

Marco conceptual e
indicadores para
monitorear
La igualdad
de género
en la salud
en las Américas



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

Marco conceptual e
indicadores para
monitorear
La igualdad
de género
en la salud
en las Américas

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS

Marco conceptual e indicadores para monitorear la igualdad de género en la salud en las Américas

ISBN: 978-92-75-32158-4

eISBN: 978-92-75-32159-1

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e indicadores para monitorear la igualdad de género en la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la fuente: puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Índice

Agradecimientos	viii
Lista de siglas	ix
Resumen	x
Sección 1. Introducción	1
→ Finalidad	1
Sección 2. Necesidad continua de concentrarse en la igualdad de género en la salud	3
→ De las disparidades a las inequidades en salud	3
→ Conseguir la igualdad de género en la salud mediante la equidad de género	5
→ La necesidad continua de concentrarse en la igualdad de género en la salud	7
→ Compromisos con la igualdad de género en la salud en las Américas	12
Sección 3. El género en los marcos del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	14
→ El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en las Américas	14
→ Cómo se relaciona este informe con la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</i>	15
→ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2015	18
→ Cómo se relaciona este informe con los Objetivos de Desarrollo Sostenible	19
Sección 4. Marcos conceptuales para los indicadores de la igualdad de género en la salud	22
→ Ejemplos de marcos conceptuales	25
→ Ejemplos de marcos de indicadores	31
→ Resumen y recomendaciones: un modelo y un marco	34

Sección 5. Criterios y recomendaciones para un conjunto básico de indicadores para monitorear la igualdad de género en salud	36
→ Criterios básicos para definir indicadores	36
→ Criterios para la selección de indicadores para el marco de la igualdad de género y la salud	37
→ Indicadores básicos recomendados	38
→ Análisis basado en el género para el seguimiento de la igualdad de género	42
→ Proceso de consulta	42
Sección 6. Fichas técnicas de indicadores clave	44
Dominio 1. Estado de salud	44
→ Tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años de edad)	44
→ Mortalidad por diabetes mellitus	45
→ Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	46
→ Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	48
→ Tasa de diagnóstico de infección por el VIH	49
→ Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja actual o una pareja anterior, durante los últimos doce meses	50
→ Esperanza de vida saludable a la edad de 60 años	52
→ Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	53
→ Autopercepción del estado de salud mental	55
Dominio 2. Determinantes sociales de la salud	56
→ Número promedio de horas de trabajo semanales (remuneradas y no remuneradas)	56
→ Nivel de educación más alto logrado por personas adultas (19 o más años de edad)	57
→ Necesidad insatisfecha de planificación familiar	58
→ Niñas y adolescentes menores de 15 años que son madres, por grupos de edad	60
Dominio 3. Desempeño del sistema de salud	60
→ Porcentaje de mujeres que, estando enfermas, reportaron problemas de acceso a los servicios de salud por falta de dinero para el tratamiento	60
→ Gasto de bolsillo en salud	61
→ Recursos humanos en salud (personal médico, enfermería, obstetricia, salud oral, farmacéutico) y en puestos de toma de decisiones	62
→ Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal apropiada (al menos cuatro visitas en el primer trimestre de embarazo)	63

Dominio 4. Gobernanza y desarrollo sostenible	64
→ Tasa bruta de graduación primaria, secundaria y terciaria	64
→ Población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable	65
→ Número de países que cuentan con un marco legal para la atención al aborto y que aplican el protocolo de atención de la OMS	67
→ Proporción de mujeres en los parlamentos nacionales y el poder local	68
→ Poder local	69
Referencias	70
→ Anexo A. Marcos y modelos examinados en profundidad	80
→ Anexo B. Otros marcos y modelos examinados	82
→ Anexo C. Indicadores básicos seleccionados	86
Lista de cuadro	
→ Cuadro 1. Indicadores básicos para evaluar la equidad de género en materia de salud, Organización Panamericana de la Salud	33
Lista de figuras	
→ Figura 1. Marco de referencia para la información sobre el género y la salud	23
→ Figura 2. Determinantes proximales y distales de la salud de la población	26
→ Figura 3. Modelo holístico para evaluar los efectos de la industrialización en la salud de los indígenas	27
→ Figura 4. Determinantes sociales de los resultados en las tasas de nacimientos y mortalidad en menores de 1 año	29
→ Figura 5. Modelo del Banco Mundial sobre la igualdad de género y el desarrollo	30
→ Figura 6. Modelo propuesto para el marco de referencia y los indicadores relacionados con la igualdad de género en el contexto de la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	35

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por **Margaret Haworth-Brockman, MSc, Barbara Clow, PhD, y Ann Pederson, PhD**, a solicitud de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural [EGC]; Anna Coates, Lilia Jara y Denisse Wolfenzon colaboraron como coordinadoras e hicieron importantes aportes.

Agradecemos especialmente a Gwentyth Brockman su asistencia técnica y en la investigación y a Pamela Chalmers por el diseño de este trabajo. Charles Brockman elaboró la nueva versión del modelo del marco conceptual que se presenta en la figura 6.

Lista de siglas

CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión
ECH	Una organización australiana sin fines de lucro que suministra información y apoyo para una variedad de servicios de salud en la comunidad
ISO	Siglas en inglés de la Organización Internacional de Normalización
IDM	Informe sobre el Desarrollo Mundial
MERCOSUR	Mercado común entre Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Los países asociados incluyen a Chile, Colombia, Ecuador y Perú, entre otros.
MEF	Mujer en edad fértil
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Resumen

Los Estados Miembros de la Región de las Américas se han comprometido a implementar la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53.R14). Al mismo tiempo, expertos e instancias normativas en materia de salud de todo el mundo han iniciado el seguimiento de los objetivos y metas de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, aprobados en septiembre del 2015. En el ámbito de estos procesos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está colaborando con los países de las Américas a fin de procurar que las resoluciones, las estrategias y los planes de acción relacionados sean apoyados con un marco y datos apropiados para seguir y evaluar la igualdad de género en el ámbito de la salud.

La finalidad de este documento es proponer un marco y un conjunto actualizado de indicadores básicos para monitorear el avance hacia la igualdad de género en la salud en los países de la Región de las Américas, como parte del compromiso regional renovado con la salud.

La OPS ha realizado consultas sobre este marco y sobre la lista de indicadores básicos propuestos, indicando como principio rector el avance hacia la igualdad de género en la salud en el contexto del acceso

universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Este documento tiene seis secciones. En la primera sección, la introducción, se describe la finalidad y la estructura del informe.

La segunda sección explica el énfasis de este informe en promover la igualdad de género en salud y acredita la necesidad de un seguimiento y una evaluación eficientes y eficaces de los avances hacia dicho objetivo. De conformidad con la Política de Igualdad de Género de la OPS, se definen los conceptos de igualdad e igualdad en materia de salud, y de equidad y equidad en materia de salud, con el consiguiente examen de las metas de equidad e igualdad de género en salud. La igualdad de género, que históricamente hizo referencia en forma casi exclusiva a mujeres y niñas, ahora se amplía para abarcar procesos y resultados que también ponen en desventaja a grupos de niños y hombres. La estigmatización, el racismo y otras formas de opresión interactúan con el género y los determinantes sociales de la salud generando inequidades y desigualdades entre las mujeres y entre los hombres. La igualdad de género en la salud implica que los diversos

grupos de mujeres y de hombres partan de las mismas condiciones para hacer realidad su potencial total de salud, sin ningún impedimento —evitable, injusto o injustificado— resultante de las normas de género o de las relaciones de poder.

La tercera sección describe los instrumentos internacionales clave para el logro de la igualdad de género en salud: la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015. En particular, se describe la forma en que estos instrumentos orientan e informan la selección de indicadores básicos. La Estrategia reconoce que los países de la Región han establecido diferentes enfoques para la organización de sus sistemas de salud, pero también que la Región presenta algunas de las mayores desigualdades de salud en el mundo, en gran parte debido a que millones de ciudadanos no pueden recibir servicios de salud integrales. El seguimiento del avance en igualdad de género se conforma alrededor de las cuatro líneas estratégicas establecidas en la Estrategia para asegurar que todas las mujeres, hombres, niños y niñas puedan recibir la atención de salud que requieren sin afrontar costos personales catastróficos.

La cuarta sección presenta un examen de distintos ejemplos de marcos conceptuales diseñados para evaluar la igualdad de género en la salud. En los siete años transcurridos desde que la OPS y la OMS coauspicaron un diálogo mundial sobre políticas para mejorar la salud de la mujer, se han elaborado y aplicado nuevos marcos conceptuales. De los nueve ejemplos examinados en este informe, se recomienda una adaptación del marco conceptual del Banco Mundial sobre igualdad de género y desarrollo. La analogía de engranajes permite ilustrar las interacciones de los determinantes de la salud a nivel individual y social. El modelo demuestra claramente la necesidad de aplicar el análisis de género en todos los dominios e indicadores y este puede ser reconfigurado para incluir indicadores de marcos actuales de la OPS como los Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud y la Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud.

La quinta sección describe los criterios utilizados para definir los indicadores de género y salud así como los principios clave para establecer indicadores sensibles a las cuestiones de género con el fin de vigilar la igualdad de género en el contexto de la *Estrategia para el acceso universal a la salud* y la cobertura

universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se examinaron dieciocho conjuntos de indicadores, incluidos aquellos seleccionados para los ODS. Como resultado del análisis, se establecen nueve recomendaciones clave sobre indicadores que deben ser incluidos en el marco de la igualdad de género. La sección concluye con la propuesta de un conjunto básico de indicadores

y las razones por las que han sido seleccionados.

La sexta sección incluye las fichas técnicas de cada uno de los indicadores clave seleccionados, cuyas definiciones han sido acordadas a nivel internacional. En las fichas se resaltan las desagregaciones sugeridas para facilitar el análisis con perspectiva de género y en el marco de las inequidades.



Sección 1

Introducción

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han comprometido con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14). Al mismo tiempo, expertos e instancias normativas en materia de salud han seleccionado los indicadores para el seguimiento de los objetivos y metas de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas aprobados en septiembre del 2015. La OPS está colaborando con los países de las Américas para procurar que las resoluciones, estrategias y planes de acción relacionados sean apoyados con marcos y datos apropiados para llevar a cabo el seguimiento y la evaluación. Un componente esencial de estos procesos es el compromiso continuo con la igualdad de género y la reducción de las inequidades relacionadas con el género. Este documento contribuye a garantizar que se incorporen datos confiables y pertinentes sobre género y salud para que se alcancen y se monitoreen las metas.

→ Finalidad

La finalidad de este documento es proponer un marco conceptual y un conjunto de indicadores básicos (esenciales) de género y salud para los países de la Región de las Américas, como parte del compromiso renovado con la salud.

La Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) de la OPS comisionó este trabajo a fin de sentar las bases para la discusión a nivel regional y de los países. La OPS ha recibido observaciones y comentarios sobre el marco y la lista de indicadores básicos que ha incorporado a la propuesta que se presenta en este documento para avanzar hacia la igualdad de género en la salud dentro del contexto de la Salud Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas.

El objetivo general de este trabajo es establecer un conjunto mínimo de indicadores de género y salud en la Región de las Américas que permitan



detectar y analizar las desigualdades y monitorear el progreso hacia la igualdad de género en la salud y en ámbitos más amplios.

La elaboración de esta propuesta refleja la necesidad de:

1.

Armonización y actualización regional de los criterios básicos utilizados para desarrollar los indicadores de género y salud.

2.

Indicadores que concuerden con la capacidad de los sistemas de salud de responder a las disparidades e inequidades.

3.

Directrices para medir y monitorear las diferencias en el estado de salud y el acceso a servicios asociadas con las desigualdades de género, socioeconómicas y culturales.

4.

Indicadores para medir el progreso hacia el cumplimiento de acuerdos internacionales como la Política de igualdad de género de la OPS, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.



Se debe hacer una distinción entre el carácter biológico y fisiológico del sexo y los roles y las responsabilidades en la sociedad impuestos y adoptados conforme a las creencias acerca del género.

Siempre que es posible, en este documento se diferencian el sexo y el género.





Sección 2

Necesidad continua de concentrarse en la igualdad de género en salud

En 1992, Margaret Whitehead definió las inequidades en materia de salud como diferencias innecesarias, evitables, injustas e injustificadas, y, de ese modo, posicionó la equidad en salud como un tema de justicia social (1). Un cuarto de siglo después, el debate sobre inequidades en materia de salud no se centra en la terminología, sino en sus orígenes, repercusiones y en los posibles remedios. Al proponer un conjunto básico de indicadores para monitorear el progreso en materia de género y salud en la Región de las Américas, este documento continúa esa tradición de la preocupación por la equidad en salud.

Este trabajo fue guiado por la Política de igualdad de género de la OPS (2), que ha inspirado las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros en el último decenio. También se respalda en estudios más recientes sobre el género, la equidad y la salud (3), que sistemáticamente demuestran la persistencia de desigualdades

en materia de salud entre mujeres, hombres, niñas y niños, al igual que en subpoblaciones como las minorías sexuales, las personas que son objeto de discriminación racial o étnica y los adultos mayores (4).

→ De las disparidades a las inequidades en salud

Las diferencias en el estado de salud por razones de género han sido objeto de la investigación epidemiológica y de intervenciones mediante políticas públicas por varios decenios, con resultados diversos en cuanto a las mejoras logradas. En la Región de las Américas se dan diferentes resultados en materia de salud (p. ej., en esperanza de vida, calidad de vida o años de vida sin discapacidad) entre países, grupos sociales e individuos (5). Las mujeres en Martinica, por ejemplo, tienen una esperanza de vida promedio de 85 años, mientras que las mujeres en Haití solo viven un promedio de



56 años.¹ De manera análoga, en el 2015 los hombres de Canadá tenían una esperanza de vida al nacer de 80 años, mientras que la esperanza de vida de los hombres en Haití era de 62 años.² Este y muchos otros datos ilustran las disparidades entre los países así como entre ambos sexos.

Cuando se describen las diferencias como disparidades, esto no implica ningún juicio evaluativo con respecto a la justicia o la justificación de la diferencia. Sin embargo, como ya se ha observado, se considera que algunas diferencias son evitables, injustas e injustificadas, lo cual nos invita a considerar la igualdad y la equidad.

Por *igualdad* se entiende que individuos y grupos sociales gocen de las mismas oportunidades de acceso y control de recursos sociales, económicos y políticos tales como la protección conforme a la ley, el acceso a los servicios de salud o a la educación, o el derecho a votar. Este concepto se refiere a la igualdad de oportunidades o igualdad formal (6). La igualdad describe un estado de homogeneidad o comparabilidad entre dos o más grupos o personas.

La *equidad*, sin embargo, implica justicia y es relativa, basada en las diferentes necesidades, preferencias e intereses de individuos o grupos sociales. La

equidad se logra cuando se eliminan las diferencias evitables, sistemáticas y sistémicas. Este sería el caso, por ejemplo, si todas las mujeres y los hombres tuvieran acceso a los recursos y servicios que necesitan para preservar su salud (7). El logro de la equidad puede requerir respuestas diferentes para ciertos grupos o personas. La equidad es el medio para lograr la igualdad.

En el contexto de la salud, la *igualdad en la salud* se refiere al derecho de individuos y grupos a acceder y recibir niveles similares de atención y oportunidades para desarrollar y mantener su salud física y mental. La *equidad en la salud*, en contraste, se refiere a asegurar que todos los individuos y poblaciones tengan los recursos y oportunidades que requieran para superar las desventajas que obstaculizarían el alcance de su potencial total de salud mental y física.

El propósito es eliminar o mitigar los retos sociales y estructurales que impiden a todas las personas comenzar desde una “base equitativa” en lo referente a su estado de salud, el acceso a la atención, etc. Por *desigualdades en materia de salud* se entienden las diferencias en el estado de salud, el acceso a los servicios u otros resultados de salud. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas

¹ <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

² *Ibid.*



en inglés) definen las disparidades de salud como un tipo de diferencia en la salud que está estrechamente vinculado con desventajas sociales o económicas. Las disparidades de salud afectan de forma negativa a grupos de personas que sistemáticamente han afrontado mayores obstáculos sociales o económicos para la salud (8).

Los tratamientos, los servicios y los sistemas tendrían que ser diferentes para diversos grupos de hombres y mujeres a fin de superar desventajas estructurales y sociales tales como la estigmatización, el sexismo, el prejuicio contra la vejez, la homofobia y la discriminación étnica y racial. La equidad inspira la Política de igualdad de género de la OPS, cuyo objetivo es el logro de “la justicia mediante la eliminación de las diferencias innecesarias y evitables entre los distintos grupos de población” (1). En el campo de la salud se ha alcanzado el consenso de que, cuando se observan diferencias en la salud, es fundamental comprender si esas diferencias son justas o injustas. Por lo tanto, las diferencias en sí no son el único elemento, pero sí se puede señalar que la desigualdad es una forma de inequidad (5).

→ Conseguir la igualdad de género en la salud mediante la equidad de género

El objetivo de las iniciativas de igualdad de género de la OPS/OMS es que las mujeres y los hombres tengan las

mismas condiciones y oportunidades para desarrollar su potencial de salud y acceder a los servicios de salud. La ruta hacia la igualdad de género es la eliminación de las inequidades en la salud por razón de género. Es decir, superar las desigualdades en el estado de salud, en las experiencias de atención de salud y en la participación en labores sanitarias por razón de género, injustas, innecesarias y evitables.

En los tres últimos decenios, ha habido un creciente reconocimiento y demostración del importante papel desempeñado por el sexo y el género en la salud de los hombres y las mujeres (9) y, más recientemente, de lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales (10). “Se reconoce cada vez más que hay disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y la de los hombres que no son consecuencia de las características biológicas de cada sexo, sino de sus diferentes posiciones en la sociedad” (2). Mientras que sexo se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen ser hombre o mujer, género se refiere a las características socialmente establecidas de mujeres y hombres, tales como las normas, roles, relaciones y expectativas de lo que significa “la feminidad” o “la masculinidad” (11).

Los datos sobre salud y otros datos demográficos normalmente se recogen y notifican por categorías de “masculino” o “femenino”, que son consideradas



mutuamente excluyentes. Pero la “feminidad” y la “masculinidad” se viven y se expresan a lo largo de un continuo, con diversidad de variaciones cromosómicas y fenotípicas posibles en la especie humana. Además, las características socialmente impuestas y autoasignadas para la masculinidad o la feminidad varían de una sociedad a otra y con el transcurso del tiempo, pudiendo ser cambiadas según los deseos o restricciones personales y sociales. Esto significa que las identidades de género, es decir, nuestra propia identificación como persona de sexo femenino, masculino, dos espíritus (término utilizado entre los indígenas de América del Norte para describir un individuo de ambos sexos o intersexual) o de un tercer sexo (12), tienen que entenderse dentro del contexto de una sociedad y un período histórico determinados (11). Del mismo modo, el sexo, la división binaria en masculino y femenino, no refleja la variedad de experiencias humanas o expresiones de uno mismo. La mayoría de las personas reconocen elementos tanto de masculinidad como de feminidad y se identifican con ellos, mientras que algunos individuos deciden no identificarse con la norma (queer) o evitan por completo cualquier etiqueta de género. En efecto, “la orientación sexual y la no conformidad con el género son conceptos polifacéticos” (13) fluidos y difíciles de aplicar.

La discusión se está desplazando desde la clasificación de los individuos (o los

grupos) en categorías como femenino, masculino, ninguna o ambas, al examen de las interacciones interpersonales desde la perspectiva de las relaciones de género. Por relaciones de género se entiende la manera en que las personas son tratadas por su género atribuido así como por las normas y roles asociados con un género dado en una determinada sociedad (11). Las expectativas acerca del comportamiento de hombres y mujeres pueden crear desventajas y discriminación. Quizá haya expectativas para que las mujeres no busquen empleos remunerados y las personas homosexuales pueden ser marginadas de sus familias y amigos o ser víctimas de agresiones (13). Las relaciones de género se hacen evidentes, por ejemplo, cuando mujeres u hombres o bien algunos grupos de mujeres o de hombres tienen más dificultades para encontrar una atención de salud apropiada o cuando sus enfermedades y traumatismos no son tratados con el mismo respeto. “Las relaciones de género operan mediante procesos de tener, ser, saber y hacer; estos procesos diferencian, estratifican, subordinan, colocan a las personas en jerarquías [y], en particular, aunque no de forma exclusiva, en el caso de las personas transgénero e intersexuales, las marginan y excluyen” (14).

