaborados en relación con el modelo. Con respecto a los grupos de apoyo comunitario, si bien el Programa había proporcionado cierto apoyo técnico a su formación, los grupos eran principalmente una extensión de las redes de la comunidad y no contaban con el financiamiento de la OPS. Por consiguiente, su grado de sostenibilidad variaba de una comunidad a otra.

Con respecto a la incorporación de criterios de equidad entre los sexos en el análisis de los países y las políticas, la Dra. Velzeboer-Salcedo explicó que el análisis, la promoción de la causa y los instrumentos de planificación elaborados por el Programa se probarían en Chile y Perú. HDW estaba trabajando en colaboración estrecha con los ministerios de salud, las comisiones de reforma del sector de la salud y otros interesados directos en esos países para determinar cómo obtener buena información y luego difundirla y utilizarla. En cuanto a la investigación sobre las inequidades por razón de género en el acceso a financiamiento de los servicios de salud, uno de los objetivos principales del estudio era producir información útil para la formulación de políticas. Antes del comienzo de la investigación se proporcionó adiestramiento para tener la seguridad de que los resultados se traducirían en políticas.

HDW tiene conciencia de que la feminización de la infección por el VIH es un problema creciente. Sin embargo, el Programa no ha hecho una de sus áreas prioritarias de acción la infección por el VIH/SIDA, porque la OPS tiene un programa dedicado específicamente al tema y el programa está aplicando una perspectiva de género en su trabajo. HDW colaboraba con el programa contra la infección por el VIH/SIDA en los casos apropiados. De igual manera, el Programa tiene mucha conciencia de la repercusión dispar de la violencia sobre los hombres y las mujeres y el hecho de que las mujeres se ven afectadas principalmente por la violencia en el hogar, mientras que más a menudo los hombres son víctimas de la violencia social. HDW colaboraba estrechamente con el programa de la OPS sobre prevención de la violencia y participaba indirectamente en la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, formada por la OPS, la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Sin embargo, el foco de interés principal de HDW eran las mujeres y la repercusión que la violencia intrafamiliar tenía sobre ellas.

Haciéndose eco de las observaciones de la Dra. Velzeboer-Salcedo, el Director dijo que la Coalición estaba considerando el tema de la violencia en su totalidad. HDW no se ocupaba de todos los aspectos de la violencia, sino solo de aquellos relacionados con el género.

Análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en materia de salud y desarrollo: el por qué y el cómo (Documento MSD19/4)

La Dra. Elsa Gómez Gómez (Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) presentó el documento sobre este tema, en el que se resumen las medidas adoptadas por HDW en respuesta a las recomendaciones de las 13.^a y 14.^a sesiones del Subcomité, que requerían la creación de un sistema regional para vigilar y evaluar la equidad entre los sexos en la salud. El término “equidad entre los sexos en la salud” se refería a la eliminación de diferencias evitables, innecesarias e injustas entre las mujeres y los hombres en cuanto al estado de salud y sus factores determinantes, la asignación de los recursos y la disponibilidad de los servicios basados en sus necesidades específicas, el uso y el pago por atención apropiada y la participación en el trabajo y en la toma de decisiones en relación con la salud.

En cumplimiento de las recomendaciones del Subcomité, se tomaron las siguientes medidas: 1) determinación de problemas prioritarios y elaboración de indicadores; 2) formación de un grupo interprogramático asesor de HDW que guiaba la formación de un perfil regional de la salud de la mujer y la formulación de una propuesta de monitoreo de la equidad entre los sexos y mecanismos de información a instituirse en los países; 3) consecución de financiamiento parcial para apoyar la capacidad nacional de análisis de la situación y monitoreo de las políticas de reforma sanitaria; y 4) inclusión de un conjunto básico de indicadores de género en los instrumentos usados por el Programa Especial de Análisis de la Situación de Salud y por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud para el análisis de la situación sanitaria y vigilancia de los procesos de reforma.

El primer paso en la formulación de la propuesta del Sistema de Información y Monitoreo de Equidad de Género en Salud (SIMEGS) fue identificar la naturaleza de la información necesaria para mostrar las disparidades en salud debidas a las inequidades por razón de género. El documento enumera los tipos de información que deben recogerse. El plan de acción para la aplicación de la propuesta indicaba principalmente formar la capacidad de recoger estadísticas desglosadas por sexo a nivel nacional, ya que la Organización no generaba sus propios datos sino que dependía de la información recogida por los Estados Miembros. El plan tenía tres objetivos principales: producción de información orientada políticamente, comunicarla en forma sencilla y eficaz a públicos clave en el poder y la sociedad civil, e institucionalizar la producción, la difusión y el monitoreo de las estadísticas desglosadas por sexo. En el documento se esbozan las actividades pendientes y las estrategias a ser empleadas para llevar a cabo el plan de acción y movilizar los recursos para ejecutar la propuesta.

El Subcomité expresó su apoyo decidido a la propuesta y al plan de acción y reafirmó la importancia de producir estadísticas desglosadas por sexo para resolver las inequidades por razón de género en la salud. Se pensó que la propuesta ofrecería una posibilidad de tomar medidas significativas con respecto a la equidad entre los sexos a los niveles nacional e internacional. Por consiguiente, el Subcomité instó a la OPS y a los

Estados Miembros a que hicieran del tema de la equidad entre los sexos una prioridad absoluta. Se señaló que la equidad entre los sexos es no solo un asunto de justicia social, sino una condición esencial para que los países alcancen su pleno potencial. Para lograrlo, el compromiso político y el apoyo financiero a nivel nacional son críticos. Varios delegados también señalaron que, mientras la producción de los datos desglosados exactos es esencial, igualmente importante es tener un marco para analizarlos que revele inequidades por razón de género, para luego diseñar intervenciones que eliminen las inequidades detectadas.

Diversos Miembros describieron los esfuerzos en marcha en sus países para identificar inequidades por razón de género en la salud, y ofrecieron compartir la información y las experiencias de sus países. Se recalcó la importancia de los intercambios y la colaboración entre los países.

La Dra. Gómez se mostró complacida de que el Subcomité considerara el monitoreo de las inequidades por razón de género una prioridad para la Organización. El monitoreo había sido una prioridad para la Secretaría desde hacía varios años, pero había recibido menos atención en los Estados Miembros. El hecho de que muchos países estuvieran adoptando medidas para recopilar y analizar las estadísticas desglosadas por sexo se vio como un signo alentador.