La masculinidad y la feminidad, en sus diversas manifestaciones, se mantienen arraigadas en las políticas, los sistemas



de atención de salud, las religiones y otras estructuras sociales y de gobernanza clave. En muchas sociedades, este *género institucionalizado* significa que la masculinidad se valora más que la femineidad, lo cual ha conducido a la concentración del poder en los hombres en ámbitos como la política, la economía y otros (15). Sin embargo, no todos los hombres se benefician de ese poder institucionalizado y relacionado con el género, así como no todas las mujeres en una sociedad están necesariamente en desventaja. El poder y las relaciones vinculados con el género interactúan de forma compleja con los sistemas y las prácticas de la política, la posición social, la estigmatización, la colonización y otras formas de opresión y la capacidad física y mental, entre otros factores. A medida que las discusiones internacionales sobre la salud aborden los retos de salud que afrontan las minorías sexuales, también se verán obligadas a ampliar los conceptos de equidad e igualdad de género.

→ La necesidad constante de insistir en la igualdad de género en la salud

Sigue existiendo la necesidad de poner en primer plano los temas relacionados con el género en las discusiones sobre el seguimiento y la evaluación del progreso hacia la Salud Universal y los ODS de las Naciones Unidas. “La equidad es algo inherente a la meta de la cobertura universal de salud porque

implica el acceso de todas las personas a los servicios de salud necesarios y de calidad suficiente a lo largo del proceso continuo de atención, sin el riesgo de afrontar dificultades financieras como resultado de usar esos servicios” (16). Sin embargo, las investigaciones siguen demostrando que el género tiene un impacto importante en la salud, tanto directamente como mediante su relación con otros determinantes de la salud.

El género influye, entre otras cosas, en las oportunidades de habitar una vivienda con condiciones de vida saludables, de participar en el empleo, completar la educación, tener ingresos, prestar asistencia a otros y participar en la sociedad civil. Por ejemplo, las mujeres por lo general tienen menos recursos y poder que los hombres; las mujeres poseen menos tierra, propiedades, estudios y riqueza, pero asumen mayores responsabilidades de asistencia (14). En algunos contextos, las niñas comen menos, se educan menos y están más restringidas físicamente; y las mujeres generalmente son empleadas en ocupaciones de menor remuneración, “informales” y menos seguras (14). Los roles sociales y las responsabilidades asociadas con ser hombre o mujer afectan a la salud física, mental, económica y social. La salud y la participación en la sociedad civil son experiencias diferentes para hombres y mujeres, incluso en lo relativo a la integración en los sistemas



de salud y la fuerza laboral del sistema sanitario (17). La desigualdad afecta a las mujeres aumentando su exposición y vulnerabilidad a condiciones insalubres y limitando su acceso a la atención y la información de salud, lo cual repercute en su estado de salud (18).

Los antecedentes étnicos y culturales, la orientación sexual y las discapacidades físicas y mentales pueden conducir a la discriminación, la marginación y la exclusión y probablemente limiten las oportunidades sociales, educativas y laborales en algunos países (13, 19). “Un conocimiento integral de la salud en relación con el género incorpora el análisis de la discriminación y sus repercusiones así como de los efectos de las inequidades en salud” (20).

Estos análisis suelen describirse como análisis en relación con el género o análisis de género, un proceso que examina las diferencias en la experiencia de mujeres y hombres, así como entre las mujeres y entre los hombres. El análisis define, evalúa y sustenta las medidas para abordar la inequidad y la desigualdad que provienen de *a)* diferentes normas, roles y relaciones asignados a hombres y mujeres, *b)* relaciones de poder desiguales entre grupos de hombres y de mujeres y *c)* la interacción de factores contextuales con el género, como la orientación sexual, la etnicidad, la educación, la situación laboral o la ubicación geográfica. En la salud, el análisis de género resalta las disparidades en el estado de salud, la

utilización de la atención de salud, la capacidad de obtener la atención y pagar por ella y la participación en la toma de decisiones sobre salud y atención de salud (2).

El énfasis en el género destaca los problemas y las diferencias en las circunstancias y las oportunidades de vida que presentan las mujeres y los hombres. Pero también destaca las diferencias dentro de los propios grupos de mujeres y hombres al descubrir las desigualdades e inequidades vinculadas con la raza, la ubicación geográfica, los ingresos, la educación, el empleo y otros determinantes (11, 21). El reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia dentro de los grupos de mujeres y hombres evita las generalizaciones y el “universalismo crudo” (22) y nos exige que abordemos la relación entre el género y otros determinantes de la salud tales como la situación socioeconómica, la violencia, el empleo, el origen étnico/racial y la edad.

Los valores, las normas, las prácticas y los comportamientos discriminatorios en la sociedad influyen tanto en la salud como en los resultados sociales. En consecuencia, como institución social, el sistema de salud (incluidos los servicios de investigación, la política y los servicios de atención de salud oficiales y gratuitos) refleja y perpetúa los valores, las normas y las prácticas de la sociedad en su totalidad. El sistema de



“La equidad de género implica una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a las necesidades, el acceso y el control de los recursos de salud, y su objetivo es abordarlas para corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y evitables que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Las estrategias de equidad de género se utilizan para lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado”(2).

salud es un entorno para la producción, la conservación o la transformación de las inequidades en materia de salud (14). Deben supervisarse los esfuerzos para garantizar el acceso universal a la atención de salud a fin de asegurar que no perpetúen desigualdades sociales sino que, mediante los procesos de implementación, den prioridad a aquellas personas con menor acceso a la atención de salud.

A pesar de los logros de los últimos veinte años, en muchas partes del mundo la posición de las mujeres en la sociedad y su estado de salud resultante están rezagados en comparación con los de los hombres. Se ha avanzado hacia el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, “Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer” (23), pero las metas concernientes a la educación de las niñas, la remuneración justa y la participación de mujeres en la gobernanza nacional no se han alcanzado (24). En un informe en línea sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el organismo ONU-Mujeres señala que:

“Si bien los tres indicadores del ODS 3 reflejan importantes dimensiones de la desigualdad de género, su enfoque limitado no aborda cuestiones fundamentales como la violencia contra la mujer, las desigualdades en la división del trabajo doméstico no remunerado, el acceso limitado de las mujeres a los bienes, las violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas a la salud sexual y reproductiva y su participación desigual en los procesos privados y públicos de toma de decisiones más allá de los parlamentos nacionales. En los países sobre los que se dispone de datos, las mujeres dedican, en promedio, aproximadamente el doble de tiempo o más que los hombres a las labores domésticas y a la prestación de cuidados en el hogar, que son trabajos no remunerados” (24).

El hecho de que estos problemas persistan a pesar del avance hacia el logro de los ODM se refleja en los ODS,



cuyo ODS 5 reitera el compromiso de los estados a seguir trabajando para lograr la igualdad de género.

Además, existen indicios de que mujeres y hombres tienen un acceso desigual a la atención de salud a pesar de las iniciativas para promover el acceso universal y de que las mujeres corren un mayor riesgo de tener que pagar de su bolsillo la atención de salud o renunciar a ella debido a los costos primarios y auxiliares (25). Un análisis reciente de cuatro casos en América Latina informó mejoras limitadas en la aplicación de la cobertura universal de salud entre el 2000 y el 2010 usando el índice de la desigualdad de género, en particular en comparación con los países nórdicos (16). Esto indica que aún debe mejorarse el acceso a los servicios de salud mediante la reducción de la inequidad por razón de género.

Las cuestiones de género y la salud de la mujer siguen siendo elementos fundamentales del diálogo actual de las Naciones Unidas sobre los sistemas de salud. Según observaron Langer y sus coautores en el informe de 2014 de la Comisión sobre las Mujeres y la Salud, los sistemas de salud “dependen en gran medida de las numerosas contribuciones de las mujeres a la atención como miembros del personal sanitario, donde su número aumenta rápidamente, y mediante sus funciones tradicionales como cuidadores primarios

en el hogar y en la comunidad” (3). El informe argumenta que el desarrollo y la reforma de los sistemas de salud deben reconocer e incluir las contribuciones de las mujeres. En consecuencia, el examen de las contribuciones de las mujeres no se debe limitar a la discusión formal sobre género y salud, sino que debe formar parte de toda discusión sobre la salud, la atención de salud y los sistemas de salud.

El seguimiento de las metas de desarrollo sostenible también debe incluir una perspectiva de igualdad de género. Los cambios económicos y medioambientales, como el cambio climático, “afectan a la salud de la mujer, a sus derechos y a sus funciones en la sociedad” (3). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas incluyen un énfasis continuo en la igualdad de género, la erradicación de la pobreza, la salud, el desarrollo de sistemas económicos integrados y fortalecidos y la gestión de los recursos naturales. Según observan Langer y sus coautores, se necesitan mujeres sanas, valoradas, facultadas y empoderadas para lograr el desarrollo sostenible (3).

Esto significa que debe haber una participación total de las mujeres en todos los niveles de la toma de decisiones, desde el estado a la economía y el hogar. Incluso en aquellos países sin desigualdad extrema en materia de género, las mujeres, en comparación con los hombres, a menudo tienen menos



“La igualdad de género se refiere a una situación en la que mujeres y hombres gozan de las mismas oportunidades en todos los aspectos de la vida. También supone integrar una perspectiva de género en la toma de decisiones y que los intereses de las mujeres reciban la misma consideración que los de los hombres en lo referido a derechos y asignación de recursos” (26).

poder político y menos participación en las instituciones políticas (14). Esta discrepancia ha motivado la creación de metas internacionales para la participación de las mujeres en los sectores social, político y económico. También es necesario vigilar las oportunidades de participación en estructuras civiles para los hombres en situaciones de vulnerabilidad.

Volviendo al reto esencial de la igualdad de género, Johnsson-Latham argumenta que “la igualdad de género depende de la distribución equitativa de recursos sociales, económicos y prácticos entre las mujeres y los hombres. Es decir,

depende de los procesos y nunca se logra plenamente sino que debe volver a sancionarse una y otra vez” (26). La igualdad de género en la salud significa que mujeres y hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos porque no existen impedimentos evitables, injustos o injustificados generados por las normas de género y las relaciones de poder (2).

La medición del progreso hacia las metas de salud universal y desarrollo sostenible requiere una base de datos de indicadores sensibles a las cuestiones de género.

“La igualdad de género en la salud significa que mujeres y hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos porque no existen impedimentos evitables, injustos o injustificados generados por las normas de género y las relaciones de poder” (2).

→ Compromisos con la igualdad de género en la salud en las Américas

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano son signatarios de numerosos instrumentos que los comprometen a *a)* instaurar o fortalecer procesos que mejorarán sus sistemas de información de salud (incluido el desglose de los datos por sexo, edad, etnicidad y otras variables pertinentes), *b)* realizar análisis en materia de género para sustentar, promover y elaborar políticas y programas y *c)* monitorear el progreso hacia la igualdad de género en la salud.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/69/L.85), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y que incluye los 17 ODS, refleja la necesidad de impulsar estos procesos. El ODS 17, “Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”, tiene relación directa con el compromiso de “aumentar en forma significativa la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de alta calidad desglosados por grupos de ingresos, género [por sexo], edad, raza, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales” (ODS 17.18).

De manera análoga, la *Política en materia de igualdad de género* de la

OPS (resolución CD46.R16, 2005), que se aplica tanto a la Secretaría como a los Estados Miembros de la Región de las Américas, destaca la importancia de generar, vigilar y evaluar la información necesaria a fin de acelerar el avance hacia la igualdad de género en la salud. Este compromiso de los Estados Miembros se vincula con los compromisos fundamentales expresados en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en la Región de las Américas (resolución CD53.R14).

La puesta en práctica de estos compromisos y su supervisión apropiada requieren un marco conceptual e indicadores de salud acordados y pertinentes. La OPS sentó las bases elaborando un modelo de marco para el género e indicadores básicos de salud³ para la Región de las Américas, así como directrices encaminadas a analizar y monitorear las políticas de equidad de género en materia de salud [27].

Estos documentos han servido para guiar los procesos de definición de los indicadores para las subregiones de Centroamérica y República Dominicana, la Comunidad Andina y los países del MERCOSUR. Simultáneamente, la División de Estadística de las Naciones Unidas ha elaborado una propuesta de indicadores de género que incluyen un componente de salud y el Observatorio de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe, que



coordina la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), ha incorporado algunos indicadores relacionados con la salud. Sin embargo, los datos indican que persisten las discrepancias en el acceso de mujeres y hombres al seguro universal de salud. Es por ello que sigue siendo necesario establecer un conjunto básico de indicadores de salud relacionados con el género para efectuar el seguimiento y la evaluación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, así como de los ODS, que mantienen su énfasis en lograr la igualdad de género.



³ Organización Panamericana de la Salud. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/BASICIndicators10spanLR.pdf>.



Sección 3

El género en los marcos de referencia del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Esta sección describe brevemente los instrumentos internacionales clave que proporcionan el contexto para un marco de referencia y un conjunto de indicadores básicos que permitan el seguimiento y la evaluación de la igualdad de género. Tras un breve repaso de los documentos, se reseñan las secciones más pertinentes para establecer el marco de referencia y los indicadores básicos.

→ El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en las Américas

En octubre del 2014, el 53.º Consejo Directivo, en la 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, adoptó la *Estrategia para el acceso*

universal a la salud y la cobertura universal de salud.

La estrategia define el acceso universal como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (CD53/5 Rev 2, párrafo 4). Por otra parte, la cobertura universal de salud “implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población” en su capacidad de responder a las necesidades de la población, “lo cual incluye la disponibilidad de



infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento” (CD53/5 Rev 2, párrafo 5).

Conforme a estas dos definiciones, la Estrategia establece:

“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad” (párrafo 6).

En consecuencia, la meta de la Estrategia es conseguir que todas las personas puedan obtener la atención y los servicios de salud que requieran sin riesgo de dificultades financieras a causa de los costos inasequibles para ellos o sus familias (28).

La Estrategia reconoce que los países de la Región han adoptado diferentes enfoques para organizar sus sistemas de salud (párrafo 2), pero también que la Región presenta una de las mayores desigualdades en salud del mundo,

en gran medida debido a que millones de ciudadanos no pueden acceder a servicios integrales de salud (párrafo 1). A pesar de los adelantos logrados por los Estados Miembros en cuanto al desarrollo económico y social, la consolidación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la incorporación y aplicación de tecnologías para mejorar la salud (párrafo 21), la pobreza y las inequidades persisten (párrafo 22). Los cambios demográficos como el envejecimiento de las poblaciones, esperanzas de vida más largas, la migración y la urbanización, sumados a los patrones epidemiológicos relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia, y violencia de género, exigen nuevas respuestas de los sistemas y servicios de salud (párrafo 23). Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no han afrontado estos nuevos retos (párrafo 26) y los compromisos políticos con la equidad en salud requieren instrumentos políticos nuevos y fortalecidos para lograr el avance (párrafos 31 y 33).

→ Cómo se relaciona este informe con la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

La Estrategia es un hito en el avance hacia una mayor igualdad en la salud de las poblaciones de los Estados Miembros, ya que promueve la aplicación de muchas políticas e iniciativas formuladas en los últimos decenios (p. ej. el Informe final



de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (29) y la Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud (30). En particular, la estrategia impulsa el llamado a lograr la igualdad de género en la Región de las Américas. De acuerdo con la Política de Igualdad de Género de la OPS (2), la estrategia se refiere explícitamente a la influencia de las cuestiones de género en las vidas de mujeres y hombres, destacando la mayor vulnerabilidad de algunos subgrupos de población como las minorías sexuales, algunos grupos étnicos, los pueblos indígenas, las niñas y los niños y otros.

El primer párrafo en la Línea estratégica 1 señala:

"Es fundamental identificar las inequidades en salud entre grupos poblacionales a través del análisis pormenorizado de la situación de salud, encuestas e investigaciones específicas y profundizar en sus determinantes" (párrafo 35).

Este imperativo es ampliado en la Línea estratégica 2:

"Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de salud, de los servicios integrales de salud, así como de las

inequidades y los determinantes sociales de la salud. [...] Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo del progreso hacia la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud" (párrafo 48).

La Línea estratégica 3 busca eliminar las barreras financieras que las mujeres, los hombres y sus familias puedan enfrentar a la hora de solicitar y obtener atención de salud, "evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos" (párrafo 52). Un financiamiento público transparente y apropiado de los sistemas de salud, que asigne prioridad a la atención primaria, aumentará la equidad y la eficiencia en los sistemas de salud. En el párrafo 51 se recomienda dedicar el 6% del PIB como punto de referencia inicial "para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera".

La cuarta línea estratégica destaca la importancia de la coordinación entre el sector de la salud y otros sectores para alcanzar las metas de acceso universal y cobertura universal de salud. Los Estados Miembros se han comprometido a implementar políticas nacionales y programas que aborden los determinantes sociales de la salud (párrafo 53). Esto incluye compartir datos acerca de programas que



reduzcan la pobreza y las inequidades (párrafo 55) y asegurar que se empodera a las personas y las comunidades para que participen en la formulación de políticas (párrafo 56).

El marco y los indicadores propuestos en este informe tienen por objeto ayudar a la OPS y a los Estados Miembros a monitorear y evaluar, de forma coherente e integral, el progreso en la aplicación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Algunos de los indicadores incluidos permitirán medir los resultados en materia de salud (como se observa en la línea estratégica 2) y determinar si hay hombres, mujeres, niñas o niños que resultan privilegiados o (potencialmente) desfavorecidos por las reformas sanitarias y otros cambios de las políticas que deberían garantizar el acceso universal. Los informes sanitarios y de otro tipo deben incluir datos desglosados por sexo, ubicación geográfica, etnicidad, nivel de educación y de ingresos, así como información cualitativa y otras evidencias científicas que permitan comprender cómo y por qué existen diferencias relacionadas con el género [27, 32, 33]. El examen de las intersecciones, por ejemplo entre el sexo y la etnicidad, ayudará a descubrir inequidades estructurales y sistémicas que las mujeres o los hombres afrontan con motivo de su origen étnico y que pueden ser corregidas.

Las cuatro líneas estratégicas de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son:

- 1.**
Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- 2.**
Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
- 3.**
Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- 4.**
Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.





→ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2015

Desde el año 2000, el desarrollo internacional ha estado enmarcado en gran medida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ocho metas diseñadas para abordar la extrema pobreza en sus numerosas dimensiones —la pobreza de ingresos, el hambre, las enfermedades, la carencia de vivienda adecuada y la exclusión— y, al mismo tiempo, promover la igualdad de género, la educación y la sostenibilidad ambiental para el 2015 [23].

Si bien los ODM, que debían ser alcanzados para el 2015, ayudaron a impulsar un cambio sustancial en los países en desarrollo, en particular en relación con la pobreza, la mortalidad infantil y el acceso a agua potable y saneamiento, el progreso no ha sido uniforme y muchas metas no se han logrado [23]. Además, los ODM no reflejan el pensamiento actual acerca del desarrollo sostenible, que ve el desarrollo económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente como elementos de un sistema ecológico interdependiente más amplio [3, 34-36]. Como resultado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, se propusieron diecisiete nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como más de veinte acuerdos y marcos internacionales. Los 17 ODS

fueron ratificados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2015 [37].

Por desarrollo sostenible se entiende el desarrollo económico y social respetuoso de los recursos naturales en el planeta y que se propone prevenir su agotamiento. El desarrollo sostenible también implica actuar para atender las necesidades de esta generación y de las generaciones futuras. Según Río+20, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible:

"El desarrollo sostenible es el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas. Visto como el principio orientador para el desarrollo mundial a largo plazo, el desarrollo sostenible consta de tres pilares: el desarrollo económico, el desarrollo social y la protección del medio ambiente" [38].

La propuesta de las Naciones Unidas señala que los objetivos generales de los ODS son erradicar la pobreza, modificar prácticas insostenibles y promover modalidades sostenibles de consumo y producción, así como llevar a cabo la protección y la gestión sostenible de los recursos naturales como base del desarrollo económico y social [37].