El Director también expresó su satisfacción por el entusiasmo del Subcomité con respecto a la iniciativa y el intercambio de experiencias para el monitoreo de las inequidades por razón de género. El análisis de las desigualdades sanitarias debidas a las inequidades por razón de género era intrínsecamente difícil. Era difícil conseguir buenos datos sobre las diferencias de salud entre los hombres y las mujeres y los factores determinantes de esas diferencias. Aun cuando se disponía de datos desagregados, era difícil evaluar si los resultados de salud estaban relacionados con factores de género socialmente decididos o con diferencias biológicas entre los sexos. Es más, las diferencias de los conceptos sociales en los países significaban que habría diferencias en el grado en que los factores determinantes de la salud pudiesen atribuirse al concepto de género. No obstante, se expresó que esas dificultades no debilitarían el empeño de la Organización para avanzar en la confección de indicadores que mostraran qué diferencias de salud se debían al género. Sin tales indicadores, sería imposible idear intervenciones para modificar los factores determinantes del género que conducen a las desigualdades en la salud, que era el objetivo final.

Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias (documentos MSD19/7 y MSD19/8)

Sobre este tema se hicieron dos presentaciones. Primero, la Sra. Cathy Alma Cuéllar (Coordinadora Subregional para Centroamérica, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) describió la confección de sistemas de vigilancia de violencia intrafamiliar en los países centroamericanos en el marco del modelo integrado para abordar la violencia intrafamiliar. El aumento de la atención a la violencia intrafamiliar como resultado de la aplicación del modelo puso de relieve la necesidad de contar con más información y mejores sistemas de vigilancia para documentar la magnitud del problema. Si bien queda mucho por hacer, mucho se ha avanzado desde los años noventa, cuando el tema de la violencia intrafamiliar todavía era en gran parte invisible en Centroamérica, y en los sistemas de información sanitaria la mayoría de los casos de abuso físico se clasificaban y notificaban bajo la categoría amplia de “lesión”.

Los siete países centroamericanos estaban recopilando datos de violencia intrafamiliar. También estaban elaborando indicadores para vigilar el cumplimiento de los compromisos internacionales, como la Convención de Belem do Pará. El documento MSD19/8 contiene información sobre niveles de vigilancia en cada uno de los países, los instrumentos usados en la recopilación de datos, los sectores interesados en la recolección y producción de la información, las variables y los indicadores vigilados, los usuarios de la información y el sector con responsabilidad primaria de la vigilancia de la violencia intrafamiliar. También incluye ejemplos de este tipo de violencia obtenidos de los datos recopilados.

La experiencia centroamericana indica varias características de los sistemas eficaces de vigilancia de la violencia intrafamiliar, a saber: los sistemas de vigilancia se deben unificar con los sistemas de vigilancia e información sanitarias, recalcar la presentación oportuna de informes y procurar que la información esté ampliamente disponible; estarán vinculados con los sistemas de vigilancia de diferentes sectores para facilitar las referencias, el seguimiento y la participación de los resultados; analizarán los datos de vigilancia para formular y vigilar las políticas encaminadas a reducir las inequidades en salud pública; cerrarán la brecha entre los investigadores, los responsables de la política, los proveedores y los usuarios de las intervenciones de violencia intrafamiliar; y serán probados y evaluados continuamente, con amplia participación por los interesados directos. Sobre todo, los sistemas de vigilancia producirán información que pueda traducirse en políticas e intervenciones que protejan a las víctimas de la violencia intrafamiliar y mejorar su salud y desarrollo humano.

La segunda ponencia estuvo a cargo de la Dra. Dora Caballero (Punto Focal en Bolivia, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS), quien informó sobre la inclusión de los indicadores de violencia intrafamiliar en la información sanitaria y los sistemas de vigilancia de Bolivia, Ecuador y Perú. Igual que en Centroamérica, la elaboración de información sobre violencia intrafamiliar y subsistemas de vigilancia tuvo lugar en el marco del modelo integrado y también del proyecto titulado “Violencia contra

la mujer y las niñas: Una propuesta para establecer intervenciones coordinadas”, lanzado en los tres países en 1995. Ese proyecto procuraba aumentar el conocimiento del público sobre la violencia intrafamiliar como problema de salud pública. En los tres países, las variables de violencia intrafamiliar se incorporaron en los sistemas existentes de vigilancia epidemiológica de los ministerios de salud. El documento MSD19/7 aportaba detalles sobre los tipos de información producida, los instrumentos de recopilación y de datos usados, el alcance y los usuarios del sistema, la entidad responsable y algunos de los resultados derivados de la aplicación de la información sobre este problema en cada país.

Entre las dificultades que hubo que superar para incluir datos de violencia intrafamiliar en los sistemas de información y vigilancia existentes y aumentar la conciencia sobre esta como problema de salud pública figura: la creencia de que dicha forma de violencia es un asunto privado; la resistencia para aceptar tareas adicionales de los departamentos de recursos humanos de las instituciones; el temor entre los trabajadores de salud de participar en asuntos judiciales y policiales; y la falta de comprensión, por parte de los encargados, de adoptar decisiones en lo referente a la magnitud del problema o sus consecuencias para la salud y el bienestar socioeconómico. Aunque fue posible en los tres países obtener información sobre la violencia intrafamiliar, sus características y el contexto en que ocurrió, todavía quedaban problemas por resolver, en particular, la recopilación de información, debida a la falta de adiestramiento del personal operativo y estadístico; el control deficiente de la calidad de la información, la falta de metodologías apropiadas para analizar los datos recogidos y el uso y la difusión limitados de la información.

Entre los retos para el futuro se cuentan el monitoreo permanente y la evaluación de los sistemas actuales; las variables y los indicadores en uso con miras a hacer los ajustes necesarios; la adaptación de las variables para satisfacer las necesidades de prestación de servicios; el fortalecimiento de la acción multisectorial y la participación de múltiples protagonistas; el adiestramiento sistemático del personal operativo para mejorar la calidad de la información; la elaboración de mecanismos de difusión institucional, interinstitucional y masiva de la información sobre la violencia intrafamiliar, y la utilización de la información para la formulación de políticas y la adopción de decisiones.

El Subcomité convino en la necesidad de vigilar y describir la violencia intrafamiliar para aumentar la conciencia sobre la violencia intrafamiliar como problema de salud pública, y diseñar políticas e intervenciones eficaces para tratarla y prevenirla. Se señaló que, sin la base de pruebas necesarias, la violencia intrafamiliar seguiría tratándose mediante intervenciones en situaciones de crisis en lugar de estrategias de prevención. Un delegado señaló que los datos acerca de la naturaleza y la magnitud de la violencia intrafamiliar demostrarían que ésta no solo afecta a los individuos y sus familias, sino que tiene una repercusión directa sobre la salud y el desarrollo económico de los países. Otro

delegado recalcó la necesidad de contar con información cualitativa así como cuantitativa para adquirir una mejor comprensión del fenómeno de la violencia intrafamiliar, sus factores de riesgo y las consecuencias asociadas con ella.