Hay varias definiciones del desarrollo sostenible. La mayoría invocan el denominado enfoque del “triple balance final” del bienestar humano: una combinación de desarrollo económico, sostenibilidad ambiental e inclusión social.

→ **Cómo se relaciona este informe con los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

Al igual que los ODM, los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen un compromiso explícito con el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas (ODS 5). Además, los ODS contienen compromisos implícitos con el avance de la posición de mujeres y niñas ya que otros objetivos, incluido el de poner fin a la pobreza, garantizar y promover la salud y el bienestar y reducir las desigualdades entre los países y dentro de cada país (ODS, 1, 3 y 10, respectivamente), están orientados a atender las necesidades de grupos vulnerables y desfavorecidos, donde las mujeres están representadas de forma desproporcionada. La adopción de los ODS y el desarrollo de indicadores sensibles a las cuestiones de género para su monitoreo brindan nuevas oportunidades de concienciar acerca del género y de otras formas de desigualdad experimentadas por hombres, mujeres y niños en las Américas.

Los ODS difieren de los ODM en que buscan abordar el género y otras formas de desigualdad en los

países en el contexto del desarrollo sostenible (39). En otras palabras, las medidas para lograr la igualdad de las mujeres y de los hombres también deben conseguir que se preserven y se conserven los recursos de la Tierra para las generaciones actuales y futuras. Algunos investigadores han sugerido que las perspectivas de las mujeres —sus actitudes hacia el medio ambiente, sus modalidades de consumo y de producción y sus roles en la reproducción— las sitúan en una posición idónea para impulsar el desarrollo sostenible (40). Según Klugman:

“[...] los datos sugieren que si todas las mujeres pudieran ejercer sus derechos reproductivos, el crecimiento demográfico se reduciría lo suficiente para disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero a niveles más bajos que los actuales. [...] Y puesto que a menudo [las mujeres] se preocupan más por la ecología, apoyan las políticas ambientales y votan por líderes que también lo hacen, su mayor intervención en la política y en organizaciones no gubernamentales podría ser de beneficio para los asuntos ambientales y tener efectos multiplicadores” (40).

Entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, se incluyen:

Objetivo 1

Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

Objetivo 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Objetivo 5

Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Objetivo 10

Reducir la desigualdad en y entre los países.

Objetivo 17

Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.



Sin embargo, es importante evitar estereotipos de género que causen la impresión de que todas las mujeres piensan lo mismo y toman las mismas decisiones sobre planificación familiar, desarrollo económico y liderazgo ambiental, así como otros estereotipos de género que consideran a los hombres únicos responsables del desarrollo insostenible (41, 42). Existen grupos vulnerables de mujeres y de hombres que tienen menos probabilidades de beneficiarse con la globalización y muy probablemente sean perjudicados por los cambios económicos y el deterioro ambiental (3, 40, 41, 43).

Tal como se describe en la introducción, la finalidad de este informe es proponer un marco y un conjunto básico de indicadores relacionados con género y salud para la Región de las Américas a fin de contribuir al seguimiento y la evaluación del progreso hacia los ODS y la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. El ODS 17 ordena la recopilación, el análisis y el seguimiento de los datos para evaluar el progreso hacia el desarrollo sostenible y establece metas provisionales. La meta 18 señala que, para el 2020, es necesario “aumentar de forma significativa la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de alta calidad desglosados por grupos de ingresos, género [sexo], edad, raza, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales”. En las

próximas secciones de este informe se realiza un examen de los marcos de referencia e indicadores existentes y se propone un conjunto básico de indicadores en un marco que, tras ser validado por los países de las Américas, puede usarse para ayudar a alcanzar esta meta. Gran parte de los datos para los indicadores ya se están recopilando y los Estados Miembros pueden agregarlos a esta base para elaborar informes de alta calidad y oportunos, desglosados y analizados de acuerdo con la guía de la OPS para el análisis y el monitoreo de la equidad de género (27).

La meta 19 del ODS 17 es “aprovechar las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir progresos logrados en materia de desarrollo sostenible [...]”. Con el fin de contribuir al logro de esta meta, este informe define indicadores técnicamente factibles que harán que los Estados Miembros sean responsables de perseguir los ODS y que son significativos y pertinentes para monitorear el progreso hacia la igualdad de género, que promueve el bienestar y la vida saludable para mujeres, niñas, hombres y niños. Esos indicadores incluyen mediciones de la salubridad del medio ambiente físico y natural en el cual residen y desarrollan su vida las mujeres y los hombres.





Sección 4

Marcos conceptuales para Los indicadores de La igualdad de género en la salud

Los indicadores de salud son variables que se pueden medir para describir uno o más aspectos de la salud individual o poblacional (p. ej., número de casos de malaria), o para describir las condiciones de vida y otros determinantes que influyen en la salud (p. ej., número de hogares con acceso a fuentes mejoradas de agua potable).

Los indicadores a menudo se estructuran dentro de un marco de referencia, ya sea explícito o implícito, que conceptualiza y organiza las mediciones de interés. El marco, a menudo representado en forma de ilustración o cuadro, describe cómo se deben entender los indicadores, especialmente en relación con otros indicadores. Según observan Kryzanowski y McIntyre (44), al seleccionar indicadores sin contar con un marco conceptual de referencia se corre el riesgo de “pasar por alto indicadores existentes o aconsejables”,

en particular los que representan “determinantes clave de la salud”.

En un informe realizado para la OMS y la OPS en el 2010 (6), se evaluaron seis marcos de referencia para determinar su capacidad de incorporar estadísticas por sexo y promover el análisis de género. Las autoras concluyeron que se puede lograr que cualquier marco de referencia tenga en cuenta cuestiones de género presentando y analizando indicadores desglosados por sexo y reafirmando explícitamente la necesidad de elaborar indicadores que midan las repercusiones del contexto social, económico y político en la salud de las mujeres y de los hombres (p. ej. incluyendo el trabajo no remunerado). De los seis marcos de referencia, las autoras recomendaron una versión del marco de indicadores de salud de la Organización Internacional de Normalización (ISO), modificado para



incluir recordatorios explícitos acerca del sexo, el género y el análisis de género (figura 1) (21). En esta versión, se pone énfasis en el género en los cuatro dominios de los indicadores. Además, dentro de cada dominio hay un recuadro dedicado exclusivamente a

cuestiones de igualdad y de equidad de género, para proporcionar el contexto necesario para el análisis. Los datos cuantitativos relacionados con la salud deben complementarse con otros datos de información imprescindibles para el análisis de género (45).

Figura 1 | Marco de referencia para la información sobre el género y la salud

Reproducido con autorización.

1. Estado de salud						
Bienestar	Enfermedades, traumatismos y estados relacionados con la salud		Función humana	Salud sexual y reproductiva	Esperanza de vida y muerte	
Cuestiones clave de igualdad y de equidad de género						
2. Determinantes de la salud						
Factores ambientales	Factores socio-económicos	Violencia de género	Factores sociales y de la comunidad	Factores del hogar	Mediadores relacionados con la salud: comportamientos relacionados con la salud y factores psicosociales	Factores biomédicos
Cuestiones clave de igualdad y de equidad de género						
3. Desempeño del sistema de salud						
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Disponibilidad • Asequibilidad • Acceso a los servicios • Aceptabilidad y capacidad de respuesta 			<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia de los servicios y de los programas • Seguridad • Idoneidad • Continuidad y continuo • Competencia y capacidad 		<ul style="list-style-type: none"> • Costo • Eficiencia técnica • Eficiencia en la distribución • Sostenibilidad 	
Cuestiones clave de igualdad y de equidad de género						
4. Factores estructurales y de la comunidad						
Recursos económicos	Asentamientos humanos		Gobernanza		Sistemas sanitarios y de bienestar social	
Cuestiones clave de igualdad y de equidad de género						



Las autoras no asumieron que el marco de referencia recomendado en el 2010 todavía seguiría siendo apropiado o adecuado. Este proyecto partió de un estudio de la evolución en el uso de indicadores sensibles a las cuestiones de género relacionadas con la salud, tanto en investigación como en política. En concreto, se examinaron ejemplos recientes de marcos e indicadores que pudieran contribuir al monitoreo y la evaluación de la igualdad de género en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como en el desarrollo sostenible.

Se llevaron a cabo dos clases de búsquedas en línea para esta parte del trabajo.⁴ Primero, se realizó una búsqueda en MEDLINE para encontrar bibliografía arbitrada publicada en los 10 últimos años (2005-2015) que abordara cómo se han concebido los marcos y con qué finalidad. Los términos de la búsqueda fueron específicos para los marcos relativos a género, salud (incluidos los sistemas de salud) medio ambiente y desarrollo sostenible. Después, se hizo una búsqueda en Google de los marcos de indicadores de salud y de indicadores relacionados con el género. Se encontraron casi una docena de marcos disponibles en inglés que no habían sido examinados previamente en el informe del 2010 y que son pertinentes para algunos elementos

de la salud, el género, los sistemas de salud o el desarrollo sostenible.⁵

Los documentos y sitios web recuperados fueron evaluados a fin de considerar si podrían ser adaptados para los propósitos de este proyecto. Cada marco

a) Dominios o niveles: ¿tiene el marco secciones de indicadores para agregados de población de los datos a nivel individual (p. ej., incidencia, recuentos o tasas), así como secciones para otros indicadores que influyan en las condiciones individuales o de la población (p. ej., políticas sociales o servicios de salud)? ¿Hay dominios que van más allá de las condiciones de salud de las mujeres y las de los hombres y permiten el análisis de las intersecciones del género con otras inequidades?

b) Pertinencia para la finalidad de este proyecto: ¿puede el marco dar cabida a indicadores relacionados con el género y la salud que se vinculen con el acceso y la cobertura universal de salud así como con medidas de desarrollo sostenible?

⁴ Las autoras ponen a disposición de los interesados una descripción completa de los métodos usados en la investigación.

⁵ Se puede encontrar en el anexo B una lista completa de los marcos examinados.



c) Promoción del análisis de género:
¿facilita y promueve el marco el análisis en materia de género?

d) Fácil comprensión: ¿es el marco claro y la organización parece lógica para monitorear la igualdad de género?

de referencia recuperado fue analizado conforme a los siguientes criterios:

→ Ejemplos de marcos conceptuales

Los indicadores de salud, tal como se menciona en la segunda sección, son variables medibles.

Varios de los marcos⁶ recuperados procuran ilustrar la interrelación de los determinantes a nivel individual (denominados proximales o *downstream*)

y los determinantes a nivel estructural o social (denominados distales o *upstream*)⁷ con el estado o los resultados de salud. Se presentan aquí algunos ejemplos que incorporan el género y una evaluación de su utilidad para monitorear la igualdad de género, la salud universal y el desarrollo sostenible.

El primer ejemplo fue presentado por Etches y sus colaboradores en un examen del desarrollo de indicadores de salud de la población efectuado en el 2006 (46) (figura 2). Este examen incorpora la historia de los conceptos relativos a la salud de la población así como mejores métodos para el análisis estadístico y la vinculación de los datos.⁸ De esta manera, los autores elaboraron un modelo conceptual que se apoya en la evolución de los métodos y los datos para comprender la influencia de factores políticos, culturales y estructurales *upstream*, de conceptos sociales como la raza (la etnicidad)⁹ y el sexo, de la genética individual y de entornos físicos inmediatos y entornos sociales así como de los servicios de salud.

⁶ Observe que algunos marcos descritos aquí son anteriores al informe del 2010, que fue realizado con un conjunto de objetivos distintos a los del presente examen.

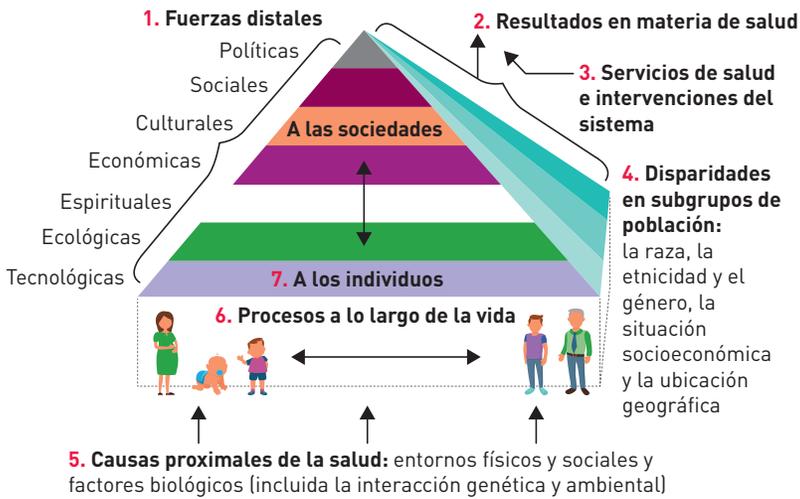
⁷ Las autoras señalan que Krieger (57) critica la perpetuación de los términos proximal y distal ya que crean una falsa dicotomía y, al mismo tiempo, pueden parecer intercambiables, como demuestran algunos de estos ejemplos. Krieger recomienda referirse a vías y procesos que *contribuyen* a la igualdad en la salud o bien *inciden en* ella y en los resultados (57).

⁸ La vinculación de los datos se refiere a conectar entre sí distintas fuentes de datos apareando registros. Se pueden usar las direcciones postales, por ejemplo, para vincular registros de salud de individuos con datos de censos o encuestas provenientes de la misma dirección o vecindario.

⁹ Etches et al. usan el término "raza" en este trabajo, en lugar de "etnicidad".

Figura 2 | Determinantes proximales y distales de la salud de la población (46)

Reproducido con autorización.



Este modelo ilustra la complejidad de las interacciones y las relaciones entre las influencias en la salud. También identifica los factores ecológicos, sociopolíticos y ambientales que afectan a la salud, a las características individuales y a los servicios y los sistemas de salud. Otra ventaja del marco es que identifica explícitamente las disparidades de género como un determinante de la salud, aunque no hay ninguna representación de la interacción entre factores ni del esquema de numeración usado, y las flechas incluidas no ilustran el análisis de género. Además, completar el modelo con indicadores difícilmente sería práctico, factible o de fácil comprensión.

Un segundo ejemplo proviene de Kryzanowski y McIntyre (44), quienes propusieron un modelo culturalmente relevante para incorporar la salud de los indígenas en una evaluación ambiental de la industrialización en Canadá (figura 3). Este objetivo concuerda con la meta de efectuar el seguimiento y la evaluación de la salud en relación con el desarrollo sostenible (47). Los autores señalan que el seguimiento de los determinantes de la salud no se ha hecho con el mismo rigor que el monitoreo de los impactos ambientales. El modelo que proponen se basa en conocimientos ancestrales y abarca los modelos holísticos existentes de la salud física, emocional, mental y espiritual. Según

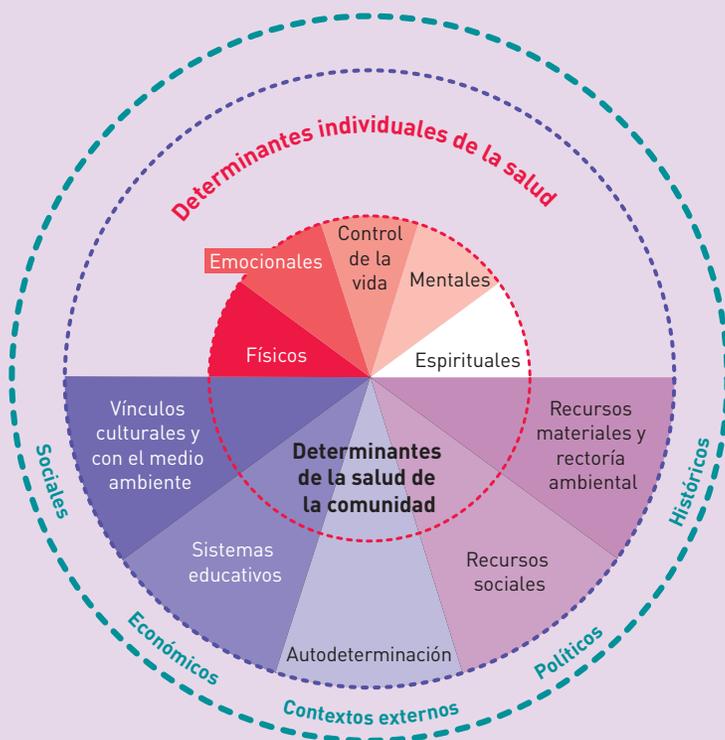


los autores, el modelo holístico describe visualmente las relaciones entre la industrialización y los determinantes de la salud contextuales, de la comunidad y a nivel individual. Por lo tanto, las comunidades indígenas pueden usar

el modelo para definir las múltiples vías por las cuales la industrialización afecta directa e indirectamente a la salud y seleccionar indicadores representativos (48).

Figura 3 | Modelo holístico para evaluar los efectos de la industrialización en la salud de los indígenas (44)

Reproducido con autorización de la Asociación Canadiense de Salud Pública (ACSP).





Este modelo es una buena representación de la interrelación entre determinantes de la salud y sus niveles de influencia. Aunque el modelo no incluye una mención de los sistemas de salud como tal, es razonable que esos indicadores ocupen la misma área que incluye los sistemas educativos y los recursos sociales. Sin embargo, este modelo no incluye el nivel de ingresos, la segregación racial ni la opresión. Además, el modelo no hace ninguna mención al rol del género, ni a la posibilidad de que las culturas indígenas descritas tengan diferentes conceptos acerca del género (48), quizás debido a que los autores se basan en otros estudios que tampoco incluían el análisis de género.

Un tercer ejemplo proviene de Kim y Saada (49), quienes elaboraron en el 2013 un modelo para ilustrar la relación entre los nacimientos y la mortalidad en menores de 1 año y los determinantes sociales e individuales de salud en Estados Unidos y Europa occidental. Este modelo se basó en las prioridades establecidas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS. Tal como muestra la figura 4, los autores describen la influencia de los contextos social, económico y político —incluyendo la segregación racial y el género— así como las condiciones en las que viven y trabajan las mujeres y los hombres. Los indicadores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, que denominan entorno material,

también están incluidos en esta parte del modelo. Los factores proximales son llamados *determinantes intermediarios*, y estos describen la influencia de los comportamientos personales de salud, los factores biológicos, y el estrés y los factores psicosociales. Kim y Saada también incluyen el acceso a la atención de salud y la calidad de la atención prenatal entre los factores proximales. Las flechas ilustran la influencia de los diferentes dominios y su repercusión en los resultados de salud de las madres y los bebés. Sin embargo, es importante resaltar que las flechas de este modelo son principalmente unidireccionales (desde los determinantes sociales a los determinantes intermediarios) y que el género no está conectado por flechas a ningún otro factor (49).

En este modelo, los autores conciben que características individuales como la situación socioeconómica y la etnicidad influyen en el lugar de residencia, tanto en función de los ingresos (situación socioeconómica de la zona) como de la cultura de la comunidad (segregación residencial). Estas condiciones de vida son a su vez influidas por la gobernanza y las políticas sociales. Sin embargo, no queda claro por qué la atención de salud no forma parte de los determinantes sociales, ya que la ubicación de los servicios y la capacidad de costear esos servicios no están bajo el control inmediato de las mujeres a título individual. Y, al igual que los otros modelos, no se muestra



Figura 4 | Determinantes sociales de los resultados en las tasas de nacimientos y mortalidad en menores de 1 año (49)

Reproducida con autorización.



que el género se relacione con ninguno de los determinantes.

Por otra parte, este modelo resulta interesante ya que podría adaptarse para incluir mediciones del desarrollo sostenible. También es valiosa su aportación en cuanto a las influencias recíprocas de algunos factores como el capital social. Para incorporar el análisis de género, tendría que demostrarse que este se relaciona con muchos de los determinantes sociales e intermediarios. Sin embargo, esto complicaría la figura y quizá sería ininteligible una vez

poblada con indicadores para más de un resultado.

El último ejemplo proviene del *Informe sobre el desarrollo mundial (IDM) 2012* del Banco Mundial, en concreto del Panorama General sobre Igualdad de Género y Desarrollo (50). El modelo se elaboró para ilustrar las influencias de naturaleza económica sobre el género y el desarrollo (figura 5). Los engranajes del modelo del Banco Mundial representan las maneras en que estructuras institucionales formales, como las políticas de gobernanza,



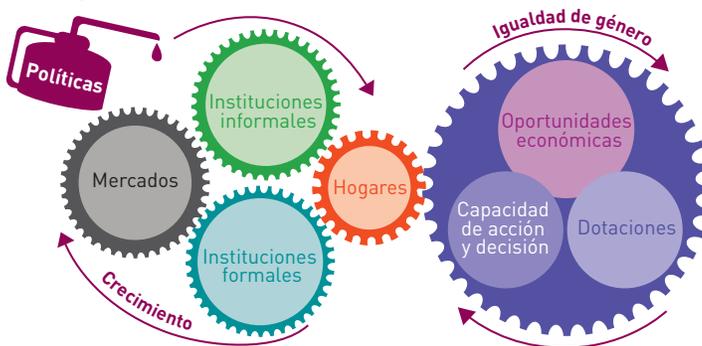
sociales y económicas, interactúan con estructuras institucionales informales como las normas culturales y factores del hogar para avanzar u obstaculizar la igualdad de género en lo relativo a oportunidades económicas, capacidad de acción y decisión y legados individuales. Este modelo básico se usa en todo el informe para ilustrar las influencias sociales, políticas y económicas en la participación de las mujeres en la fuerza laboral así como en la salud de la mujer, su educación y su capacidad de acción y decisión. También se emplea el modelo para describir los efectos de la globalización, las reformas políticas, las fuerzas del mercado y la

promoción. No es sorprendente que el Banco Mundial, con su énfasis en el desarrollo económico, haga hincapié en la función de los mercados y la economía en este modelo.

El modelo del Banco Mundial ilustra bien el movimiento y la acción, haciendo visible que un cambio en cualquier engranaje supone cambios en los demás. Las flechas indican la dirección del movimiento y muestran que los cambios pueden originarse tanto en la esfera más pequeña, correspondiente a las experiencias individuales (en el lado derecho del modelo), como en el nivel de la cultura, la gobernanza y otros aspectos de la sociedad (en

Figura 5 | Modelo del Banco Mundial sobre la igualdad de género y el desarrollo (50)
Reproducido con autorización.

Los resultados de género son consecuencia de las interacciones entre el hogar, los mercados y las instituciones





el lado izquierdo del modelo). Para completar la metáfora mecánica, las políticas funcionan como un lubricante para que el progreso y el crecimiento impulsen la igualdad de género. A lo largo del informe el modelo incorpora indicadores pertinentes para cada tema tratado.

Este modelo destaca la igualdad de género como meta explícita y describe los factores que contribuyen a impulsarla en el ámbito del desarrollo económico. Además, el modelo incluye espacios para la participación política, políticas estatales como los servicios de salud, la administración de la atención de salud, y las comunidades y hogares. La prestación de cuidados sin remuneración y los gastos de atención de salud podrían incluirse dentro de las instituciones informales, ya que a menudo son contribuciones invisibles y no reglamentadas a los hogares y las comunidades. Es razonable considerar, además, que la etnicidad, el sexo, el idioma y otros identificadores podrían colocarse dentro del engranaje llamado dotaciones, y que el modelo podría incluir indicadores del desarrollo sostenible. De hecho, el Portal de datos de género del Banco Mundial incluye indicadores relacionados con el desarrollo sostenible y otras áreas de interés (véase a continuación).

→ Ejemplos de indicadores

La revisión bibliográfica permitió recuperar ejemplos de marcos ya poblados con indicadores.¹⁰ En la mayoría de los casos, la selección de dichos indicadores respondía a factores impulsores en las políticas. Por ejemplo, la lista de indicadores Healthy People 2020 (Gente Saludable 2020) del gobierno de los Estados Unidos es actualizada cada año para reflejar las prioridades de las políticas (51). La lista de indicadores correspondiente a 2015 incluye el acceso a los sistemas de la salud (dos indicadores), la calidad ambiental (dos indicadores), determinantes sociales (dos indicadores) y algunos resultados de salud física y mental, incluidos los traumatismos y la violencia. Según el sitio web federal de la iniciativa, los indicadores se organizan según su relación con los determinantes de la salud y las disparidades de salud a lo largo de la vida. El marco y los indicadores transmiten la finalidad de monitorear un par de áreas de interés clave relacionadas con la “vida saludable” (como el sobrepeso y la obesidad). Sin embargo, la lista no describe relación alguna entre los indicadores. Si bien los datos pueden ser buscados por sexo, edad y otras variables, no hay ninguna referencia implícita o explícita al género o a otras cuestiones de equidad. Por

¹⁰ En el anexo B se incluye una lista completa de los marcos.



último, no hay ningún ejemplo de la influencia de las estructuras sociales, la gobernanza o de las políticas públicas sobre los indicadores que se deben medir.

En un trabajo del 2015, Harbers et al. (52) presentan la lista de Indicadores esenciales europeos de salud (ECHI). Según describen los autores, la lista de 92 indicadores abarca en su conjunto “el campo de la salud pública de una manera integral, es decir, la lista breve contiene indicadores sobre el estado de salud, los determinantes de la salud, los servicios y sistemas de salud y variables demográficas y de contexto”. Los autores señalan que la lista se extrae de los datos existentes y de conjuntos de indicadores, pero que puede ser modificada para dar cabida a cambios en las políticas o a nuevos descubrimientos científicos (o de otro tipo). Los indicadores para los sistemas y servicios de salud incluyen la cobertura de seguros, los gastos en salud, la equidad en la accesibilidad a servicios de atención de salud, y otros, integrados en entornos que incluyen el lugar de trabajo, la escuela y el hospital. Estos indicadores son útiles para vigilar el acceso y la cobertura universal de atención de salud, pero el marco aún no incluye el desarrollo sostenible ni la igualdad de género.

Otro ejemplo de conjunto de indicadores es el Portal de datos de género del Banco Mundial, que reúne e informa

numerosos indicadores relacionados con la igualdad de género, la salud y el desarrollo sostenible, entre otros.¹¹ Muchos de los indicadores se encuentran en más de una categoría, haciendo visible su importancia a la hora de vigilar el progreso hacia la igualdad de género. El foco del Portal es el desarrollo económico, sin embargo, se reconoce la importancia de la igualdad de género para que exista un avance verdadero hacia el desarrollo sostenible y económico.

La Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud de la OPS procura “dilucidar las implicaciones de las políticas para la equidad de género” (27). Esta guía proporciona las bases teóricas y analíticas para la identificación de los problemas, la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades para la acción. Además, se realiza una clasificación de los indicadores para el monitoreo de la igualdad de género en cuatro campos de observación:

- **Información demográfica, incluido el acceso a agua potable y al saneamiento básico.**
- **Instituciones gubernamentales que promuevan el progreso de las mujeres en diversos ámbitos, como la distribución de los ingresos, el empleo, la participación política y marcos jurídicos.**

¹¹ <http://data.worldbank.org/topic/gender>.



- La situación sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva así como los recursos humanos para la salud.
- El contexto geopolítico.

Este marco difiere del recomendado en el 2010 (véase la página 23) en que las mediciones de las condiciones estructurales están incluidas en los mismos dominios donde están los indicadores del estado de salud y la situación social a nivel de la población. La disponibilidad de programas de salud, por ejemplo, se presenta en el mismo dominio que las tasas de mortalidad o de uso de sustancias a nivel de la población. De esta forma, podría considerarse que las decisiones individuales o de estilo de vida están vinculadas con condiciones sistémicas o, incluso, estructurales (por ejemplo, los marcos jurídicos).

Este marco aprovecha los Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud elaborados en el 2004 y examinados en el informe del 2010 (6) (cuadro 1). Los propios autores señalaron en el 2010:

- La meta de [igualdad de] género concierne al estado de salud, al acceso a los servicios de atención de salud, a la cobertura de costos sanitarios y a la gestión de la atención de salud. En particular, los niveles de los determinantes socioeconómicos y de la gestión sanitaria dan oportunidades de monitorear y de adoptar medidas relacionadas con la inclusión de las mujeres en las decisiones acerca de las políticas, la defensa de los derechos de las mujeres y las oportunidades que tienen de dirigir la atención de salud para otras mujeres y la comunidad.

Cuadro 1 | Indicadores básicos para evaluar la equidad de género en materia de salud, Organización Panamericana de la Salud

Determinantes socioeconómicos de la salud	Datos demográficos Factores socioeconómicos (ingresos, empleo, educación, condiciones ambientales, leyes y reglamentos)
Situación de salud	Mortalidad Morbilidad Factores de riesgo Salud sexual y reproductiva Violencia de género
Acceso y utilización de los servicios de salud	Cobertura Utilización de la promoción y prevención de la salud Gastos en salud
Gestión de la salud	La atención de salud formal e informal Toma de decisiones



Estas metas y niveles pueden aplicarse ahora para monitorear la igualdad de género de niños, hombres, niñas y mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

En el examen realizado para la elaboración del informe del 2010 (6) se formulan observaciones sobre el valor de incluir la violencia de género y la salud sexual y reproductiva como indicadores concretos, así como indicadores del financiamiento y la cobertura de la salud.

La lista de indicadores del 2005 propuesta por la OPS y los indicadores propuestos en la guía abarcan muchas de las áreas de interés de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Estas incluyen los gastos estatales en salud y el financiamiento, así como los costos personales de la atención de salud para mujeres y hombres. También se seleccionan indicadores explícitos del progreso en la igualdad de género y estos a su vez informan la necesidad de cambios en las medidas y las políticas. Ambos marcos pueden ser adaptados para medir los ODS relacionados con la salud. Sin embargo, los marcos se beneficiarían de una descripción de las formas en las que interactúan los factores sistémicos y personales así

como un énfasis especial en mejorar la igualdad de género.¹²

→ Resumen y recomendaciones: un modelo y un marco

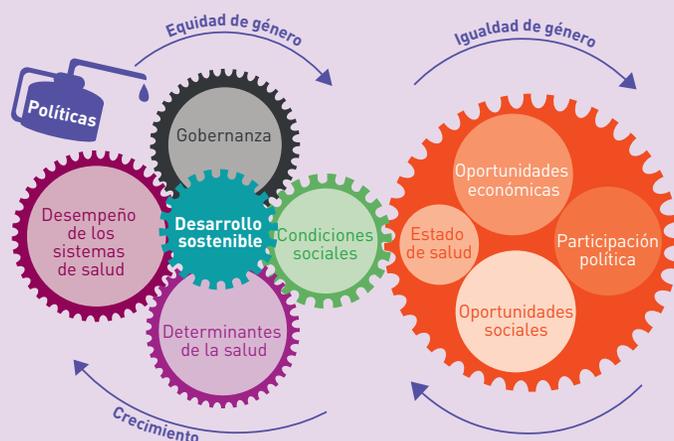
El examen presentado en esta sección demuestra que las prioridades de las políticas de salud de la población y de la salud pública informan la configuración de los marcos de indicadores y, al mismo tiempo, pueden mostrar cómo se relacionan los indicadores entre sí. Hay marcos más empíricos o metódicos y otros más conceptuales o ambiciosos. Ahora bien, cuando no hay ningún marco conceptual articulado, la relación entre los indicadores no es clara. El marco de igualdad de género de la OPS es una excepción, ya que incluye indicadores estructurales, a nivel de las comunidades e individuales dentro de cada uno de sus cuatro dominios.

Por consiguiente, se recomienda utilizar un enfoque doble: por una parte, un marco para organizar los indicadores en dominios, y por otra parte, un marco que ilustre las relaciones entre dichos indicadores y dominios. Además, un modelo basado en el marco de referencia de igualdad

¹² La OPS también publica periódicamente folletos resumidos, bajo el título Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos y Género y Salud, que subrayan la necesidad de presentar y usar datos desglosados por sexo y promueven el análisis de la equidad de género mediante la presentación de razones por sexo (hombres:mujeres) para monitorear las tendencias y evaluar el progreso hacia la igualdad de género. Los marcos incluyen algunas mediciones de los servicios de salud (por ejemplo, el personal de salud y la cobertura de inmunización), que pueden servir como mediciones indirectas de la cobertura integral de salud, es decir, la cobertura universal de la salud. Aún no se han incorporado indicadores para el desarrollo sostenible, como el empleo y la participación en el mercado laboral.



Figura 6 | Modelo propuesto para el marco de referencia y los indicadores relacionados con la igualdad de género en el contexto de la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Adaptado con autorización)



de género y desarrollo del Banco Mundial (50) reforzará el énfasis en el monitoreo de la igualdad de género en el acceso universal a la atención de salud, la cobertura universal de salud y el desarrollo sostenible.

Este modelo destaca explícitamente la finalidad general de la igualdad de género y los factores que contribuyen a impulsarla. Fue desarrollado con un énfasis en lo económico y tendría que ser modificado para ilustrar los dominios de las estructuras gubernamentales, la economía del sistema de salud, la participación política, los servicios de salud y la administración de la atención de salud, la prestación de atención sin costo para los usuarios y los gastos de atención de salud pagados por los

usuarios. Por otro lado, este modelo puede ser adaptado para ilustrar la necesidad de vigilar la equidad y la igualdad en diversos grupos de población integrados por mujeres y por hombres, incluyendo indicadores de residencia en zonas rurales o urbanas, la etnicidad y otros.

Al mismo tiempo, se recomienda un marco para organizar los indicadores en dominios familiares. El marco basado en el de la Organización Internacional de Normalización (ISO), similar al propuesto en el 2010, proporciona una plantilla familiar y operable para la preparación de informes. En la siguiente sección, se abordan los dominios y los indicadores que se incluyen en el modelo y en el marco de referencia.



Sección 5

Criterios y recomendaciones para un conjunto básico de indicadores para monitorear la igualdad de género en salud

→ Criterios básicos para definir indicadores

Desde el momento en que se concibieron los indicadores de salud, se buscó que fueran significativos y pertinentes (46), ya que pueden mostrar cambios con el transcurso del tiempo, en particular como resultado de intervenciones o fenómenos naturales. Según Etches y sus colaboradores, “los indicadores de salud deben contribuir a las metas generales de salud de la población, a saber, mejorar la salud de los grupos de población y reducir las desigualdades en la salud. Los indicadores de salud apoyan esta meta para través de la promoción, la rendición de cuentas, la gestión de los sistemas, la mejora de la calidad y la investigación” (46).

Los indicadores de salud son seleccionados con el fin de transmitir una historia particular o fundamentar un cambio de las políticas que se considera prioritaria. Es también esencial seleccionar indicadores que puedan describir la situación y las experiencias de mujeres, hombres y minorías sexuales, así como la influencia de otras variables, como el lugar de residencia, la edad, la orientación sexual, la etnicidad, los ingresos personales o familiares y más. Como mínimo, se deben recopilar y notificar los datos desglosados por sexo, para que se puedan hacer comparaciones entre las necesidades y las experiencias de las mujeres y de los hombres (21, 32, 45). Sin embargo, este es solo un primer paso, ya que también es necesario aplicar un análisis de género a los indicadores



para interpretar la información y sugerir preguntas sobre dónde existen desigualdades clave y cuáles son las inequidades que contribuyen a esas desigualdades. Por consiguiente, los indicadores deben ser sensibles a las cuestiones de género.

Los indicadores sensibles a las cuestiones de género destacan los cambios en la situación y los roles de las mujeres y los hombres y sirven para llevar a cabo un seguimiento de los cambios relativos a género en la sociedad. Además de ser esenciales para identificar las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a su experiencia, el acceso a los recursos y el control sobre sus propias vidas, también se pueden usar para evaluar los efectos de las políticas y los programas. La información que proporcionan puede servir para determinar si las diferencias observadas entre los sexos son resultado de normas y expectativas relacionadas con el género en los hogares, en las comunidades o en las estructuras sociales y políticas, y si estas impiden injustamente que algunas mujeres o algunos hombres tengan participación plena en la sociedad o logren realizar su potencial total de salud (53). En el pasado, se han usado indicadores sensibles a las cuestiones de género para aportar datos sobre la situación de las mujeres en la sociedad, pero, al igual que han evolucionado los conceptos de género, los indicadores

sensibles a las cuestiones de género sirven hoy además para monitorear qué grupos de población de hombres y niños se encuentran en una situación de vulnerabilidad. El análisis de género puede entonces ampliarse e incorporarse para mejorar la equidad y la eficiencia en el ámbito de la salud y en los sistemas relacionados.

Los indicadores que promueven la igualdad de género no solo están relacionados con comportamientos y características a nivel individual, sino que también reflejan entornos físicos, económicos, políticos y sociales a nivel del hogar, la comunidad y la autoridad nacional (también jurisdicciones subnacionales), incluyendo mediciones del acceso a atención asequible y de alta calidad y mediciones de desarrollo sostenible.

→ Criterios para la selección de indicadores relativos a la igualdad de género y la salud

Los indicadores relacionados con el género y la salud usados para monitorear y evaluar el acceso a la salud universal y la cobertura universal de salud en la Región de las Américas deben satisfacer los criterios descritos anteriormente. Es decir, todos los indicadores deben ser:

Pertinentes, significativos y familiares para los productores y los usuarios. Lo ideal es que los Estados Miembros utilicen este conjunto básico de



indicadores de la misma manera que utilizan los actuales indicadores básicos de salud de la OPS.

Bien definidos, claros y comprensibles para quienes recolectan y utilizan los datos. En otras palabras, debe ser evidente qué se pretende medir y por qué.

Válidos y confiables, midiendo con exactitud y constancia, independientemente de la ubicación.

Técnicamente factibles, es decir, que la recogida de datos sea posible, ya sea a través de encuestas existentes, de información administrativa, o mediante un instrumento nuevo. No obstante, como han señalado Lin y sus colaboradores, debe generar poco costo adicional reunir datos para el indicador si ya existen buenos sistemas de datos (53). Donde ya se están recogiendo datos, la inclusión de un indicador nuevo no será onerosa o costosa o bien la inclusión del nuevo indicador puede programarse para un futuro cercano.

Utilizables, ya que los indicadores solamente son significativos si pueden conducir a cambios de las políticas y a la adopción de medidas cuando sea necesario.

Además, no debe haber demasiados indicadores; la recopilación, la comunicación y la presentación de los indicadores deben ser manejables. Esto asegurará que

los datos sean presentados de manera oportuna para que se puedan determinar y ejecutar rápidamente las intervenciones y las metas.

Se examinaron cuarenta marcos de indicadores de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la OPS y de las autoridades de varios países. Catorce de ellos fueron examinados a fondo debido a su relevancia para el seguimiento de la igualdad de género en la salud, el acceso a la atención de salud y su financiamiento y para los ODS 3, 7, 12 y 17 (véase el anexo A). Las listas resultantes fueron comparadas con base en el propósito de la medición de cada indicador, haciendo hincapié en qué se está midiendo en lugar de cómo se está midiendo. Muchos de los indicadores estudiados fueron recomendados, aunque con algunas variaciones en el método de medición.

→ Indicadores básicos recomendados

Como resultado del análisis de los marcos e indicadores que ya estaban siendo elaborados para los ODS, se establecieron áreas clave que deben ser cubiertas por el conjunto básico de indicadores de la igualdad de género. Se han incluido cuestiones clave adicionales para garantizar la igualdad de género tanto en procesos como en resultados, en particular en el contexto de la salud universal. Estas áreas clave son:



1) Indicadores sensibles a las cuestiones de género para la mortalidad y la morbilidad. Estos incluyen las principales causas de muerte, las enfermedades no transmisibles y las causas externas de muerte.

2) Indicadores que reflejan las necesidades específicas de cada sexo en materia de salud reproductiva, desglosados por edad. Las tasas de mortalidad materna, por ejemplo, siguen siendo un indicador fundamental del estado de salud de las mujeres, de la disponibilidad de servicios de atención de salud adecuados y de la posición de las mujeres en la sociedad (54). La salud materno infantil se usa con frecuencia como sustituto, pero existe el riesgo de que la salud de la mujer sea agrupada con la salud infantil y la mortalidad de menores de 1 año (que también son fundamentales) y se desestime o se descuide si no cuenta con un indicador explícito. La salud sexual requiere un análisis de género para reducir las inequidades para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero que, junto con las mujeres, se exponen a las consecuencias de comportamientos sexuales peligrosos (55).