El Subcomité también recalcó la importancia de vincular la información a la acción, ya que el fin último de recopilar la información era detener la violencia. La recopilación de datos no debe ser un fin en sí mismo, sino que debe orientarse hacia las necesidades de los responsables de las políticas, los planificadores de intervenciones y los proveedores de servicios. También se recalcó la necesidad de proteger a las víctimas. Se recomendó que se aplicasen normas fiables éticas y de seguridad, como las elaboradas para el estudio multipaíses de la OMS, en la investigación sobre la violencia intrafamiliar. Varios delegados mencionaron la necesidad de adiestramiento apropiado para el personal de salud que participa en la recopilación y el análisis de estos datos.

Se instó a la Oficina a seguir apoyando a los países en la confección de sistemas de información y vigilancia de la violencia intrafamiliar, y la promoción de un enfoque de salud pública al problema. Se recalcó la necesidad de aprovechar los recursos de información y los instrumentos de recopilación de datos existentes, igual que la necesidad de contar con definiciones e instrumentos uniformes comunes para asegurar la validez y la comparabilidad de los datos recogidos. Se sugirió que las preguntas sobre la violencia intrafamiliar quizá podrían agregarse a las encuestas demográficas y de salud o a las encuestas más pequeñas asociadas con ellas. El estudio multipaíses de la OMS también se citó como recurso del cual podrían valerse la OPS y los países.

Se plantearon varias preguntas acerca de aspectos específicos de las experiencias descritas por las dos ponentes. Una pregunta inquirió sobre los cambios en los modelos de violencia intrafamiliar en situaciones de desastre. A la Sra. Cuéllar se le pidió que explicara en mayor detalle los resultados de las actividades de detección de violencia entre parejas después del huracán Mitch, que se mencionaba en el documento MSD19/8. Una delegada dijo que los esfuerzos de vigilancia del problema en su país habían sido infructuosos en gran parte porque el personal de salud se mostraba renuente a participar en las actas legales asociadas con la notificación de los casos de violencia intrafamiliar. Se le pidió a la Dra. Caballero que formulara observaciones sobre la manera de superar ese obstáculo.

La Dra. Caballero convino en que las leyes que requieren que los proveedores de asistencia sanitaria notifiquen a la justicia o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley los casos de presunto abuso físico, podrían ser un elemento disuasivo de la notificación y un obstáculo para la vigilancia de la violencia intrafamiliar. En Bolivia, por ejemplo, el personal de salud que no notificaba los casos de abuso era objeto de sanciones. Al mismo tiempo, sin embargo, los médicos en Bolivia y otros países se acogían al secreto profesional y no estaban obligados a revelar información confidencial

sobre sus pacientes. Sería necesario reexaminar las medidas legales relativas a la notificación de abusos, con miras a alentar a los proveedores de asistencia sanitaria a que registren la información sobre violencia intrafamiliar y facilitar un enfoque de salud pública al problema. Con relación a la inclusión de preguntas sobre la violencia en las encuestas demográficas y de salud, se señaló que en Bolivia y Perú dichas variables ya estaban agregándose a las encuestas mencionadas.

En respuesta a la pregunta sobre la vigilancia posdesastre de la violencia en el hogar, la Sra. Cuéllar explicó que el tamizaje tras el huracán Mitch para detectar violencia entre parejas se había realizado en establecimientos específicos de asistencia sanitaria para determinar si había habido un aumento de violencia intrafamiliar con posterioridad al desastre y estudiar los factores que quizá hubiesen contribuido a tal aumento. Los resultados aún estaban en preparación para difundirlos, pero los datos preliminares confirmaban que la vigilancia activa de la violencia intrafamiliar debía acentuarse en situaciones de desastre. En respuesta a otra pregunta referente a los instrumentos de recopilación de datos usados en Centroamérica, dijo que todos los instrumentos eran compatibles con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), aunque los formularios de notificación usados variaban de un país a otro.

El Director señaló que apenas en los últimos 15 ó 20 años la violencia había empezado a considerarse un problema de salud pública, y la idea de que la violencia en el hogar era un problema de salud pública era más reciente todavía. Siendo ese el caso, en su opinión se habían logrado muchos avances en poco tiempo. La violencia contra la mujer adopta diversas formas. Algunos actos de violencia se producen por razón de género, mientras que otros se relacionaban con las características biológicas de la mujer, por ejemplo, algunas prácticas de salud reproductiva. Este es otro tema que la Organización considerará en el futuro. En lo que se refiere a la violencia intrafamiliar, el objetivo era identificar los aspectos del problema que podrían resolverse mediante intervenciones. Sería mucho más fácil, por ejemplo, idear una intervención para abordar los factores en un contexto geográfico/espacial que quizá sean conducentes a la violencia intrafamiliar, que intentar modificar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, las cuales están profundamente arraigadas y son difíciles de cambiar.

No obstante, antes de que el sector de la salud pública pudiera empezar a decir lo que podría hacerse para reducir la violencia intrafamiliar, era necesario determinar el alcance total del problema y comprender sus causas. Mucho quedaba por hacer en ese sentido. Uno de los obstáculos primarios a los esfuerzos de vigilancia era que esta debía basarse en la notificación de las propias víctimas, ya que los actos de violencia en el hogar rara vez son notificados por terceros. La información recopilada hasta la fecha era mínima. Es indudable que, por cada caso notificado, muchos más pasan sin notificar. De todos modos, reiteró el Director, el progreso realizado en las dos experiencias presentadas ante el Subcomité eran motivo de esperanza.

Producción, análisis y difusión de información sanitaria de la OPS desglosada por sexo

La Dra. Cristina Schneider (Programa Especial de Análisis de Salud, OPS) describió la información desglosada por sexo producida como parte de la iniciativa de datos básicos de salud de la OPS. La iniciativa, lanzada en 1995, tenía como finalidad aumentar la capacidad de la Secretaría y los Estados Miembros de recabar y analizar sistemáticamente la información sanitaria para su uso en la adopción de decisiones. También era un vehículo de cooperación técnica, para estimular el desarrollo de sistemas de información sanitaria en los países e instar al análisis de las desigualdades en materia de salud. La base de datos básicos de salud incluía 124 indicadores en cinco categorías: demográficos; socioeconómicos; mortalidad; morbilidad, y acceso a los recursos y la cobertura de los servicios de salud. Cincuenta y tres de esos indicadores se desglosaban hasta cierto punto. Por ejemplo, los datos demográficos sobre la esperanza de vida al nacer se desglosaban por sexo, como lo eran los datos socioeconómicos sobre el alfabetismo y los datos de mortalidad para 17 causas de muerte en 24 países.

La Dra. Schneider mostró la forma de obtener acceso al sistema de datos básicos a través del sitio de la OPS en la web (www.paho.org), señalando que se estaba reestructurando el sistema para hacerlo más fácil de usar. También distribuyó un folleto sobre los datos básicos. Puede solicitarse información adicional del Programa Especial de Análisis de Salud.