3) Indicadores de la violencia sufrida por mujeres y hombres, así como indicadores de la existencia de estructuras estatales para proteger contra la violencia de género. La violencia contra la mujer es perpetrada con mayor frecuencia por sus compañeros íntimos u otros miembros de la familia y causa lesiones físicas, tensión mental y la muerte. La existencia de leyes que protegen a las mujeres y de sistemas que encausan a sus asaltantes proporciona seguridad y dota a las mujeres de una mayor igualdad. Los hombres también pueden sufrir violencia de género, que puede estar relacionada con pandillas u otras expresiones de la masculinidad. Y también puede ser sufrida por aquellos hombres que se identifican con expresiones no predominantes del género o la orientación sexual (que también pueden afectar a mujeres). La violencia contra los hombres es una de las principales causas de traumatismos y muerte y, si bien suelen ser más episódicas en cuanto a la relación entre el agresor y la víctima, la violencia y las lesiones intencionales son a menudo impulsadas por el racismo u otras formas de opresión y diferencias de poder.

4) Indicadores sobre trabajo no remunerado. La cobertura universal de salud puede crear mayor igualdad al eliminar costos injustos o inasequibles para que todos puedan solicitar y obtener atención. Sin embargo, las reformas sanitarias encaminadas a reducir los costos en los servicios médicos y hospitalarios de los últimos dos decenios han aumentado la asistencia de salud no remunerada en los hogares, que recae de forma desproporcionada en las mujeres.

5) Indicadores del financiamiento público del sistema de salud, incluidos los esfuerzos para aumentar la fuerza laboral de atención de salud (56). También se deben monitorear los gastos de atención de salud pagados por los usuarios. Las mujeres y los hombres que no tienen prestaciones adicionales mediante su empleo o algún otro plan de seguro pueden tener que retrasar la atención o los tratamientos, o incluso renunciar a ellos, dependiendo de si cuentan con financiamiento público.

6) Indicadores de la degradación del medio ambiente, de los riesgos en el entorno físico y de su repercusión diferencial en mujeres, hombres, niñas y niños. Estos riesgos se definirán a nivel de los hogares o de la comunidad y se relacionan con el agua potable, el saneamiento, los riesgos industriales y las alteraciones del paisaje, como la deforestación, la pérdida de tierra cultivable o la contaminación del agua.

7) Indicadores de cambios en las condiciones climáticas. Las sequías, las inundaciones o las temperaturas extremas pueden contribuir al riesgo o la vulnerabilidad de las mujeres o de los hombres, tanto de forma directa como indirecta, afectando a sus ocupaciones.

8) Indicadores de la participación equitativa de mujeres y hombres en la fuerza laboral, así como de la compensación justa por su trabajo.

9) Indicadores de la igualdad de género en diversos ámbitos de la formulación de políticas y la gobernanza.

En el anexo C se presenta el conjunto básico de indicadores propuesto para efectuar el seguimiento y la evaluación de la igualdad de género y la salud universal en las Américas, en el contexto

de los ODS. Los indicadores se clasifican dentro de los dominios del Marco de Información sobre la Salud y el Género (figura 2), con algunos cambios que son destacados.



Más allá de este conjunto básico propuesto, se debe considerar la posibilidad de incluir un índice compuesto para el bienestar,¹³ la felicidad¹⁴ o uno de los índices internacionales de la igualdad (o desigualdad) de género.¹⁵

Con respecto a la propuesta del 2010, el dominio “Determinantes sociales de la salud” reemplaza al título más genérico de “Determinantes”. El dominio de las políticas y la gobernanza tiene diversos nombres en otros marcos de referencia, pero en este caso será llamado “Gobernanza y Desarrollo Sostenible”.

Además, se ha tenido especial cuidado para que el marco de referencia y el modelo estén situados dentro del contexto de los Derechos Humanos, así como de la aplicación por los Estados Miembros de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), la Convención de Belém do Pará y otros acuerdos internacionales encaminados a reducir las desigualdades relacionadas con el género.

→ Análisis basado en el género para el seguimiento de la igualdad de género

Cualesquiera que sean los indicadores adoptados para el seguimiento de la igualdad de género, es esencial continuar con los análisis de género de los datos

Los siguientes dominios del marco ayudan a organizar los indicadores de tal modo que puedan ser informados y analizados de manera significativa:

Estado de salud: el monitoreo del progreso de los indicadores del estado de salud puede facilitar la reducción de disparidades. Los indicadores deben examinar las causas evitables de mortalidad y morbilidad, y vincular la masculinidad y la femineidad con comportamientos y resultados en materia de salud.

Determinantes sociales de la salud: el empleo de la orientación proporcionada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Se debe incluir la carga que tienen las mujeres como proveedoras de servicios de salud.

Desempeño de los sistemas de salud: el énfasis en el derecho a servicios de salud apropiados y de alta calidad, oportunos, aceptables y asequibles, y las diversas barreras para recibir atención de salud, incluidos los servicios de abortos seguros. Los prejuicios de género relacionados con proveedores de atención sanitaria deben ser examinados como parte del análisis del acceso y la calidad de los servicios.

Gobernanza y desarrollo sostenible:¹⁶ los contextos estructurales y jurídicos dentro de los Estados Miembros, incluidos los de nivel subnacional. Incluye indicadores alineados con los acuerdos internacionales sobre la igualdad de género.



¹³ Por ejemplo, en <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/>.

¹⁴ Por ejemplo, en <http://worldhappiness.report/> o <http://www.happyplanetindex.org/>.

¹⁵ Por ejemplo, el índice de desigualdad de género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en <http://hdr.undp.org/es/content/indice-de-desigualdad-de-genero>, o el Índice Global de la Brecha de Género del Foro Económico Mundial en <http://www.weforum.org/es/agenda/2015/11/informe-global-de-la-brecha-de-genero-2015/>, o el Índice de Equidad de Género en <http://www.socialwatch.org/node/9391>.

¹⁶ Observe que el nombre de este dominio representa un cambio al reconocer la necesidad de incluir marcos de derechos internacionales, legislación sobre la igualdad de género e indicadores vinculados con la Salud Universal y el desarrollo sostenible.

recogidos y notificados [2]. La lista de los indicadores propuestos incluye tabulaciones múltiples que suministrarán información importante sobre las diferencias y las inequidades de salud en hombres y mujeres. Es primordial la necesidad de tabulaciones múltiples por ingresos, dado que constituyen un sólido factor predictivo de la desigualdad. También habrá que tomar decisiones acerca de cómo se presentarán los datos (p. ej., como razones de tasas o como diferencias de tasas), puesto que esas decisiones pueden conducir a la no neutralidad de valores [59].

También son necesarias para el análisis de género la investigación y la información sobre la comunidad provenientes de otras fuentes. Se deben usar datos cuantitativos y cualitativos adicionales para conocer los factores impulsores y las implicaciones de las diferencias relacionadas con el sexo y otras diferencias observadas en los datos. La información proveniente de estudios a pequeña escala o localizados quizá sea la única manera de comprender las diferencias subregionales y las desigualdades en la salud de grupos de población minoritarios.

Otro elemento que fortalece el análisis de género es situar los datos de los indicadores en el contexto de las vidas de las mujeres y de los hombres, así como explorar las conexiones entre las identidades, las relaciones y el poder de género por una parte, y los resultados

en el estado de salud, los determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios apropiados por otra. Investigar por qué se producen las diferencias de salud y cómo se experimentan de manera distinta, posibilita la toma de decisiones sobre políticas encaminadas a lograr mejoras que puedan reducir las inequidades en materia de salud y conducir a una mayor igualdad de género [1, 33, 45].

→ Proceso de consulta

El modelo y el marco propuestos para los indicadores se presentaron a una reunión internacional de expertos, auspiciada por la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural en abril del 2016. Los expertos internacionales provenían de diferentes países de la Región de las Américas y de España y de diversos sectores, incluyendo la sociedad civil, la comunidad académica, dependencias gubernamentales (ministerios de salud, oficinas nacionales de estadística y los CDC) y otros organismos internacionales, como el Banco Mundial. También participaron representantes de áreas técnicas de la OPS: Sistemas y Servicios de Salud, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud e Información y Análisis de Salud. Durante dos días, los participantes examinaron el marco conceptual y los indicadores propuestos para el género y la salud y formularon observaciones. Los resultados de las discusiones han sido incorporados en este documento de trabajo. Además,



el grupo de expertos se comprometió a abogar por el desarrollo y el empleo de determinados indicadores del género y la salud.

En septiembre del 2016, la EGC emitió una encuesta para solicitar a los entrevistados que seleccionaran un conjunto básico de indicadores a partir de los propuestos y que definieran a su vez un conjunto limitado de indicadores clave. El documento y los indicadores básicos y clave seleccionados han sido presentados en varios eventos, como la reunión de la Comisión Técnica de Género y Salud (CTGS) del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) realizada en 2017. La EGC también tiene la intención de desarrollar y difundir un plan de acción para promover la elaboración y la notificación de los indicadores de género y salud.





Sección 6

Fichas técnicas de indicadores clave

Dominio 1. Estado de salud

→ TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES (de 15 a 19 años de edad)

Definición

Cociente entre el número anual de nacimientos vivos en mujeres de 15 a 19 años de edad y la población de mujeres de esa misma edad, en el mismo año, para un determinado territorio, expresado por 1000 nacidos vivos.

• Tasa de fecundidad en adolescentes

$$= \frac{\text{Número anual de nacimientos vivos en mujeres de 15 a 19 años de edad} \times 1000}{\text{Total de mujeres de 15 a 19 años de edad}}$$

Los datos de la población son valores estimados a mitad del año, obtenidos por interpolación lineal de las correspondientes proyecciones quinquenales de población de las Naciones Unidas, que usan la variante media de fecundidad.

Relevancia

La salud reproductiva de las adolescentes es un tema de vital

importancia, especialmente por las consecuencias sociales, económicas y de salud que implica un embarazo no planificado o un aborto. A pesar de que las tasas de fecundidad en las adolescentes han descendido en las últimas décadas, aún es un tema de alta preocupación.

Un embarazo a muy temprana edad constituye uno de los principales riesgos de mortalidad materna y mortalidad infantil. Los embarazos adolescentes son con frecuencia embarazos no deseados que se producen en parejas no establecidas y que generan complicaciones físicas, emocionales y sociales. Las madres adolescentes tienen que enfrentar obstáculos que les impiden continuar con sus estudios y su integración social, factores esenciales para promover su desarrollo saludable. Y, si optan por un aborto, este se practica en la mayoría de los casos sin garantías de seguridad, poniendo en riesgo la salud o la vida de las mujeres.

Las tasas de fecundidad en adolescentes en las Américas, para el 2017, varían en un rango que va de 86,9 para Nicaragua



a 8,2 en Montserrat (OPS/OMS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2017*).

Entre los factores asociados a la reducción de la fecundidad está el uso de anticonceptivos. Sin embargo, según la Encuesta demográfica y de salud (DHS, por sus siglas en inglés) realizada en varios países de América Latina y el Caribe, el grupo con mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar es justamente el grupo de jóvenes entre 15 y 19 años. El porcentaje de mujeres adolescentes en unión que no querían tener hijos o deseaban espaciar sus embarazos, pero que no utilizaban ningún método anticonceptivo, en cinco países con información disponible a partir del 2010, varió entre un 57% en Haití (2012) y un 19% en Honduras (2011-2012) (DHS. STATcompiler. Consultado el 27 de marzo del 2018).

Datos requeridos

- Número de nacimientos vivos y edad de la madre. Población femenina entre 15 y 19 años.

Fuentes de datos

- Estadísticas vitales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Pueblos indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones étnico/raciales
- Niveles de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico

→ MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a diabetes mellitus en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100 000 mujeres. El indicador es el mismo para los hombres.

- **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por diabetes mellitus en las mujeres**

$$\frac{\text{Número de defunciones debidas a diabetes mellitus en mujeres de un grupo de edad} \times 100\,000}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}}$$

- **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por diabetes mellitus en los hombres**

$$\frac{\text{Número de defunciones debidas a diabetes mellitus en hombres de un grupo de edad} \times 100\,000}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}}$$

Las causas de mortalidad por diabetes mellitus corresponden a los códigos E10-E14 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

Relevancia

La diabetes mellitus es una de las principales preocupaciones de salud



pública en la Región. El incremento del sobrepeso, así como los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población contribuyen al riesgo de desarrollar diabetes mellitus; además, la diabetes constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, ocasionar ceguera y causar daños en los riñones y la pérdida de las extremidades inferiores. Muchos casos de diabetes pueden prevenirse mediante una dieta saludable y ejercicio físico. Para reducir las complicaciones es preciso mantener un peso saludable, ingerir una dieta baja en grasa y alta en fibra, dejar de fumar, hacer ejercicio regularmente y mantener bajo control la presión sanguínea alta.

De los 40 países para los cuales se cuenta con información (último año disponible: 2012-2014), 17 presentan mayores tasas de mortalidad estimada por diabetes para mujeres que para hombres, y 14 presentan tasas similares (OPS, Género, salud y desarrollo en las Américas, Indicadores básicos 2016).

El sector salud debe poner especial atención en la prevención de la diabetes y en mejorar la efectividad del cuidado de las personas afectadas, especialmente ante el incremento general de los casos de diabetes previsto en la Región para el año 2025 (NCD-RisC, <http://ncdrisc.org/data-visualisations-diabetes.html>).

Datos requeridos

- Número de muertes por diabetes

- Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población
- Las tasas de mortalidad por diabetes mellitus ajustadas por edad y desglosadas por sexo para los países de la Región, disponibles en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.
- Las proyecciones de la prevalencia de diabetes en 2025, disponibles en NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) en <http://ncdrisc.org/data-visualisations-diabetes.html>.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: de 25 a 49, de 50 a 64, y 65 o más años
- Nivel de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico
- Pertenencia étnica/racial
- Nivel de actividad

→ MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovasculares en mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y territorio determinados, expresado por 100 000 mujeres. El indicador es el mismo para los hombres.



• **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades cerebrovasculares en las mujeres**

Número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovasculares en mujeres de un grupo de edad x 100 000

Total de mujeres en ese grupo de edad

• **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades cerebrovasculares en los hombres**

Número de defunciones debidas a enfermedades cerebrovasculares en hombres de un grupo de edad x 100 000

Total de hombres en ese grupo de edad

Estas causas de mortalidad corresponden a los códigos I60-I69 de la CIE-10.

Relevancia

Entre los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular vinculados en particular al sexo femenino figuran la hipertensión y la obesidad, factores agravados por cambios hormonales posmenopaúsicos y el consumo de anticonceptivos orales durante la edad reproductiva.

Aunque la incidencia de los trastornos cerebrovasculares se eleva considerablemente después de los 45

años de edad, entre las mujeres estas enfermedades comienzan a figurar entre las cinco principales causas de defunción desde los 25 años de edad. La tendencia de las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares más altas para las mujeres ha ido cambiando y actualmente se observa que, en la mayoría de los países, las tasas de mortalidad para los hombres igualan a las de las mujeres o las sobrepasan.

Datos requeridos

- Número de muertes por enfermedades cerebrovasculares, por sexo y grupo de edad.
- Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población.
- Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares ajustadas por edad y desglosadas por sexo, para los países de la Región, disponibles en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: de 35 a 49, de 50 a 64, y 65 o más años
- Nivel de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica, migrantes, desplazados, refugiados
- Nivel de actividad



→ MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

Definición

Cociente entre el número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en las mujeres y el total de mujeres en la población, por grupo de edad, para un año y un territorio determinados, expresado por 100 000 mujeres. El indicador es el mismo para los hombres.

- **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades isquémicas del corazón en las mujeres**

Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en mujeres de un grupo de edad x 100 000

$$\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en mujeres de un grupo de edad} \times 100\,000}{\text{Total de mujeres en ese grupo de edad}}$$

- **Tasa registrada de mortalidad, específica por edad, por enfermedades isquémicas del corazón en los hombres**

Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en hombres de un grupo de edad x 100 000

$$\frac{\text{Número de defunciones debidas a enfermedades isquémicas del corazón en hombres de un grupo de edad} \times 100\,000}{\text{Total de hombres en ese grupo de edad}}$$

Las causas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón corresponden a los códigos I20-I25 de la CIE-10.

Relevancia

En edades jóvenes, las afecciones del corazón son más comunes entre los hombres, pero pasada la edad reproductiva se reducen las diferencias entre mujeres y hombres y se convierten en una causa de mortalidad que amerita una llamada de atención para las mujeres.

En las Américas, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte para los hombres mayores de 45 años, y para las mujeres entre los 50 y 79 años de edad.

Datos requeridos

- Número de muertes por enfermedades isquémicas del corazón, por sexo y grupo de edad.
- Población por sexo y grupo de edad.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales y estimaciones de población.
- Las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón ajustadas por edad y desglosadas por sexo, para los países de la Región, disponibles en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: de 35 a 49, de 50 a 64, y 65 o más años
- Nivel de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico



- Pertenencia étnica/racial
- Nivel de actividad

→ TASA DE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH

Definición

Cociente entre el número de diagnósticos nuevos de infección por el VIH en mujeres, durante un año específico y para un territorio determinado, y el total de mujeres en esa población, expresado por 100 000 mujeres. El indicador es el mismo para los hombres.

- Tasa de diagnóstico del VIH en las mujeres

$$= \frac{\text{Número de nuevos diagnósticos del VIH notificados en mujeres} \times 100\,000}{\text{Número total de mujeres}}$$

- Tasa de diagnóstico del VIH en los hombres

$$= \frac{\text{Número de nuevos diagnósticos del VIH notificados en hombres} \times 100\,000}{\text{Número total de hombres}}$$

Relevancia

Es importante conocer en qué grupos de población se están produciendo más diagnósticos de infección por el VIH. Desde el punto de vista social, la distribución desigual del poder con base en las relaciones de género, y mediado por raza, clase social, edad y ciertas prácticas culturales, impide que muchas

mujeres y hombres se protejan frente a la transmisión sexual del VIH, y los sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad.

Existe una importante vulnerabilidad a la transmisión del VIH en mujeres, debido a características biológicas como la mayor exposición de la mucosa vaginal en el momento de las relaciones sexuales heterosexuales, especialmente en edades jóvenes, así como a limitaciones en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva. Las mujeres también tienen menor capacidad de negociación a la hora de mantener relaciones sexuales de menor riesgo y mayor probabilidad de sufrir discriminación y violencia de género e intrafamiliar.

Datos requeridos

- Número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH, por sexo.
- Población por sexo.

Fuentes de datos

- Sistemas de vigilancia epidemiológica que notifican casos de infección por el VIH.
- El número anual de nuevos diagnósticos de infección por el VIH para los países de la Región, por sexo, disponible en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: menores de 15 años, de 15 a 24, de 25 a 49, y 50 años o más



- Nivel de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados, por identidad de género (hombre, mujer, trans), personas con comportamientos de mayor riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables)
- Vías de transmisión

Comentario

Se podría agregar un indicador sobre la prevalencia de VIH.

→ PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL O UNA PAREJA ANTERIOR DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

Definición operativa del indicador

Número de mujeres de 15 años o más que declaran haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja actual o una pareja anterior durante los doce meses previos a la encuesta, expresado como porcentaje de todas las mujeres de 15 años o más que alguna vez han tenido pareja en un país o territorio.

Violencia contra la mujer

Las Naciones Unidas definen la violencia

contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.¹⁷

Otras definiciones de términos¹⁸

Las encuestas internacionales utilizan diferentes definiciones operativas para medir la violencia. Sin embargo, las siguientes definiciones son las más comunes en la Encuesta demográfica y de salud y el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica:

Violencia física: cualquiera de los siguientes actos: abofetearla, sacudirla, arrojarle objetos, empujarla, torcerle un brazo o jalarle el pelo; golpearla con un puño o con un objeto que podría hacerle daño; patearla, arrastrarla o golpearla; ahorcarla o quemarla (hacerlo o intentarlo); amenazarla o herirla con un cuchillo, un arma de fuego u otro tipo de arma.

Violencia sexual: cualquiera de los siguientes actos: forzarla a tener relaciones sexuales no deseadas, forzarla a realizar otros actos sexuales no deseados, o forzarla a tener relaciones sexuales no deseadas por

¹⁷Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer [A/RES/48/104]. Asamblea General de las Naciones Unidas.

¹⁸Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012) Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de los datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. https://oig.cepal.org/sites/default/files/violenciaespanol_2.4-web_0.pdf.



temor a lo que pudiera hacer el esposo o compañero si ella se negaba.

Pareja: esposo o compañero de convivencia, excepto en aquellos entornos donde las parejas sexuales estables, a largo plazo, y que no viven juntas son comunes y culturalmente relevantes.

Relevancia

La violencia física y sexual constituyen una violación de los derechos humanos. El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública es el resultado de una progresiva comprensión de los daños que la violencia por parte de la pareja íntima y la violencia sexual ocasionan a la salud de las mujeres. La violencia física o sexual tiene múltiples efectos sobre la salud, que van desde la pérdida de la vida hasta las lesiones y discapacidades que dejan heridas físicas y psicológicas, algunas de ellas permanentes.

En un análisis de los datos de 12 países de América Latina y el Caribe con estimaciones nacionales de prevalencia disponibles, se observa que entre el 7,7% y el 25,5% de las mujeres de 15 a 49 años de edad declararon haber sufrido violencia física o sexual por parte de su esposo o compañero en los 12 meses previos a la encuesta; en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad, estos porcentajes se sitúan entre el 9,3% y el 30,2% (Bott et al, 2012).

Datos requeridos

Número de mujeres que declararon haber sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja actual o anterior, en los 12 meses anteriores, medida por una encuesta de mujeres con una muestra poblacional.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares poblacionales sobre la violencia contra las mujeres
- Encuestas de hogares poblacionales que incluyen un apartado sobre la violencia de pareja

Desagregación sugerida

- Tipo de violencia: física, sexual, física y sexual
- Estado civil: actualmente en unión (casada, en unión libre), anteriormente en unión (divorciada, separada o viuda), soltera que nunca vivió con una pareja). Nota: aquellas mujeres que nunca se casaron pero que sí convivieron con una pareja deben ser clasificadas como categoría independiente, a pesar de no representar una categoría legal.
- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupo de edad de las mujeres encuestadas/os: 15-49, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50 a más años
- Nivel de instrucción de las personas encuestadas: de 0 a 3, de 4 a 6, de 7 a 11, y 12 o más años
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados
- Quintil de riqueza
- Por gravedad de la violencia (severa, no severa)



- Empleo de la persona entrevistada (trabajo remunerado o trabajo doméstico no remunerado)

Comentario

Debido a que la violencia de pareja afecta principalmente a las mujeres, las encuestas y los apartados de violencia incluidos se han centrado en las mujeres.

→ ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE A LA EDAD DE 60 AÑOS

Definición¹⁹

La esperanza de vida saludable a los 60 años es el número promedio de años que se espera que un individuo viva en un estado de salud dado si los patrones actuales de mortalidad y estado de salud continúan aplicándose a la edad de 60 años. La esperanza de vida saludable es un término general que hace referencia varios indicadores y se basa en el estado de salud definido por conceptos de salud, morbilidad o discapacidad. Puesto que este indicador se basa en cálculos matemáticos con estimaciones a partir de datos, se puede usar la dependencia para las actividades de la vida diaria como indicador *proxy*.

Por lo general, se pregunta a la persona mayor de 60 años o a su cuidador si es capaz de realizar de

manera independiente diferentes actividades. El índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD). Para estimar el índice, se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades básicas (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orinal). Para conocer la escala de puntuación, haga clic aquí: <http://www.urgentools.com/2016/02/12/indice-de-barthel/>.

- % de personas mayores de 60 años con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

$$\frac{\text{Número de personas mayores de 60 años con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria}}{\text{Número total de la población mayores de 60 años}}$$

Relevancia

El indicador de esperanza de vida saludable proporciona información valiosa sobre el estado general de salud de una población, presentando el número de años que una persona

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud. 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=FC4D4863BC97D66C3AE19FE9ADE8E8E8?sequence=1 y Lara Jaque, Roxana; Pinto Santuber, Cecilia y Espinoza Lavoz, Elena Actividades Básicas de la Vida Diaria en Personas Mayores y Factores Rev Chil Salud Publica 2010;14(2-3):291-310. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/44548370.pdf>.



espera vivir con buena salud cuando ha alcanzado los 60 años de edad.

Este es un indicador ideal que captura tanto la mortalidad como los años de vida con un estado de salud no idóneo, como en el caso de discapacidad (años de vida perdidos por discapacidad). En un contexto de envejecimiento,²⁰ existe una necesidad de conocer este indicador de salud, discapacidad y bienestar.

La OMS ha reportado el indicador de años de vida saludable para los Estados Miembros, basado en el análisis de la carga mundial de morbilidad. En su publicación World Health Statistics 2016, la OMS muestra que los principales problemas de salud que contribuyen a la pérdida de años saludables son las enfermedades musculoesqueléticas, especialmente dolores de espalda y cuello, los problemas de salud mental (depresión y ansiedad) y abuso de sustancias, las enfermedades neurológicas y la pérdida de visión y oído, y las enfermedades cardiovasculares y diabetes. La prevalencia de la mayoría de estas afecciones se incrementa con la edad, al mismo tiempo que incrementa la esperanza de vida y, como resultado, la esperanza de vida saludable aumenta en un ritmo menor.²¹

Este indicador, medido a los 60 años, es de especial interés desde una perspectiva de género, debido a que las

mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer, pero su situación de salud es peor que la de los hombres.

Datos requeridos

- Número de personas mayores de 60 años con dependencia para actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, aseo, transferencias, continencia y deambulaci6n)
- Poblaci6n mayor de 60 a6os

Fuentes de datos

- Encuestas de salud
- Registros administrativos de los servicios y establecimientos de salud
- Registros de Servicios Sociales

Desagregaci6n sugerida

- Zona de residencia; urbana y rural
- Pertenencia 6tnica/racial
- Desagregaci6n por sexo
- Nivel socioecon6mico

→ RAZ6N DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100 000 NACIDOS VIVOS)

Definici6n

Número de defunciones de mujeres, en un a6o y territorio determinados, estando embarazadas o en los 42 d6as siguientes a la terminaci6n del embarazo, independientemente de la duraci6n del embarazo y del lugar, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, su interrupci6n

²⁰ La OMS define el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015).

²¹ Organizaci6n Mundial de la Salud. Chapter 3: Monitoring the Health Goal – Indicators of Overall Progress. En: World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_Chapter3.pdf?ua=1.



o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. El indicador se relaciona con el número de nacidos vivos, expresándose por 100 000 nacidos vivos, en un territorio y año determinados (14). La CIE-10 incluye otros dos tipos de defunciones maternas: las *defunciones maternas tardías*, entre los 42 y 365 días posteriores al parto o al aborto; y las *defunciones relacionadas con el embarazo*, aquellas acaecidas durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, independientemente de la causa.

- **Razón de mortalidad materna**

$$= \frac{\text{Número de muertes maternas} \times 100\,000}{\text{Número total de nacidos vivos}}$$

Las causas de mortalidad relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio corresponden a los códigos 000-099, A34 de la CIE-10 (25).

Relevancia

Este es un indicador significativo de los riesgos de salud reproductiva de las mujeres. La disparidad que muestra este indicador entre los países con diferentes niveles de desarrollo, así como dentro de ellos, significa que la mayoría de estas muertes podrían ser evitadas si tomando medidas preventivas y de cuidado oportunas.

La mortalidad por factores relacionados con complicaciones del embarazo, el

parto y el puerperio en la Región continúa figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva. Esto constituye una evidencia indiscutible de inequidad, dado que dichas muertes son esencialmente prevenibles. Las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para evitarlas. Identificar y corregir cualquier barrera de tipo cultural, económico o geográfico en el acceso a servicios de salud de buena calidad podría reducir sustancialmente el número de defunciones maternas. Estos servicios detectan el riesgo de forma temprana y lo disminuyen mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para evitar los embarazos no deseados.

La dificultad para obtener el número real de mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto y lactancia es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros importantes; a pesar de este subregistro, la mortalidad materna continúa siendo un indicador de desarrollo humano que muestra diferencias significativas entre los países desarrollados y los de menor desarrollo, y mayores razones entre las mujeres de pueblos indígenas. Como causa de defunción, el aborto adolece de un subregistro aún mayor que el de



las demás causas, debido al carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas.

Datos requeridos

- Número de muertes maternas, de muertes maternas tardías y de muertes relacionadas con el embarazo en un período de tiempo específico (usualmente un año).
- Número de nacidos vivos en ese mismo período.

Fuentes de datos

- Registros vitales. Estos pueden complementarse con autopsias verbales o auditorías de mortalidad materna.
- Las razones de mortalidad materna reportadas por los países de la Región están disponibles en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia; urbana y rural
- Grupos de edad: de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 34 y de 35 a 49 años
- Pertenencia étnica/racial
- Causas específicas de mortalidad materna: hemorragia, toxemia, aborto, infecciones, complicaciones por la lactancia y el puerperio y causas maternas indirectas

Comentarios

Por la alta incidencia de abortos sin garantías de seguridad en edades cada vez más tempranas, se sugiere elaborar un indicador complementario sobre

la tasa de mortalidad por aborto sin garantía de seguridad en el tramo de 10 a 49 años de edad.

La metodología para estimar la razón de mortalidad materna reportada por la autoridad sanitaria nacional puede variar de país a país y de período a período, por lo que no se presta a comparaciones internacionales. Para países con un número anual estimado de nacidos vivos inferior a 10 000 no se recomienda el cálculo de la razón de mortalidad materna.

→ AUTO PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL

Este indicador refleja la percepción que tienen las personas sobre su propia salud mental. Este indicador, de carácter cualitativo, es un buen predictor de la salud, riesgos, y del acceso a los servicios de salud que toma en cuenta problemas de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

Este indicador se obtiene de encuestas, donde generalmente se pregunta: "En los últimos doce meses, ¿cómo percibe usted su estado de salud mental?" Se entiende el estado de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad.²²

²² Definición de la Organización Mundial de la Salud.



La respuesta está formulada en escala Likert de 5 puntos: muy buena, buena, regular, mala o muy mala. Si la persona entrevistada responde “muy buena” o “buena” se considera que valora su estado de salud como positivo. Esta pregunta tendría que adaptarse según la edad de las personas y su cultura, ya que las escalas de respuesta dependerán de lo que se pregunte. Existe una amplia experiencia en el uso de este indicador en países europeos.

Dominio 2. Determinantes sociales de la salud

→ NÚMERO PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO SEMANALES (REMUNERADAS Y NO REMUNERADAS)

Definición

El tiempo total de trabajo remunerado y no remunerado comprende todas las actividades realizadas por hombres y mujeres de 15 años o más, con el fin de producir bienes o servicios para el consumo de terceros o el autoconsumo. Es decir, es la suma del tiempo de trabajo remunerado (TR: producción de bienes y prestación de servicios para el mercado) y el tiempo de trabajo no remunerado (TNR: trabajo sin remuneración que se realiza mayoritariamente en la esfera privada). El indicador se expresa en horas semanales y décimas (Observatorio de Igualdad de Género).

• Tiempo total de trabajo

$$= \text{Tiempo de trabajo remunerado} + \text{tiempo de trabajo no remunerado} \text{ (para hombres y mujeres)}$$

• Tiempo de trabajo remunerado

$$= \frac{\text{Horas totales dedicadas a TR}}{\text{Total de personas que declararon haber realizado TR o TNR}}$$

• Tiempo de trabajo no remunerado

$$= \frac{\text{Horas totales dedicadas a TNR}}{\text{Total de personas que declararon haber realizado TR o TNR}}$$

Relevancia

En general, las mujeres dedican más tiempo al trabajo total, considerando tanto trabajo remunerado como no remunerado. Sin embargo, los datos indican que las horas dedicadas a trabajo remunerado son menos para las mujeres. Esto podría deberse a la carga de trabajo reproductivo que recae sobre las mujeres, limitando su disponibilidad de tiempo. Es por ello que las mujeres tienen menos posibilidades de generar mayores ingresos monetarios, de tener acceso a recursos no monetarios y a planes de aseguramiento y jubilación (generalmente vinculados al trabajo en el sector formal de la economía).

El trabajo doméstico no remunerado, principalmente realizado por las mujeres, es considerado como un trabajo natural



de ellas y, justamente por carecer de valoración económica, se ha mantenido en una situación de invisibilidad en el contexto de las acciones referidas a la salud ocupacional y la elaboración del sistema de cuentas nacionales.

Varios compromisos internacionales y nacionales para el logro de la igualdad de género recogen la corresponsabilidad y mejor distribución de las obligaciones domésticas y de cuidado entre hombres y mujeres. Muchos países están avanzando en la medición del tiempo total de trabajo de mujeres y hombres (dato fundamental para explicar la situación de desventaja de las mujeres) mediante la elaboración de la cuenta satélite de trabajo no remunerado con base a los datos de las encuestas de uso del tiempo. También se están desarrollando e implementando iniciativas orientadas a reconocer el trabajo de cuidado, principalmente realizado por las mujeres.

Datos requeridos

- Número de horas que hombres y mujeres de 15 años o más, declaran haber dedicado a TR y TNR.

Fuentes de datos

- Encuestas de uso del tiempo, apartados de uso del tiempo en las encuestas de hogares.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia; urbana y rural
- Grupos de edad: de 15 a 19, de 20 a 34, de 35 a 49, y 50 o más años
- Pertenencia étnica/racial

Comentarios

Un indicador complementario valioso para la salud es el tiempo que hombres y mujeres dedican al cuidado de personas enfermas, con necesidades especiales o mayores, que no pueden valerse por sí mismas. Este indicador tiene especial relevancia por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas asociadas, pero no limitadas, al envejecimiento de la población.

Para el ámbito de la salud resulta fundamental estimar el aporte del trabajo no remunerado al cuidado de la salud. Según la Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México (Base 2008), el TNR en el cuidado de la salud equivale al 80% de la producción de los servicios hospitalarios generales del sector salud. Según dicho informe, las mujeres realizaron el 76% de este trabajo no remunerado de cuidado de la salud.

→ NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO LOGRADO POR PERSONAS ADULTAS (19 O MÁS AÑOS DE EDAD)

Definición

La educación es uno de los determinantes sociales de la salud; el nivel de educación más alto alcanzado repercute en el acceso a recursos y oportunidades.

Los niveles de educación que han alcanzado hombres y mujeres de 19 o más años de edad en un año determinado son:



sin estudios o con preescolar, primaria, secundaria, superior no universitaria, y superior universitaria, que puede incluir posgrado, o bien mantenerse como categoría independiente (INEI, Perú).

• **% mujeres sin estudios o con preescolar de educación**

$$= \frac{\text{Número de mujeres de 19 años o más que alcanzaron este nivel} \times 100}{\text{Total de mujeres de 19 años o más de edad}}$$

El indicador es el mismo para los otros niveles de educación que se definan.

Relevancia

Existe evidencia sobre la relación directa entre la educación de las mujeres y mejores niveles de salud y bienestar de ellas mismas y sus familias. La educación es el medio que impulsa el empoderamiento de las mujeres; sin embargo, se reconoce que todavía existen grandes desafíos en la Región para avanzar hacia una educación sexual integral y la inclusión de una perspectiva de igualdad de género y de derechos humanos en la currícula académica.

Los logros alcanzados por las mujeres en el ámbito de la educación no siempre están relacionados con mejores trabajos

remunerados, ni con el acceso a puestos de toma de decisiones.

Datos requeridos

- Mujeres y hombres de 19 años o más, y su respectivo nivel de educación alcanzado.
- Número de hombres y mujeres de 19 años o más, en un año determinado.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares nacionales

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: de 19 a 34, de 35 a 49, y 50 o más años
- Pertenencia étnica/racial

Comentarios

Una tendencia de este indicador muestra los avances de las mujeres en el tiempo.

→ NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición

Cociente entre el número de mujeres en edad fértil (MEF) en unión, embarazadas o amenorreicas, *a*) cuyo último embarazo no fue deseado o bien lo deseaban más tarde, más *b*) el número de MEF no embarazadas ni amenorreicas que no quieren tener hijos, o *c*) que los desean tener más tarde y que no usan métodos anticonceptivos, con respecto al total de MEF en unión, en un período y territorio determinados, expresado como porcentaje del total de MEF.



- **% MEF con necesidad insatisfecha de planificación familiar**

Número de MEF en unión,
a) cuyo último embarazo
no fue deseado,

b) que no desean tener más hijos,

c) que desean tener hijos más tarde,

$$= \frac{\text{pero no usan anticonceptivos} \times 100}{\text{Número total de MEF en unión}}$$

Relevancia

Este indicador informa sobre la proporción de MEF con necesidad de planificación familiar expresada a través de sus deseos de limitar o espaciar futuros nacimientos pero que no utilizan métodos anticonceptivos. Esta información será muy útil para centrar los esfuerzos en programas que mejoren el acceso de las mujeres a la planificación familiar.

La disponibilidad de métodos de planificación familiar permite a las personas y las parejas ejercer su derecho a determinar libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. Asimismo, la planificación familiar ofrece la posibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales sin temor a un embarazo no planificado. En conclusión, se puede sostener que el uso de métodos anticonceptivos entraña importantes beneficios para la salud de las mujeres.

En materia de políticas, es importante que se consideren estrategias orientadas

a mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar para ofrecer a las mujeres la opción de evitar embarazos no planificados, que muchas veces terminan en abortos sin garantías de seguridad.

Datos requeridos

- Número de MEF en unión, embarazadas y no embarazadas, amenorreicas y no amenorreicas, que expresaron su deseo de quedar embarazadas más adelante, o que no quieren tener más hijos, y no utilizan métodos anticonceptivos.
- Número de MEF en unión.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud
- Encuestas de hogares que incluyen un apartado de salud reproductiva

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Grupos de edad: de 15 a 19, de 20 a 34, y de 35 a 49 años
- Nivel de instrucción: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados

Comentarios

Este indicador excluye a las mujeres embarazadas o amenorreicas que estaban utilizando métodos anticonceptivos, pues en este caso se trataría de una demanda de métodos más efectivos de planificación familiar.



→ NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS QUE SON MADRES, POR GRUPOS DE EDAD

Definición

Número de niñas y adolescentes menores de 15 años que han tenido un hijo, en un período y territorio determinados.

Relevancia

La maternidad en la niñez y adolescencia temprana está asociada a mayores probabilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto y, consecuentemente, contribuye a elevar la mortalidad materna.

El embarazo en estas edades tiene efectos sobre la salud y el desarrollo personal y social, más aún cuando, en un gran porcentaje, son producto de la violencia sexual.

Datos requeridos

- Número de niñas y adolescentes menores de 15 años que han tenido un hijo en el período y territorio en estudio.

Fuentes de datos

- Sistemas de registros vitales

Desagregación sugerida

- Edad de la madre
- Zona de residencia: urbana y rural
- Nivel de instrucción: sin educación, primaria
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población:

pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados

Dominio 3. Desempeño del sistema de salud

→ PORCENTAJE DE MUJERES QUE, ESTANDO ENFERMAS, REPORTARON PROBLEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR FALTA DE DINERO PARA EL TRATAMIENTO

Definición

Este indicador refleja el porcentaje de mujeres entrevistadas, de 15 a 49 años de edad, que declararon que “conseguir dinero para el tratamiento” fue una barrera al acceso a los servicios de salud cuando estuvieron enfermas.

El acceso universal a la salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. El acceso universal a la salud también supone que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a aquellos grupos en situación de vulnerabilidad.

Relevancia

La equidad en salud determina que cada persona debe tener las mismas



oportunidades de lograr su máximo potencial en salud. Para lograr la equidad en salud es necesario que exista equidad en el acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales de acuerdo a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.

Los avances hacia la eliminación del pago directo (entendido como el costo que enfrentan los individuos por obtener servicios de salud) deben coordinarse y lograrse mediante la sustitución progresiva por mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas tales como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales, a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia del sistema de salud.

Datos requeridos

- Número de mujeres entrevistadas de 15 a 49 años que consideran que “conseguir dinero para el tratamiento” fue un factor limitante para acceder a los servicios de salud cuando estuvieron enfermas.