El Subcomité reconoció la función protagónica de la OPS al poner la información básica disponible para facilitar la adopción de decisiones y la formulación de políticas en la Región, y alentó a la Organización a seguir procurando producir datos desglosados. A la Dra. Schneider se le pidió que formulara observaciones sobre la forma en que el Programa Especial de Análisis de Salud estaba manejando las dificultades, observadas reiteradamente por el Subcomité durante la sesión, de la producción de estadísticas que permitan el análisis de las inequidades por razón de género en la salud.

La Dra. Schneider explicó que los indicadores seleccionados para inclusión en la iniciativa de datos básicos eran propuestos por los diversos programas de la Organización y luego escrutados cuidadosamente por un comité consultivo, que evaluaba la importancia de los indicadores y la factibilidad de recopilar los datos necesarios. En algunos casos, aunque se reconocía la importancia del indicador, no se seleccionaba porque había problemas de disponibilidad o comparabilidad de datos. Se invitó al Subcomité a proponer indicadores posibles al Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el cual los sometería a la consideración del comité consultivo. La Dra. Elsa Gómez, de HDW, participa en las deliberaciones del comité.

El Director señaló que el propósito de los datos básicos era ser una colección de datos mínimos que presentaran un resumen de la situación sanitaria en la Región. En consecuencia, la OPS procuraba que el número de indicadores básicos fuese manejable. Eso no significaba, sin embargo, que no estuvieran produciéndose otros datos. Por cierto, se estaba generando información sobre las desigualdades de salud relacionadas con el género, la ubicación geográfica y otros factores determinantes. La información puede obtenerse en el sitio web y las publicaciones de la Organización.

Experiencias obtenidas con el análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en el ámbito de la salud y el desarrollo (documentos MSD19/5 y MSD19/6)

Sobre este tema se escucharon seis ponencias, dos por representantes de los Estados Miembros, tres por representantes de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y una por un representante de una organización de la sociedad civil.

Ecuador

La Dra. Lily Jara (Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), Ecuador) esbozó los esfuerzos del CONAMU, una dependencia gubernamental de la Oficina del Presidente de Ecuador, para confeccionar un sistema de información con indicadores de género que facilitarían la detección de desigualdades por este concepto. Con asistencia técnica de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el CONAMU identificó una serie de indicadores basados en las diferentes funciones que las mujeres desempeñaban en la esfera privada, la esfera pública, y con relación al bienestar social y económico. El documento MSD19/5 enumeraba los principales indicadores en las áreas de la salud, la educación, la participación política, la violencia intrafamiliar, el empleo y el acceso a recursos.

CONAMU también trabajaba con otras instituciones a nivel nacional para incorporar una perspectiva de género en la recopilación de los datos y el análisis de la información. El CONAMU colaboraba con la Oficina Nacional del Censo y Estadísticas, ofreciendo adiestramiento en el uso de las estadísticas desglosadas por sexo con miras a introducir una perspectiva de género en todas las estadísticas oficiales. Con el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) se preparó la base de datos de SÍMUJERES, que incluye indicadores de género para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y otros mandatos internacionales. El CONAMU también colaboraba con otras instituciones en las áreas de planificación y desarrollo urbano, y firmaba convenios con diversos ministerios, incluidos educación, salud, desarrollo y vivienda urbana, para proporcionar asistencia técnica para la incorporación de una perspectiva de género en sus planes y programas. CONAMU procuraba que se usaran indicadores de género en toda la formulación de políticas públicas. Los planes futuros del Consejo incluían investigación encaminada a elaborar indicadores en áreas todavía no

estudiadas en el Ecuador, como el uso que las mujeres hacen del tiempo, y un proyecto para aumentar un sistema de indicadores de género para el monitoreo, el análisis y el estudio de repercusiones.

La Dra. Jara concluyó sus comentarios recalcando que la institucionalización de un sistema completo de información que incorporase la perspectiva de género requeriría cooperación internacional, así como colaboración interinstitucional a nivel nacional para evitar duplicación de esfuerzos y optimizar el uso de los recursos. Luego demostró cómo obtener acceso a la base de datos de SÍMUJERES en www.siise.gov.ec.

México

La Lic. Marcela Eternod Arámburu (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México) proporcionó una breve relación de las actividades llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) para adaptar el sistema de información nacional de México a las necesidades de información con una perspectiva de género. El proceso de adaptación se originó en 1993, cuando la Oficina Mexicana de la Mujer, que se encargó de preparar la información para la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, solicitó la ayuda del INEGI para la producción de estadísticas desglosadas por sexo. El proceso abarcaba no solo las estadísticas producidas por INEGI, sino también las generadas por los sectores de salud, educación, trabajo y otros. El Instituto se concentró en dos áreas principales: el análisis de los datos existentes de diversas fuentes y la preparación de indicadores desglosados por sexo.

En colaboración con la Oficina Regional del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el INEGI analizó la mejor manera de aprovechar la información existente. Se celebraron numerosos talleres, destinados tanto a los productores como a los usuarios de las estadísticas desglosadas por sexo, a fin de discernir las clases de información necesaria para diseñar las políticas públicas encaminadas a lograr la equidad entre los sexos. El Instituto también trabajó con la Comisión Nacional de Mujeres en el diseño de indicadores para vigilar y evaluar las actividades del Programa Nacional de la Mujer (PRONAM) y satisfacer las necesidades nuevas en las áreas en las cuales se habían identificado carencias de información, incluido el ejercicio del poder, la participación en la toma de decisiones, la violencia y el uso del tiempo.

El resultado final había sido la creación del Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM), el cual refleja la situación demográfica, económica, social y política de la mujer mexicana en comparación con la de los varones mexicanos. El sitio del SISESIM en la Internet es <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/sisesim.html>. Además, la perspectiva de género se

incorporaba en muchos de los informes y las publicaciones producidas por el INEGI, incluido el censo de población del año 2000 y otras encuestas nacionales. El documento MSD19/6 proporcionaba información adicional sobre varias publicaciones del INEGI dirigidas a aportar pruebas de la existencia de diferencias por razón de género en la situación y la participación de las mujeres y los hombres de México en diversas esferas y destacar las condiciones generalmente desventajosas para las mujeres.

La Lic. Eternod recalcó que el INEGI estaba convencido de la importancia de incorporar la perspectiva de género en el sistema de información estadística nacional y proporcionar información para revelar desigualdades relacionadas con la clase social, la edad y el concepto de género. Para seguir avanzando hacia ese objetivo, sería necesario impartir adiestramiento permanente a quienes participan en la producción de estadísticas.