Fuentes de datos

- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia
- Grupos de edad: de 15 a 19, de 20 a 34, y de 35 a 49 años.

- Nivel de educación
- Quintil de riqueza
- Estado conyugal: nunca casada/unida, casada/unida, divorciada, separada o viuda

Referencia

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14).

→ GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

Definición

Gasto promedio del hogar en la salud de mujeres y hombres, en un período y territorio determinados.

Relevancia

El financiamiento para la atención de la salud proviene de fondos del sector público y, en un porcentaje importante, del gasto de bolsillo. Este último, al afectar en mayor medida a las mujeres, se considera como una barrera para el acceso a los servicios de salud, y por lo tanto como una medida regresiva para el logro de la equidad en salud que busca que no exista ningún pago en el punto de entrada a los servicios de salud.

La equidad de género contempla que los aportes para el financiamiento del sistema de atención de la salud deberán corresponder a la capacidad económica de las personas y no a la necesidad o riesgo diferencial por sexo. Este principio no se cumple, pues se ha evidenciado que las mujeres pagan más en sistemas



no solidarios a pesar de tener menor capacidad de pago que los hombres.

La menor capacidad de pago de las mujeres, que en su gran mayoría ocupan posiciones menos reconocidas, de menor productividad, y con menor remuneración en el mercado laboral, no guarda relación con el mayor gasto de bolsillo para ellas. Por otro lado, son las mujeres quienes asumen el mayor costo de atención de la salud resultante de su función reproductiva, contrariamente al principio de equidad que postula socializar este costo de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Datos requeridos

- Gasto de los hogares en salud para hombres y para mujeres.

Fuentes de datos

- Encuestas de ingresos y gastos
- Encuestas de hogares, con apartados de salud que incluyen el nivel de gasto

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Participación en el sector formal e informal del mercado laboral
- Acceso a planes de aseguramiento y jubilación
- Grupos de edad: menores de 15, de 15 a 49, de 50 a 64, y 65 años o más
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados
- Tipos de gasto: consulta, exámenes, medicamentos, otros

→ RECURSOS HUMANOS EN SALUD (PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA, OBSTETRICIA, SALUD ORAL, FARMACÉUTICO) Y EN PUESTOS DE TOMA DE DECISIONES

Definición

Cociente entre el número de mujeres trabajando como médicas, odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, y personal de enfermería (auxiliares y técnicas) de forma remunerada, y el total de personas ocupadas en cada una de estas profesiones, expresado como porcentaje.

- % de personas empleadas como personal médico que son mujeres

$$= \frac{\text{Número de mujeres ocupadas como médicas} \times 100}{\text{Número total de mujeres y hombres ocupados como personal médico}}$$

(El indicador se calcula igual para las odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, y personal de enfermería)

- % de puestos de alto nivel de toma de decisiones ocupados por mujeres

$$= \frac{\text{Número de mujeres en altos puestos de decisión} \times 100}{\text{Número total de personas en dichos puestos}}$$



Relevancia

Las motivaciones de mujeres y hombres en la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones pueden deberse al proceso de socialización que los condiciona diferencialmente y a la afinidad de estas actividades con los estereotipos que definen culturalmente al propio género. Las mujeres tienen una propensión mayoritaria a optar por ocupaciones de servicios, lo cual explica la alta proporción de mujeres en la fuerza laboral de la salud, especialmente dentro del personal de asistencia sanitaria.

Aun así, en el sector salud existen numerosas profesiones y especializaciones, y los niveles de autonomía, decisión y remuneración son diferentes entre mujeres y hombres. Tradicionalmente, en este sector las mujeres han estado menos representadas en aquellas ocupaciones con mayor poder y capacidad de decisión, situación que las pone en desventaja en la definición de prioridades y la asignación de recursos.

En la Región, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores de salud, pero están concentradas en los tramos de menor remuneración, capacidad de decisión y prestigio.

Datos requeridos

- Número de mujeres y hombres que trabajan como médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y personal de enfermería en el sector de la salud.

- Número de mujeres y hombres que ocupan los puestos más altos de toma de decisiones en el sector salud.

Fuentes de datos

- Encuestas de empleo que registran la profesión y el sexo
- Registros administrativos de los servicios y establecimientos de salud
- Registros nacionales de profesionales

→ PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCIÓN PRENATAL APROPIADA (AL MENOS CUATRO VISITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO)

Definición

Cociente entre el número de mujeres que en el último embarazo fueron examinadas por personal de salud capacitado, al menos cuatro veces durante el primer trimestre de embarazo, y el total de mujeres embarazadas, para un período y territorio determinados, expresado como porcentaje.

- % mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el primer trimestre de su último embarazo

$$= \frac{\text{Número de mujeres con más de 4 controles en 1}^{\text{er}} \text{ trimestre de su último embarazo por personal de salud capacitado} \times 100}{\text{Total de mujeres embarazadas}}$$



Relevancia

A partir de los resultados de ciertos estudios realizados por la OMS, se recomienda realizar al menos cuatro controles durante el primer trimestre de embarazo por parte de personal de salud capacitado. Estos controles resultan en mejoras sustanciales en la identificación de complicaciones, lo cual permite evitar muchas muertes maternas.

El cuidado del embarazo mediante controles periódicos es uno de los determinantes asociados a un resultado saludable para madres y niños. El control durante el embarazo, especialmente en los primeros meses, permite identificar signos de complicaciones que requieren cuidados especiales, así como obtener vacunas contra el tétanos y tratamientos contra la malaria y la anemia. También permite conocer y tratar los casos de alto riesgo que se pueden presentar durante el embarazo y el parto.

Este indicador muestra la utilización de servicios de salud para desarrollar una maternidad saludable que beneficia a las madres y a los hijos, previniendo muertes injustas.

Datos requeridos

- Número de mujeres que fueron examinadas al menos cuatro veces por personal de salud capacitado durante el primer trimestre de su último embarazo. Total de mujeres embarazadas.

Fuentes de datos

- Encuestas de hogares con un apartado de salud reproductiva
- Encuestas Demográficas y de Salud

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Edad de la madre: menor de 20, de 20 a 34, y de 35 a 49 años
- Nivel de instrucción de la madre: sin educación y primaria, secundaria y superior
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados

Dominio 4. Gobernanza y desarrollo sostenible

→ TASA BRUTA DE GRADUACIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Definición

Número total de mujeres y de hombres graduados, independientemente de su edad, por niveles de estudios, expresado como porcentaje de la población de edad teórica de ingreso a esos cursos.

- Tasa bruta de graduación primaria en un año escolar definido

$$= \frac{\text{Número de mujeres graduadas de la educación primaria, en un año escolar} \times 100}{\text{Número total de mujeres en edad teórica [oficial] de graduación del último grado de primaria, en el año escolar}}$$



El indicador se calcula igual para los hombres, y para los niveles de educación secundaria y terciaria.

Relevancia

Este indicador muestra el porcentaje de hombres y mujeres que logran completar la educación primaria, secundaria y terciaria. El indicador proporciona información sobre los resultados de rendimiento escolar actuales en función de los años previos de escolarización y de las políticas que norman el ingreso a estos niveles educativos. Asimismo, es un indicador que señala la capacidad del sistema para proporcionar a la población en edad teórica de graduación la posibilidad de completar los niveles de educación.

Este indicador puede ser analizado junto con un indicador sobre la incorporación de las mujeres y los hombres en el mercado laboral, así como con indicadores sobre abandono escolar.

Datos requeridos

- Número de mujeres y hombres graduados en el último grado de educación primaria, secundaria y terciaria; población en edad teórica (edad oficial de graduación en el último grado de los niveles mencionados).

Fuentes de datos

- Registros, encuestas y censos escolares sobre tasas de graduación;

censos o estimaciones de la población en edad teórica (oficial) de graduación en el último grado de los respectivos niveles.

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural
- Nivel socioeconómico
- Grupos específicos de la población: pertenencia étnica/racial, migrantes, desplazados, refugiados

Comentario

Debido a que este cálculo incluye a todos los graduados (independientemente de su edad), la tasa puede superar el 100% debido a la presencia de niños en edades superiores o inferiores a la edad oficial de graduación que ingresan a la escuela primaria de forma temprana o tardía o repiten grados. En algunos países el número de graduados podría estar condicionado a la disponibilidad de plazas en educación secundaria, de manera que se aconseja precaución a la hora de realizar comparaciones internacionales.²³

→ POBLACIÓN CON ACCESO A FUENTES MEJORADAS DE AGUA POTABLE

Definición

Cociente entre la población que tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable (ver comentario) y el total de la población, en un período y territorio determinados, expresado como porcentaje.

²³ Definición disponible en <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-indicators-technical-guidelines-sp.pdf>.



• **% de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable**

$$= \frac{\text{Número de personas con acceso a fuentes mejoradas de agua potable} \times 100}{\text{Población total}}$$

Relevancia

Allí donde el agua para el consumo humano se encuentra en lugares alejados de los hogares, las mujeres son las principales responsables de recolectar la cantidad necesaria para el uso diario del hogar.

Para las mujeres, principales responsables de la salud de los miembros de sus hogares y de las tareas domésticas, el acceso a fuentes mejoradas de agua potable representa uno de los elementos básicos que permite mejorar el estado de salud de las personas y mejorar el control de ciertas enfermedades relacionadas con la calidad del agua. Si se dispone de agua apta para el consumo humano dentro de los hogares, supondrá para las mujeres una disminución del tiempo ocupado en su recolección, lo que puede significar una disminución de la carga de trabajo doméstico.

En la Región de las Américas, en el 2015, si bien el porcentaje de la población urbana con acceso a fuentes mejoradas de agua potable alcanzó el 92%, y el 89% en zonas rurales, las diferencias entre países son grandes; en el área urbana el rango va desde el 65% en Haití y el

85% en la República Dominicana, hasta porcentajes superiores al 98% en casi 30 países y territorios. En el área rural, los países con menor acceso son Haití (48%) y Perú (69%) (OPS, Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2017).

Datos requeridos

- Número de personas que tienen acceso a fuentes mejoradas de agua potable
- Población total

Fuentes de datos

- Censos de vivienda
- Encuestas de hogares que incluyen un apartado sobre las características de los hogares

Desagregación sugerida

- Zona de residencia: urbana y rural (se aplican las definiciones nacionales de zona urbana y rural)

Comentario

En lo relativo a las condiciones ambientales, este indicador se podría complementar con un indicador sobre el porcentaje de hogares con acceso a saneamiento básico y otro sobre los diferentes tipos de combustible utilizados para cocinar, dado que ciertos combustibles afectan a la salud de las mujeres, principales responsables de las tareas domésticas.

Por fuentes mejoradas de agua potable se entiende la disponibilidad de 20 litros de agua por persona y por día, a una



distancia máxima de un kilómetro. Las fuentes mejoradas de agua potable son: conexión domiciliaria, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida y recolección de agua de lluvia. Las fuentes no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada y agua de camión cisterna. El agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en su suministro, no a su calidad.

→ NÚMERO DE PAÍSES QUE CUENTAN CON UN MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN AL ABORTO Y QUE APLICAN EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA OMS

La proporción de embarazos que terminan en aborto aumentó en América Latina y el Caribe entre los años 1990 y 1994, y 2010 y 2014, pasando de un 23% al 32%. Para este último período, cerca de uno de cada cuatro abortos en América Latina y el Caribe fue seguro. La mayoría (60%) de los procedimientos se clasifican como menos seguros. En 2014, los abortos inseguros representaron

al menos el 10% del total de muertes maternas (900 muertes) en América Latina y el Caribe.²⁴ Anualmente, cerca de 760 000 mujeres en la región reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros.²⁵

En cuanto a la normativa legal, el aborto está totalmente prohibido sin excepciones en seis países de la Región.²⁶ Otros nueve lo permiten casi exclusivamente para salvar la vida de la mujer, y solo unos pocos ofrecen excepciones limitadas en casos de violación (Brasil, Chile, México y Panamá) y anomalía fetal grave (Chile, Panamá y casi la mitad de los estados de México).²⁷ Menos del 3% de las mujeres de la región viven en países en los que el aborto es legal en términos amplios; es decir, en países donde está permitido, sin restricciones en los supuestos ni por razones socioeconómicas.²⁸

La OMS definió un estándar de cuidados, basado en evidencias, en el Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro,²⁹ el cual busca facilitar la aplicación de recomendaciones clínicas y proporciona una guía a los responsables de políticas

²⁴ Aborto en América Latina y el Caribe, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>.

²⁵ Singh S y Maddow-Zimet I, Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, BJOG, 2015.

²⁶ Leyes Sobre Aborto en el Mundo – 2007. <https://www.reproductiverights.org/es/document/leyes-sobre-aborto-en-el-mundo-2007>.

²⁷ Guttmacher Institute. Aborto en América Latina y el Caribe, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>.

²⁸ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, World population prospects: the 2015 revision, 2015; y Centro de Derechos Reproductivos, The world's abortion laws 2017, <http://www.worldabortionlaws.com/>.

²⁹ Manual de práctica clínica para un aborto seguro, OMS 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1.

públicas y directores de programas³⁰ para ofrecer atención para un aborto sin riesgos y proteger la salud de las mujeres.

Estos manuales incluyen información acerca de cómo establecer y reforzar los servicios desde un enfoque de derechos humanos, basado en las leyes y políticas nacionales sobre el cuidado de las mujeres que tienen un aborto seguro e integralmente evaluado. El uso de las recomendaciones clínicas debe adaptarse a cada mujer, enfatizando su condición clínica y el método de aborto específico que se utilizará, a la vez que se deberán considerar las preferencias de cada paciente respecto de la atención.³¹

→ PROPORCIÓN DE MUJERES EN LOS PARLAMENTOS NACIONALES Y EL PODER LOCAL

Definición

Cociente entre el total de mujeres parlamentarias, participantes en la cámara baja o única, y el total de hombres y mujeres parlamentarios de la misma cámara, en un período determinado, expresado como porcentaje.

- % de legisladoras que son mujeres

$$= \frac{\text{Total de mujeres parlamentarias (cámara baja o única)} \times 100}{\text{Total de hombres y mujeres parlamentarios en la misma cámara}}$$

Relevancia

Los parlamentos varían considerablemente en su independencia y autoridad. En general, desarrollan tres funciones: diseñan leyes, controlan la gestión del gobierno y representan el electorado.

Datos requeridos

- Número de hombres y de mujeres parlamentarios (cámara baja o única)

Fuentes de datos

- Observatorio de igualdad de Género, CEPAL

Comentario

Los datos están disponibles en los parlamentos nacionales y son actualizados después de las elecciones. Los parlamentos nacionales transmiten sus datos, al menos una vez al año, a la Unión Interparlamentaria (UIP), particularmente cuando el número ha cambiado significativamente. La UIP compila de forma regular series internacionales y agregados regionales y globales, y despliega información mensual, mientras que la División de Estadísticas de las Naciones Unidas despliega información anual, motivo por el cual se pueden producir diferencias en las cifras (tomado del Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL).

³⁰ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud OMS 2012 Segunda edición http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.

³¹ Manual de práctica clínica para un aborto seguro, OMS 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1.



→ PODER LOCAL

En el caso del poder local, el dato requerido es el número de mujeres y hombres que han sido elegidos como alcaldes o autoridades del gobierno local o municipal. Este dato es medido cada vez que existe una elección a nivel de gobierno local o municipal; los títulos de dichas autoridades difieren en los países.

Los datos para este indicador son validados por los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer de los países de las Américas, a partir de los datos oficiales de los organismos electorales, y están disponibles en el Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL.



Referencias

(1) Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*; 2003;57(4):254-258.

(2) Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género. Washington D.C.: OPS; 2005. Disponible en new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf.

(3) Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Women and Health: the key for sustainable development. *The Lancet*; 2015.

(4) Asamblea General de las Naciones Unidas. Sexágésimo noveno período de sesiones. El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta. Informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015. 4 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/files/2015/01/SynthesisReportSPA.pdf>.

(5) Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*; 2015;8:27106.

(6) Haworth-Brockman M, Isfeld H. Better evidence to improve women's health with gender and health statistics: health indicator frameworks. Documento de exposición de conceptos. Organización Mundial de la Salud; 2010.

(7) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra; OMS; 2009. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.

(8) Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep*; 2014;129 (S2): 5-8.

(9) Östlin P, George A, Sen G, Women and Gender Equity Knowledge Network. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Ginebra: OMS; 2008.

(10) Organización Mundial de la Salud. Improving the health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender persons. 2013. EB 133/6.



- (11) Clow B, Pederson A, Haworth-Brockman M, Bernier J. Rising to the Challenge: Sex- and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada. Halifax, NS: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health; 2009.
- (12) Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: a primer for health research. Vancouver: Women's Health Research Network; 2007.
- (13) Institute of Medicine. Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
- (14) Sen G, Östlin P. Gender equity in health: the shifting frontiers of evidence and action. Nueva York: Routledge; 2010.
- (15) Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. Soc Sci Med; 2012;74(11):1675-83.
- (16) de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, de Salazar LM, Serrate PC, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. The Lancet; 2015;385(9975):1343-51.
- (17) Doyal L. Putting gender into health and globalisation debates: new perspectives and old challenges. Glob Health Governance; 2002;23(2):233-50.
- (18) Organización Mundial de la Salud. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Ginebra: OMS; 2009.
- (19) Madrid RL. The rise of ethnic politics in Latin America. Cambridge; Nueva York: Cambridge University Press; 2012.
- (20) Keleher H. Why build a health promotion evidence base about gender? Health Promot Int 2004;19(3):277-9.
- (21) Haworth-Brockman MJ, Isfeld H. Better evidence to improve women's health with gender and health statistics: Health indicator frameworks. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence; 2012.
- (22) Doyal L. What makes women sick: gender and the political economy of health. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1995.

(23) Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.

(24) ONU Mujeres. El progreso hacia los ODM para las mujeres y las niñas. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/mdg-momentum>.

(25) Betthany K, Correa S. Gender, health, and poverty in Latin America. En: Sen G, Ostlin P, editors. Gender equity in health: the shifting frontiers of evidence and action. Nueva York y Londres: Routledge; 2010:126-160.

(26) Johnsson-Latham G. A study on gender equality as a prerequisite for sustainable development. Suecia: The Environment Advisory Council, Ministry of the Environment. 2007.

(27) Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. 2009. Washington, DC: OPS. Disponible en www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf.

(28) Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bull World Health Organ; 2013;91(8):546-546A.

(29) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra; 2009. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.

(30) Organización Mundial de la Salud. Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponible en: www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1.

(31) Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009-2014. Disponible en: iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6036.

(32) Beck T. Using gender-sensitive indicators: a reference manual for government and other stakeholders. The Commonwealth; 1999. Disponible en: <https://doi.org/10.14217/9781848596825-en>.



- (33) Haworth-Brockman M, Isfeld H. Guidelines for gender-based analysis of health data for decision-making. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
- (34) Griggs D, Stafford-Smith M, Gaffney O, Rockström J, Öhman MC, Shyamsundar P, et al. Policy: Sustainable development goals for people and planet. *Nature*; 2013;495(7441):305-7.
- (35) Norström AV, Dannenberg A, McCarney G, Milkoreit M, Diekert F, Engström G, et al. Three necessary conditions for establishing effective Sustainable Development Goals in the Anthropocene. *Ecology and Society*; 2014;19(3):8.
- (36) Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*; 2012;379(9832):2206-11.
- (37) Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre del 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. A/Res/70/1.
- (38) Naciones Unidas. Río+20: UN Conference on Sustainable Development. 2012. Disponible en <http://www.uncsd2012.org/about.html>.
- (39) Hosseinpoor AR, Bergen N, Magar V. Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015. *Bull World Health Organ*; 2015;93(9):591-591A.
- (40) Klugman J. Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un futuro mejor para todos. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/Informes sobre Desarrollo Humano. Disponible en: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf.
- (41) Bradshaw S. Gendered Rights in the Post 2015 Development and Disasters Agendas. *IDS Bulletin*; 2015;46(4):59-65.
- (42) Feldman CH, Darmstadt GL, Kumar V, Ruger JP. Women's political participation and health: a health capability study in rural India. *J Health Polit Policy Law*; 2015;40(1):101-64.
- (43) Sicchia SR, Maclean H. Globalization, poverty and women's health: mapping the connections. *Can J Public Health*; 2006;97(1):69-71.
- (44) Kryzanowski JA, McIntyre L. A holistic model for the selection of environmental assessment indicators to assess the impact of industrialization on indigenous health. *Can J Public Health* 2011;102(2):112-117.