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

La Dra. Guadalupe Espinosa González (Directora Regional, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) describió la estrategia utilizada por el UNIFEM para promover y apoyar la producción y el uso de las estadísticas desglosadas por sexo en los países de la región atendidos por su oficina: Cuba, República Dominicana, México y los países de Centroamérica. Empezó por recalcar que la institucionalización de las estadísticas desglosadas por sexos era un proceso prolongado que requería voluntad política. El primer paso en el proceso era sensibilizar a los productores y usuarios de las estadísticas para que comprendieran la necesidad de generar indicadores que revelaran las inequidades entre los hombres y las mujeres. El próximo paso era la construcción de las bases de datos y sistemas de información con una perspectiva de género. Una vez que se comenzaba a producir estadísticas desglosadas por sexo, el paso final —y el más importante— era utilizarlas en la elaboración y evaluación de políticas.

Los participantes clave en el proceso eran las instituciones que producían las estadísticas en los países y las oficinas nacionales encargadas de la formulación de las políticas para mejorar la situación de las mujeres. Sin su cooperación, todo progreso era imposible en la producción y el uso de estadísticas desglosadas por sexo, pero no siempre era fácil persuadirlos para que colaboraran. Era crucial que hablaran un mismo “idioma” y comprendieran por sí mismos las necesidades y las limitaciones. Con ese fin, el UNIFEM organizó una serie de reuniones y seminarios en los países para reunir a productores y usuarios e identificar las necesidades y establecer prioridades. En el proceso, se detectaron algunas lagunas y sesgos en la manera en que se estaba recogiendo y analizado la situación. Por ejemplo, se descubrió que en muchos de los manuales de adiestramiento para el personal que recopilaba los datos en el campo el idioma era tendencioso, haciendo referencia solo a los hombres o usando sustantivos y pronombres masculinos. También se identificaron lagunas en las fuentes de información, en particular con respecto a la violencia intrafamiliar.

Los países atendidos por la oficina de la Dra. Espinosa-González se encontraban en diferentes etapas de institucionalización de la producción y el uso de las estadísticas desglosadas por sexo, pero todas estaban generando y publicando la información desglosada por sexo, lo cual era un gran paso adelante. Con buenos datos que reflejen la realidad en la cual viven las mujeres, será posible identificar las inequidades y concebir macromedidas y políticas eficaces para abordarlas. En varios países, por ejemplo, los estudios sobre el uso del tiempo ya estaban aportando información valiosa acerca de la contribución no remunerada de las mujeres a la economía nacional. En algunos casos, se habían creado cuentas subsidiarias dentro de las cuentas nacionales para calcular el valor económico del trabajo realizado por las mujeres en el hogar. Un país había creado una cuenta subsidiaria para el sector de la salud.

El trabajo del UNIFEM con productores y usuarios de las estadísticas por sexo en el sector de la salud indicaba claramente que la salud de los hombres y las mujeres se ve influenciada por más que sus simples diferencias biológicas. Las diferencias de sus funciones y responsabilidades, ocupaciones, estilos de vida, exposición a riesgos y comportamientos de búsqueda de atención conducen a diferencias de salud. A fin de elaborar programas y políticas eficaces para satisfacer las necesidades de salud de los hombres y las mujeres, es esencial producir información sanitaria desglosada por sexo y analizar esa información desde una perspectiva de género.

División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSD)

La Dra. Joann Vanek (División de Estadística de las Naciones Unidas) esbozó el trabajo de la UNSD con relación al análisis y vigilancia de la equidad entre los sexos. La base de información para la División eran los datos recopilados por las oficinas nacionales de estadísticas, que se habían compilado en la base de datos e indicadores relativos a la mujer (*WISTAT*), de carácter internacional. En el desarrollo de *WISTAT* figuraron varias consideraciones básicas. Una fue la ubicación de los datos sobre los asuntos en materia de género, que cubrían una gama amplia de campos y áreas. Por consiguiente, los datos solían estar ubicados en diferentes instituciones nacionales, lo que a veces dificultaba el acceso. El marco para la base de datos fue otra consideración. Una vez que se dispuso de los datos, hubo que organizarlos para obtener una imagen clara de la situación de los hombres y las mujeres en un país. El marco usado fue el marco básico de indicadores sociales adoptados por la UNSD en los años setenta, que se había adaptado para reflejar las inquietudes de género. Los indicadores de temas de interés y específicos fueron seleccionados mediante una intensa colaboración con los usuarios. La Dra. Vanek distribuyó un folleto que muestra todos los indicadores de *WISTAT* en relación con la salud y los servicios de salud, la salud reproductiva y los derechos reproductivos, y la violencia contra la mujer.

Por muchos años, el trabajo de la División se había limitado a recopilar y compilar datos; el análisis de la información producida había quedado para otros. Sin embargo, a fines de los años ochenta varios organismos de las Naciones Unidas le habían pedido a la UNSD que preparara un informe sobre asuntos y tendencias en materia de género. El resultado fue la publicación *La mujer en el mundo*, de la cual hasta la fecha se han publicado tres volúmenes. El éxito de esa publicación impulsó a varios organismos a pedirle a la División que fuera un paso más allá y proporcionara normas para ayudar a los países en la preparación de informes similares a nivel nacional. La UNSD elaboró el *Manual para la preparación de informes estadísticos nacionales sobre la mujer en el mundo*, que muestra cómo tomar estadísticas básicas y crear un indicador que podría analizarse a la luz de la pertinencia de sus políticas. México aplicó algunas de esas normas en la preparación de una de las publicaciones mencionadas por la Sra. Eternod en su ponencia.

La División también trabajaba con los países proporcionando adiestramiento para mejorar la capacidad de producir, analizar y difundir estadísticas desglosadas por sexo a nivel nacional. En agosto de 2000, la División había colaborado con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para organizar un taller en la región del Caribe, en el cual también participó la OPS. Los temas cubiertos en los talleres de adiestramiento incluían identificación de los asuntos en materia de género e inquietudes clave; definición de estadísticas e indicadores para los temas identificados; evaluación de la disponibilidad de los datos; compilación, análisis y presentación de los datos, e identificación de las lagunas en los datos y mejoramiento de las estadísticas por género. Los talleres lograron ampliamente su cometido de sensibilizar a los participantes en la necesidad de contar con estadísticas desglosadas por sexo y una estrecha cooperación entre los productores y usuarios de las estadísticas. También surgieron interés y conocimientos para trabajar hacia el mejoramiento de las estadísticas desglosadas por sexo.

La Dra. Vanek concluyó su ponencia señalando que en la UNSD había mayor interés en las estadísticas sociales. La División estaba intentando resolver cómo enfocar la poco tangible área de los indicadores sociales e identificar los indicadores fundamentales necesarios para medir el bienestar social de un país. A juzgar por la calidad de los documentos presentados al Subcomité, la OPS se encuentra a la vanguardia en el campo de las estadísticas sociales.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

La Sra. Diane Alméras (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) describió los esfuerzos de la CEPAL para elaborar indicadores de género en el marco del proyecto “Uso de los indicadores de género en el desarrollo de políticas públicas”. El proyecto utilizaba el conjunto de indicadores de género elaborados por CEPAL en mayo

de 1999 para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001, y la Plataforma de Acción de Beijing. Las recomendaciones de la Reunión de Expertos sobre los Indicadores de Género y la Política Pública en América Latina, celebrada en octubre de 1999, formaban la base para la formulación de la versión inicial del proyecto, que ya llevaba en marcha cerca de un año y era una iniciativa conjunta que incluía varios organismos de las Naciones Unidas y los gobiernos de los países de la Región.

El proyecto tenía como finalidad construir un sistema integrado de indicadores de género, utilizando indicadores sociales y económicos existentes, en combinación con otros indicadores de participación, empoderamiento, ciudadanía y violencia. El proyecto pretendía responder a cuatro preguntas clave: 1) ¿Qué información hará visible no solo la diferente realidad en que viven los hombres y las mujeres, sino también dilucidar la relación entre ellos y las áreas nuevas en las cuales están ocurriendo inequidades como resultado del progreso de las mujeres? 2) ¿Cuáles son los temas para los cuales se necesitan indicadores para la creación de políticas públicas? 3) ¿Cómo establecer los enlaces necesarios entre el diseño de indicadores y el desarrollo metodológico, por un lado, y la formulación de políticas, por el otro? 4) ¿Cómo pueden fomentarse y fortalecerse las relaciones entre los productores y los usuarios de las estadísticas por sexo? El proyecto no estaba concebido para mejorar las estadísticas desglosadas por sexo sino para mejorar su uso en la formulación de políticas públicas.

Entre los resultados previstos, se esperaba que el proyecto produjera un sistema de indicadores de género que permitiera vigilar los cambios en la situación de las mujeres en comparación con la de los hombres, que pudiera ser utilizado por los gobiernos, la comunidad y la sociedad civil internacional; también, que produjera mayor demanda y uso de los indicadores de género por los gobiernos y la sociedad civil para formular y vigilar las políticas públicas, y disponibilidad de información sobre indicadores de género en un sitio en la web, que pudiera usarse en una red interactiva y fácil de usar. El sitio en la web se lanzó en marzo de 2001 y se puede consultar en www.eclac.org/mujer.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (LACWHN)

La Dra. María Isabel Matamala Vivaldi (Vicecoordinadora, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe) describió los indicadores que está elaborando la Red, en tanto organización de la sociedad civil, para vigilar el grado en que los gobiernos estaban cumpliendo con los compromisos internacionales emanados de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994). Con ese fin, la LACWHN había creado una matriz de indicadores con una perspectiva de género que no solo revelaba las desigualdades entre los hombres y las mujeres sino que también mostraba los esfuerzos para reducir esas desigualdades al echar por tierra lugares

comunes sobre los sexos, o, por el contrario, mostraba la falta de voluntad política para promover el cambio, así como la persistencia de políticas que sirven para reforzar las ideas existentes sobre los sexos. El punto de comparación para el monitoreo fue 1994 —el año de la conferencia de Cairo— y el seguimiento se llevaría a cabo cada tres años. Participan grupos y redes de mujeres de estos siete países: Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Suriname.

Se identificaron inicialmente seis temas prioritarios de salud de la mujer: 1) condiciones de vida y violencia sexual contra las niñas; 2) responsabilidad masculina en la salud sexual y reproductiva; 3) participación de la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, en la adopción de decisiones; 4) acceso de los adolescentes de ambos sexos a servicios e información sobre la salud sexual y reproductiva; 5) calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva; y 6) atención humanizada para los abortos. Posteriormente, se agregó un séptimo tema: prevención de la infección por el VIH/SIDA y atención integral para mujeres infectadas. La matriz de indicadores incluía indicadores tanto cuantitativos como cualitativos. Los resultados de la primera etapa del monitoreo se publicaron en 1998 y se presentaron en la conferencia de Cairo+5, en 1999.

La primera etapa indicó varias áreas en las cuales deben agregarse o priorizarse indicadores en el seguimiento futuro. Por ejemplo, reveló dificultades por parte de las instituciones gubernamentales para poner en funcionamiento la perspectiva de género, la equidad y los derechos sexuales y reproductivos. Tal vez estas dificultades se atribuyan a una comprensión insuficiente de los marcos conceptuales o a la resistencia a los cambios culturales que modificarían las relaciones de poder. Además, a menudo se observó una ruptura entre la política y los objetivos declarados del programa y la asignación de los recursos para lograrlos, lo que puso de relieve la necesidad de que la sociedad civil extienda su promoción de la causa más allá de los sectores sociales y entre al sector de las finanzas. Como resultado de esa conclusión, la segunda etapa del seguimiento incluirá más indicadores en relación con la asignación de los recursos para lograr objetivos de género y garantizar la sostenibilidad de las políticas y los programas. La segunda etapa también incluirá indicadores de transparencia, ya que la primera etapa detectó una falta de transparencia entre las instituciones pública frente a la sociedad civil, que se expresó en barreras al acceso a sistemas de información, falta de datos desglosados y a veces gran incongruencia en los datos.

Una evaluación de la primera etapa indicó que, aunque la matriz contenía más de 80 indicadores, parte de la información era demasiado general y debía ser más específica para que fuera útil para la formulación de políticas. Por consiguiente, la Red ajustó la matriz, agregando varios indicadores nuevos. La matriz ampliada se usará en la segunda etapa del monitoreo durante 2001. Se prevé que los resultados de la segunda etapa estarán disponibles en la Internet para el final del año.

Gran parte del debate del Subcomité sobre las experiencias presentadas giró alrededor de la definición de indicador de género. El Director señaló que el hecho de que un fenómeno ocurra entre las mujeres únicamente no es suficiente para decir que es un indicador de inequidad por razón de género. En el caso de los índices altos de mortalidad materna, por ejemplo, ¿qué criterios podrían aplicarse para definirla como un indicador de género? De igual manera, si se encontraran diferencias entre las mujeres rurales y urbanas en cuanto a algunos resultados de salud, ¿cómo podría mostrarse que las diferencias estaban relacionadas con el concepto de género y no eran sencillamente un reflejo de la distribución geográfica de los servicios que no tiene nada que ver con la desigualdad, que es una de las manifestaciones de inequidad entre los hombres y las mujeres? Sobre la base de la definición de la OPS de la equidad entre los sexos, hay tres criterios básicos para determinar si existen inequidades: las diferencias son evitables, escapan a la voluntad de la persona afectada y hay algún agente responsable de las diferencias.