[45] Isfeld HK, Haworth-Brockman M. Guidelines for developing a population based gender and health profile. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009:55.

[46] Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annu Rev Public Health*; 2006;27:29-55.

[47] Naciones Unidas. Sustainable Development Knowledge Platform. 2015. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/>.

[48] Native Women's Association of Canada. Culturally relevant gender based models of reconciliation. Ottawa: NWAC; 2010.

[49] Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in Western developed nations: a cross-country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*; 2013;10(6):2296-35.

[50] Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2012. Panorama general: Igualdad de género y desarrollo. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2011. Disponible en siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Spanish.pdf.

[51] Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2020. 2015. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/>.

[52] Harbers MM, Verschuuren M, de Bruin A. Implementing the European Core Health Indicators (ECHI) in the Netherlands: an overview of data availability. *Arch Public Health*; 2015;73(1):9-014-0058-4.

[53] Lin V, Gruszyn S, Ellickson C, Glover J, Silburn K, Wilson G, et al. Comparative evaluation of indicators for gender equity and health. Ginebra: OMS; 2013.

[54] Sajedinejad S, Majdzadeh R, Vedadhir A, Tabatabaei MG, Mohammad K. Maternal mortality: a cross-sectional study in global health. *Global Health*; 2015;11:4.

[55] Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*; 2013;381(9879):1783-7.

[56] Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? *The Lancet*; 2015;386(9996):928-930.



[57] Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health*; 2008;98(2):221-230.

[58] Ravindran, TKS. Indicators for measuring (mainstreaming of) gender equity in health. Powerpoint presentation (sin fecha). Departamento de Género y Salud de la Mujer, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

[59] Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Quarterly*; 2010; 88(1):4-29.

Otras referencias consultadas

Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *European Journal of Public Health*; 2014;24(3): 399-403.

Beck T. Guide to Gender-Sensitive Indicators. Ottawa: Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional; 2007.

Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*; 2006;27:167-94.

Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population, and Nutrition*; 2003; 21(3):181-92.

Bridge Development. Disponible en <http://www.bridge.ids.ac.uk/>.

Byrne E, Gregory J. Co-constructing local meanings for child health indicators in community-based information systems: The UThukela District Child Survival Project in KwaZulu-Natal. *International Journal of Medical Informatics*; 2007;76(S1): S78-88.

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Comisión de Estadística. Gender statistics. Ginebra: Naciones Unidas; 2011.

Committee on Quality Measures for the Healthy People Leading Health Indicators, Board on Population Health and Health Practice, and Institute of Medicine; 2013.

de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, de Salazar LM, Serrate PC, et al. Social Determinants of Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development: Case Studies from Latin American Countries. *The Lancet*; 2015;385(9975):1343-51.

Díaz-Granados N, McDermott S, Wang F, Posada-Villa J, Saavedra J, Rondon MB, et al. Monitoring Gender Equity in Mental Health in a Low-, Middle-, and High-Income Country in the Americas. *Psychiatric Services*; 2011;62(5):516-24.

Dunn EC, Winning A, Zaika N, Subramanian SV. Does Poor Health Predict Moving, Move Quality, and Desire to Move?: A Study Examining Neighborhood Selection in US Adolescents and Adults. *Health & Place*; 2014;30:154-64.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Participación política de la mujer. CEPAL; 2015. [Consultado el 15 de octubre de 2015]. Disponible en <http://www.cepal.org/es/temas/participacion-politica-de-la-mujer>.

Egglí Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T. Ambulatory Healthcare Information System: A Conceptual Framework. *Health Policy*; 2016;78(1):26-38.

European Union Open Data Portal. She Figures 2013. Disponible en <https://open-data.europa.eu/en/data/dataset/she-figures-2013-gender-in-research-and-innovation>.

Factor R, Kang M. Corruption and Population Health Outcomes: An Analysis of Data from 133 Countries using Structural Equation Modeling. *International Journal of Public Health*; 2015; 60(6):633-41.

Feldman S. Rethinking Development, Sustainability, and Gender Relations. *Cornell Journal of Law and Public Policy*; 2013;22:649.

Foggin PM, Torrance ME, Dorje D, Xuri W, Foggin JM, Torrance J. Assessment of the Health Status and Risk Factors of Kham Tibetan Pastoralists in the Alpine Grasslands of the Tibetan Plateau. *Social Science & Medicine*; 1982; 63(9):2512-532.

Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim HJ, Muraco A, Eroshva EA, Goldsen J, et al. The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual (LGB) Older Adults: The Role of Key Health Indicators and Risk and Protective Factors. *The Gerontologist*; 2013;53(4):664-75.

Goli S, Arokiasamy P. Demographic Transition in India: An Evolutionary Interpretation of Population and Health Trends using 'Change-Point Analysis'. *PLoS One*; 2013;8(10): e76404.

Hambling TP, Weinstein P, Slaney D. A Review of Frameworks for Developing Environmental Health Indicators for Climate Change and Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2011;8(7):2854-75.



Hassanzadeh JA, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of Inequity in Health Care Services Utilization in Markazi Province of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*; 2013;15(5):363-70.

Health Council of Canada. *A Citizen's Guide to Health Indicators: A reference guide for Canadians*. Ottawa: Health Council of Canada; 2011.

Houghton A, English P. An Approach to Developing Local Climate Change Environmental Public Health Indicators, Vulnerability Assessments, and Projections of Future Impacts. *Journal of Environmental and Public Health*; 2014:132057.

Htun M, Piscopo R. *Women in Politics and Policy in Latin America and the Caribbean*: Social Science Research Council; 2014.

Hunter BM, Requejo JH, Pope I, Daelmans B, Murray SF. National Health Policy-Makers' Views on the Clarity and Utility of Countdown to 2015 Country Profiles and Reports: Findings from Two Exploratory Qualitative Studies. *Health Research Policy and Systems*; 2014;12:40.

Institute for Democracy and Electoral Assistance. *Latin America: A Pioneer in Promoting Women's Political Participation*. Press Release; 2014:03-04.

Jaspers L, Colpani V, Chaker L, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, et al. The Global Impact of Non-Communicable Diseases on Households and Impoverishment: A Systematic Review. *European Journal of Epidemiology*; 2015;30(3):163-88.

Kazembe LN. An Additive Regression Model for Investigating the Relationship between Childhood Health and Socio-Economic Status. *Spatial and Spatio-Temporal Epidemiology*; 2013;6:71-84.

Keune H, Ludlow D, van den Hazel P, Randall S, Bartonova A. A Healthy Turn in Urban Climate Change Policies; European City Workshop Proposes Health Indicators as Policy Integrators. *Environmental Health : A Global Access Science Source*; 2011; Suppl 1: S14.

Larson C, Mercer A. Global Health Indicators: An Overview. *CMAJ*. 2004 ;171(10):1199-200.

Lavis JN, Mustard CA, Payne JI, Farrant MS. Work-Related Population Health Indicators. *Revue Canadienne De Sante Publique*; 2001;92(1):72-8.

Malecki KC, Resnick B, Burke TA. Effective Environmental Public Health Surveillance Programs: A Framework for Identifying and Evaluating Data Resources and Indicators. *Journal of Public Health Management and Practice*; 2008;14(6):543-51.

Martin JL, Lowrie R, McConnachie A, McLean G, Mair F, Mercer y SW. Physical Health Indicators in Major Mental Illness: Analysis of QOF Data Across UK General Practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*; 2014;64(627):e649-56.

McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the Economic Consequences for Households of Illness and of Paying for Health Care in Low- and Middle-Income Country Contexts? *Social Science & Medicine*; 1982;62(4):858-65.

Mendez-Luck CA, Bethel JW, Goins RT, Schure MB, McDermott E. Community as a Source of Health in Three racial/ethnic Communities in Oregon: A Qualitative Study. *BMC Public Health*; 2015;15:127.

Mokdad AH, Colson KE, Zúñiga-Brenes P, Ríos-Zertuche D, Palmisano EB, Alfaro-Porras E, et al. Salud Mesoamerica 2015 Initiative: Design, Implementation, and Baseline Findings. *Population Health Metrics*; 2015;13(1): 3.

Murnaghan JH. Health Indicators and Information Systems for the Year 2000. *Annual Review of Public Health*; 1981;2:299-361.

Naciones Unidas. Propuesta del Grupo de Trabajo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: Naciones Unidas; 2014.

Nayar KR. Social Exclusion, Caste & Health: A Review Based on the Social Determinants Framework. *The Indian Journal of Medical Research*; 2007;126(4):355-63.

Onah MN, Govender V. Out-of-Pocket Payments, Health Care Access and Utilisation in South-Eastern Nigeria: A Gender Perspective. *PloS One*; 2014;9(4):e93887.

Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: 20 años. Indicadores Básicos. Washington, D.C.: OPS; 2014.

Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the World's Adolescents: A Synthesis of Internationally Comparable Data. *The Lancet*; 2012;379(9826):1665-75.

Schwindt-Bayer L. Gender Quotas and Women's Political Participation in Latin America: Vanderbilt University. University of Missouri; 2011.

Shaban-Nejad A, Okhmatovskaia A, Izadi MT, Naderi N, Mondor L, Jauvin C, et al. PHIO: A Knowledge Base for Interpretation and Calculation of Public Health Indicators. *Studies in Health Technology and Informatics*; 2013;192:1207.



Sharma A. Health Disparities in Later Life: A Simultaneous Equations Analysis of Utilization. *Journal of Aging and Health*; 2012;24(8):1421-48.

Staveren I. Gender Indicators for Monitoring Trade Agreements. WIDE Briefing Paper; 2017.

Steenkamp MA, Rumbold AR, Kildea S, Bar-Zeev SJ, Kruske S, Dunbar y T, et al. Measuring what Matters in Delivering Services to Remote-Dwelling Indigenous Mothers and Infants in the Northern Territory, Australia. *The Australian Journal of Rural Health*; 2012;20(4):228-37.

Tugwell P, O'Connor A, Andersson N, Mhatre S, Kristjansson E, Jacobsen MJ, et al. Reduction of Inequalities in Health: Assessing Evidence-Based Tools. *International Journal for Equity in Health*; 2006;5:11.

van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Linehan C, Kerr M, Noonan-Walsh P. Developing Health Indicators for People with Intellectual Disabilities. the Method of the Pomona Project. *Journal of Intellectual Disability Research*; 2007;{ 6}: 427-34.

Vega J, Frenz P. Integrating Social Determinants of Health in the Universal Health Coverage Monitoring Framework. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2013;34(6):468-72.

Williams SD, Hansen K, Smithey M, Burnley J, Koplitz M, Koyama K, et al.; Using Social Determinants of Health to Link Health Workforce Diversity, Care Quality and Access, and Health Disparities to Achieve Health Equity in Nursing. *Public Health Reports*. 2014;129(S2): 32-6.

Anexo A | Marcos y modelos examinados en profundidad³²

Australian Institute for Health & Wellness. A set of performance indicators across the health and aged care system, 2008. Disponible en <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset>.

Pan-Canadian Public Health Network. Indicators of health inequalities: A report from the population health promotion expert group and the healthy living issue group for the PCPHN. Ottawa: PCPHN; 2010.

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. Disponible en http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Measuring democratic governance: a framework for selecting pro-poor and gender sensitive indicator; 2012. Disponible en http://www.undp.org/content/rbas/en/home/presentation/events/2012/November/region_al_governance_week/_jcr_content/center/terparsys/download_12/file.res/&Measuring%20Democratic%20&governance_English%20Paper.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, D.C.: OPS; 2004. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3092>.

Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Disponible en <http://www.paho.org/hq/index.php?option=content&view=article&id=11065%3A2015-universal-coverage-latino-América-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&language=es>.

³² Los marcos de indicadores se recuperaron de sitios web realizando búsquedas de indicadores mediante palabras clave como "género" e "indicadores de salud". También se llevó a cabo otra búsqueda de indicadores relacionados con el desarrollo sostenible.



Naciones Unidas. Mujeres, paz y seguridad. Gender, Conflict and the Post; 2015. Development Framework. Disponible en <http://conflict.care2share.wikispaces.net/file/view/Gender+and+Post2015UNIFEM.pdf>.

Naciones Unidas. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Disponible en <http://www.who.int/life-course/publications/gs-indicator-and-monitoring-framework.pdf>.

Comisión de Estadística de las Naciones Unidas. Technical report on the process of development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development agenda. [Documento en preparación].

Naciones Unidas. Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible. Indicators and Framework for Sustainable Development Goals, 2014. [Documento de trabajo]. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/07/140724>.

Banco Mundial. Datos y estadísticas de la igualdad de género del Banco Mundial. [Consultado en febrero del 2017]. Disponible en <http://data.worldbank.org/topic/gender>.

Organización Mundial de la Salud. Monitoring framework for the Post 2015 Health Goals of the SDGs: Targets and Indicators. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en http://unsstats.un.org/unsd/post-2015-actes/eg-indicator-&ts%20and%20Indicators_EG%20no%20redondodel%20marco%20de%20trabajo/docs/Background%20by%20WHO-%20Health%20SDG%20Target-M-Feb2015.pdf.

Anexo B | Marcos y modelos examinados

Australian Institute of Health and Welfare. Disponible en <http://www.aihw.gov.au/health-indicators/>.

Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2012. Panorama general: Igualdad de género y desarrollo. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial; 2012. Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Spanish.pdf>.

Byrne E, Gregory J. Co-Constructing Local Meanings for Child Health Indicators in Community-Based Information Systems: The uThukela District Child Survival Project in KwaZulu-Natal. *International Journal of Medical Informatics*. 2007;76(S1): S78-88.

Comisión de Estadística de las Naciones Unidas. Technical Report by the Bureau of the United Nations Statistical Commission (UNSC) on the process of the development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development agenda. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/6754Technical%20report%20of%20the%20UNSC%20Bureau%20%28final%29.pdf>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Participación política de la mujer. CEPAL; 2015. [Consultado el 15 de octubre de 2015]. Disponible en <http://www.cepal.org/es/temas/participacion-politica-de-la-mujer>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Disponible en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e.

Committee on Quality Measures for the Healthy People Leading Health Indicators, Board on Population Health and Public Health Practice. Institute of Medicine. *Toward Quality Measures for Population Health and the Leading Health Indicators*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2013.

División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Monitoring Framework for the Post-2015 Health Goals of the SDGs: Targets and Indicators. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en http://unstats.un.org/unsd/post-2015/activities/egm-on-indicator-framework/docs/Background%20note%20by%20WHO-%20Health%20SDG%20Targets%20and%20Indicators_EGM-Feb2015.pdf.

Dmytraczenko T, Almeida G. *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf?sequence=2>.



Eggli Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T. Ambulatory Healthcare Information System: A Conceptual Framework. *Health Policy*; 2006; 78(1): 26-38.

Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D. Measuring Population Health: A Review of Indicators. *Annual Review of Public Health*; 2006;27:29-55.

Expert Group Meeting. Indicators to Measure Violence Against Women. United Nations Women Watch; 2007. Disponible en http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/IndicatorsVAW/IndicatorsVAW_EGM_report.pdf.

Factor R, Kang M. Corruption and Population Health Outcomes: An Analysis of Data from 133 Countries using Structural Equation Modeling. *International Journal of Public Health*; 2015;60(6):633-41.

Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim HJ, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, et al. The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual (LGB) Older Adults: The Role of Key Health Indicators and Risk and Protective Factors. *The Gerontologist*; 2013;53(4):664-75.

Hambling T, Weinstein P, Slaney D. A Review of Frameworks for Developing Environmental Health Indicators for Climate Change and Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2011;8(7):2854-75.

Houghton A, English P. An Approach to Developing Local Climate Change Environmental Public Health Indicators, Vulnerability Assessments, and Projections of Future Impacts. *Journal of Environmental and Public Health*; 2014:132057.

Jaspers L, Colpani V, Chaker L, van der Lee SJ, Muka T, Imo S, et al. The Global Impact of Non-Communicable Diseases on Households and Impoverishment: A Systematic Review. *European Journal of Epidemiology*; 2015;30(3):163-88.

Kim D, Saada A. The Social Determinants of Infant Mortality and Birth Outcomes in Western Developed Nations: A Cross-Country Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2013;10(6):2296-335.

Kryzanowski, JA, McIntyre L. A Holistic Model for the Selection of Environmental Assessment Indicators to Assess the Impact of Industrialization on Indigenous Health. *Canadian Journal of Public Health*; 2011;102(2):112-17.

Lavis JN, Mustard CA, Payne JI, Farrant MS. Work-Related Population Health Indicators. *Canadian Journal of Public Health*; 2001;92(1):72-8.

Malecki KC, Resnick B, Burke TA. Effective Environmental Public Health Surveillance Programs: A Framework for Identifying and Evaluating Data Resources and Indicators. *Journal of Public Health Management and Practice*; 2018;14(6):543-51.

Mokdad AH, Colson KE, Zuniga-Brenes P, Rios-Zertuche D, Palmisano EB, Alfaro-Porras E, et al. Salud Mesoamérica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Population Health Metrics*; 2015;13(1):3.

Murnaghan JH, Health Indicators and Information Systems for the Year 2000. *Annual Review of Public Health*; 1981;2:299-361.

Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Measuring Democratic Governance. A framework for selecting pro-poor and gender sensitive indicators; 2016. Disponible en http://www.undp.org/content/rbas/en/home/presscenter/events/2012/November/regional_governance_week/_jcr_content/centerparsys/download_12/file.res/Measuring%20Democratic%20Governance_English%20Paper.pdf.

Naciones Unidas. Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible. Indicators and Framework for Sustainable Development Goals, 2014. [Documento de trabajo]. Disponible en <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/07/140724>.

Naciones Unidas. Propuesta del Grupo de Trabajo Abierto sobre los objetivos de desarrollo sostenible. Ginebra: Naciones Unidas; 2014.

Native Women's Association of Canada. Culturally Relevant Gender Based Models of Reconciliation. Ottawa: NWAC; 2010.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2020. [Consultado el 13 de agosto de 2015]. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/>.

Organización Mundial de la Salud. Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. Ginebra: OMS; 2009.

Organización Mundial de la Salud. Cada Mujer, Cada Niño Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Ginebra: OMS; 2016. Disponible en <http://www.who.int/life-course/publications/gi-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en



http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, D.C.: OPS; 2004. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3092>.

Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: 20 años. Indicadores Básicos. Washington., D.C: OPS; 2014.

Pan-Canadian Public Health Network. Indicators of Health Inequalities; 2010. Disponible en <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihl-idps/pdf/Indicators-of-Health-Inequalities-Report-PHPEG-Feb-2010-EN.pdf>.

Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, et al. Health of the World's Adolescents: A Synthesis of Internationally Comparable Data. *The Lancet*; 2012;379(9826):1665-75.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos. UNDP; 2011. Disponible en hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf.

Steenkamp MA, Rumbold R, Kildea S, Bar-Zeev SJ, Kruske S, Dunbar T, et al. Measuring what Matters in Delivering Services to Remote-Dwelling Indigenous Mothers and Infants in the Northern Territory, Australia. *The Australian Journal of Rural Health*; 2012;20(4):228-37.

van Schroyen Lantman-de Valk H, Linehan C, Kerr M, Noonan-Wals P. Developing Health Indicators for People with Intellectual Disabilities. the Method of the Pomona Project. *Journal of Intellectual Disability Research*; 2007;51(6):427-34.

Vega J, Frenz P. Integrating Social Determinants of Health in the Universal Health Coverage Monitoring Framework. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;34(6):468-72.

Williams SD, Hansen K, Smithey M, Burnley J, Koplitz M, Koyama K, et al. Using Social Determinants of Health to Link Health Workforce Diversity, Care Quality and Access, and Health Disparities to Achieve Health Equity in Nursing. *Public Health Reports*; 2014;129(S2):32-6.

Anexo C | Indicadores básicos seleccionados

Las fichas técnicas de los indicadores seleccionados se encuentran en la Sección 6.

Dominio 1. Estado de salud			
N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
1	Tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años de edad)	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 7.44 b) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (Autonomía Física) División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
2	Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles seleccionadas (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón)	✓	<ul style="list-style-type: none"> Declaración política