La Dra. Jara recalcó que la aplicación de una perspectiva de género al uso de los datos estadísticos era esencial. El desglose de los datos por sexo no bastaba porque, aunque los números a menudo señalaban diferencias, no revelaban los motivos fundamentales para esas diferencias. Para su análisis debe aplicarse una perspectiva de género a fin de identificar la relación entre las diferencias y las funciones socialmente asignadas a los hombres y las mujeres. Para que eso ocurra, el personal debe adiestrarse en el uso de los indicadores de género y la aplicación de una perspectiva de género. La Lic. Eternod agregó que tal adiestramiento era importante no solo para los funcionarios públicos sino para la población en general. México estaba promoviendo una “cultura de las estadísticas”. Desde el comienzo de la escuela primaria, a los niños se les estaba enseñando a interpretar los datos del censo y las encuestas, para que pudieran comprender mejor la realidad en sus comunidades. Solo mediante dicha comprensión podrían ocurrir cambios significativos.

En cuanto a lo que constituye un indicador de género, la Lic. Eternod observó que, en el caso de la mortalidad materna, los estudios en México habían aportado amplias pruebas de que las defunciones maternas estaban vinculados al tratamiento que las mujeres recibían de los proveedores de asistencia sanitaria durante el embarazo y el parto. Dicha atención era a veces verdaderamente abusiva. La Dra. Espinosa-González comentó que uno de los resultados que habían surgido del trabajo del UNIFEM con productores y usuarios de las estadísticas desglosadas por sexo fue que había definitivamente factores relacionados con el género que influían sobre las tasas de infección por el VIH/SIDA en las mujeres. Además de las diferencias biológicas que hacen a las mujeres más susceptibles a la infección por VIH, entran en juego factores sociales, en particular la falta de poder en la mujer para negociar relaciones sexuales sin riesgo.

La Lic. Eternod señaló que a veces los datos en sí mismos claramente revelaban discriminación; por ejemplo, cuando se encontró que mujeres que tenían las mismas o mejores calificaciones para el trabajo que los hombres estaban ganando 35% menos que sus contrapartes masculinas por realizar el mismo trabajo. Al mismo tiempo, los datos que quizá parezcan no mostrar ninguna diferencia entre los hombres y las mujeres quizá estén ocultando la situación verdadera, como es el caso de los datos sobre la participación de las mujeres en la economía. Para conseguir datos válidos que permitieran analizar las inequidades, era necesario hacer las preguntas indicadas, lo cual requería la aplicación de la perspectiva de género en la recopilación de datos. Con relación a la participación de las mujeres, la Dra. Espinosa-González señaló que los datos sobre el trabajo no remunerado de las mujeres eran esenciales para aportar pruebas de la existencia de inequidades por razón de género y abogar por presupuestos que abordaran mejor dichas inequidades.

Otros Asuntos

El Subcomité apoyó la idea de las cuentas subsidiarias dentro de las cuentas nacionales que muestren la contribución no remunerada de las mujeres a la salud, y opinó que se debe instar a los países a crear tales cuentas. El Subcomité también recaló la necesidad de incluir tanto a los productores como a los usuarios en la identificación de las necesidades de información y la definición de indicadores. Varios participantes subrayaron la necesidad de que hubiera voluntad política y acción, incluida la asignación de recursos, para eliminar las inequidades identificadas mediante el análisis de los indicadores de género, aunque el Director advirtió que a veces lo que parecía ser falta de voluntad política es sencillamente el resultado de datos y propuestas que no están claros. Por ejemplo, cuando los datos indican que los servicios de salud no tratan bien a las mujeres, debe demostrarse a los responsables de formular políticas que de esa forma la sociedad no está bien servida, y debe formularse una propuesta que muestre los beneficios de rectificar las inequidades.

Finalmente, se recaló el concepto de la salud como un derecho humano. El Subcomité recaló la importancia de producir información que muestre el grado en que están cumpliéndose los compromisos internacionales en relación con la equidad entre los sexos en materia de salud.

Presentación de recomendaciones al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Subcomité formuló las siguientes recomendaciones al Director para su presentación ante el Comité Ejecutivo.

Recomendaciones

1. *Recomendaciones al Comité Ejecutivo del Consejo Directivo*

El Subcomité recomienda al Comité Ejecutivo que inste a los Estados Miembros a que:

- a) trabajen hacia una nueva visión de salud de la mujer que adopte un enfoque holístico dentro del marco de los derechos humanos;
- b) aseguren que el marco de la salud adoptado incluya a la salud mental como un componente explícito de la salud integral;
- c) aseguren que las estadísticas relacionadas con los individuos se recolecten, procesen, analicen y presenten desglosadas por sexo y edad, a la vez que reflejen los asuntos y materias relacionados con las inequidades de género;
- d) incluyan y utilicen estadísticas que permitan monitorear los impactos diferenciados por sexo de los procesos de reforma del sector salud;
- e) asignen una alta prioridad y destinen recursos al establecimiento de sistemas de información cuantitativa/cualitativa que guíen las políticas de salud y den cuenta del cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales adquiridos en materia de equidad de género en salud;
- f) establezcan con este propósito, mecanismos de consulta y colaboración sostenida entre los Ministerios de Salud y las Oficinas o Ministerios de la Mujer;
- g) aseguren la participación de usuarios/as y productores/as de estadísticas, en gobierno y sociedad civil, para la definición de contenidos y procesos en materia de producción, diseminación, análisis y monitoreo de la información sobre género y salud;
- h) asignen prioridad a la capacitación de su personal en la conducción de análisis cuantitativos y cualitativos e intervenciones con perspectiva de género;
- i) trabajen hacia el desarrollo de cuentas satélite del sector salud con miras a que se reconozca y valore el aporte económico a la salud, del trabajo no remunerado de las mujeres;

- j) incentiven y respalden iniciativas intersectoriales de investigación sobre uso del tiempo que contribuyan a la medición del aporte a la salud proveniente del trabajo no remunerado de las mujeres;
- k) faciliten, para fines de investigación y monitoreo de políticas, el uso de la información en salud por parte de otras agencias del gobierno, la academia, y la sociedad civil;
- l) incluyan el tema de "género, mujer, salud y desarrollo" en las agendas de las sesiones de los Cuerpos Directivos para 2002.

2. *Recomendaciones al Director*

El Subcomité recomienda al Director que, dentro de los medios financieros disponibles,

- a) asegure que la información cuantitativa y cualitativa relacionada con individuos, producida por las unidades técnicas de la Secretaría, se recolecte, procese, analice y presente desglosada por sexo y edad, a la vez que refleje asuntos y materias relacionadas con la problemática de género;
- b) garantice el fortalecimiento de la capacidad de análisis de género entre los productores de los datos, tanto en los Estados Miembros como en la Secretaría;
- c) presente un informe de los progresos logrados por el programa a la 20.^a sesión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo;
- d) asigne alta prioridad a la colaboración interprogramática en el Secretariado para el establecimiento de una plataforma de información regional—accesible por medios electrónicos—que articule información desagregada por sexo en materia de salud y desarrollo;
- e) apoye la producción por parte del Secretariado, de publicaciones periódicas sobre género, mujer, salud y desarrollo, específicamente de un boletín estadístico bianual y un perfil regional que se actualice cuadrienalmente;
- f) apoye la cooperación técnica entre países en materia de producción, sistematización, análisis y utilización de información cuantitativa y cualitativa sobre género, mujer, salud y desarrollo;

- g) estimule y promueva el trabajo colaborativo con otras agencias internacionales que comparten objetivos afines.

El Director agradeció al Subcomité la presentación de un conjunto sólido y constructivo de recomendaciones y prometió que, en la medida en que lo permitan los recursos, la Secretaría llevaría a cabo las recomendaciones dirigidas a él. En ese sentido, agradeció al Subcomité el reconocimiento de que la Oficina se ha enfrentado con ciertas limitaciones financieras. Le complació ver que la información ocupara un lugar tan prominente en las recomendaciones, ya que la producción, el análisis y la difusión de información constituyen uno de los mandatos primarios de la OPS. Sin duda, la información en el área de género y desarrollo es de importancia fundamental para la Oficina y los países.

Clausura de la sesión

El Director agradeció a todos los ponentes y participantes sus valiosas contribuciones al trabajo de la Organización en el área de la mujer, la salud y el desarrollo. La Sra. Sproule (Canadá, Vicepresidencia) expresó el agradecimiento del Subcomité al personal de la OPS por su apoyo antes de la sesión y durante la misma. Agradeció a los delegados su participación activa y perspicaz en las deliberaciones del Subcomité y luego declaró clausurada la 19.^a sesión.

Anexos

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Informe de actividades del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, correspondiente al período 1999-2000
5. Análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en materia de salud y desarrollo: el por qué y el cómo
6. Experiencias obtenidas con el análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en el ámbito de la salud y el desarrollo
 - Ecuador
 - México
 - Organismos de las Naciones Unidas
7. Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias
8. Producción, análisis y difusión de información sanitaria desglosada por sexo en la OPS
9. Otros asuntos

DOCUMENTOS DE TRABAJO

MSD19/1	Orden del día provisional
MSD19/2	Lista provisional de participantes
MSD19/3	Informe de actividades del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, correspondiente al período 1999-2000
MSD19/4	Análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en materia de salud y desarrollo: el por qué y el cómo
MSD19/5	Experiencias obtenidas con el análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en el ámbito de la salud y el desarrollo – Ecuador
MSD19/6	Experiencias obtenidas con el análisis y seguimiento de la equidad entre los sexos en el ámbito de la salud y el desarrollo – México
MSD19/7	Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitaria en Bolivia, Ecuador y Perú
MSD19/8	Sistemas de vigilancia de la violencia doméstica en Centroamérica

DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN

MSD19/RP	Reglamento interno para las reuniones
MSD19/TR	Términos de referencia

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members
Miembros**

***Belize
Belice***

Ms. Joan Patricia Burke
Director
Health Education and Community
Participation Bureau
Belize City

***Canada
Canadá***

Ms. Lynne Dee Sproule
Acting Director
Women's Health Bureau
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Carmen López
Jefa de la División Salud de las Personas
Ministerio de Salud Pública
Santiago

Cuba

Lic. Arelys Santana Bello
Federación de Mujeres Cubanas
La Habana

Members (cont.)
Miembros (cont.)

Cuba (cont.)

Lic. Enrique Comendeiro Hernández
Director, Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
Jefe, Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Nicaragua

Lic. Mariángeles Argüello
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Dra. Janett Vásquez
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud
Managua

United States of America
Estados Unidos de America

Ms. Frances Page
Senior Public Health Advisor
Office of Women's Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Members (*cont.*)

Miembros (*cont.*)

United States of America (*cont.*)

Estados Unidos de America (*cont.*)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Capt. Michael Lyman
Senior International Health Officer
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Karen Becker
Preventive Medicine Resident
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Observer States
Estados Observadores

Brazil

Brasil

Dr. João Yunes
Professor da Faculdade de Saúde Pública
de la Universidade de São Paulo
São Paulo

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

France
Francia

Mme. Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de
la France auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Mexico
México

Lic. Marcela Eternod Arámburu
Directora de Estudios Sociodemográficos
Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática (INEGI)
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora para América
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Blanca Rico
Coordinadora, Programa Mujer y Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Guillermo Reyes
Segundo Secretario, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la OEA
Washington, D.C.

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

Peru
Perú

Dra. Silvia Loli Espinoza
Gerenta de Promoción de la Mujer
Ministerio de Promoción de la Mujer
y el Desarrollo Humano
Lima

United Kingdom
Reino Unido

Ms. Rita Frett-Georges
Consultant/Director, Office of Gender Affairs
Road Town, Tortola
British Virgin Islands

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Nafsiah Mboi
Director, Gender, Women and Health Program
Geneva, Switzerland

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

***Inter-American Commission on Women (OAS)
Comisión Interamericana de Mujeres (OEA)***

Lic. Mercedes Kremenetzky
Washington, D.C.

***Inter-American Development Bank (IDB)
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)***

Sra. Ingvild Belle
Washington, D.C

***United Nations Development Program (UNDP)
Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP)***

Ms. Patricia Abecassis
New York

**Presenters
Ponentes**

Ms. Diane Alméras
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
Santiago, Chile

Dr. Dora Caballero
Focal Point for Bolivia
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
La Paz, Bolivia

- 7 -

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

Ms. Cathy Alma Cuéllar
Subregional Coordinator for Central America,
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
San José, Costa Rica

Dr. Guadalupe Espinosa-González
Regional Director
United Nations Development Fund for Women for Mexico
and Central America (UNIFEM)
México, D.F.

Dr. Elsa Gómez Gómez
Regional Advisor
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Lic. Lily Jara
Economista
Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU)
Quito, Ecuador

Dr. Maria Isabel Matamala Vivaldi
Associate Coordinator
Latin American and Caribbean Women's Health Network
Santiago, Chile

Dr. Cristina Schneider
Epidemiologist
Special Program for Health Analysis
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Dr. Joann Vanek
United Nations Statistical Bureau
New York, N.Y.

MSD19/FR (Esp.)
Anexo C

- 8 -

Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud

Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión

Sir George Alleyne
Director

Advisers to the Director
Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Dr. Ciro De Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón Ojeda
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo-Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Karen Sealey
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel
Jefa, Departamento de Personal

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Technical Secretary
Secretaría Técnica

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo
Coordinator, Women, Health, and Development Program
Coordinadora, Programa de Mujer, Salud, y Desarrollo

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicios de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona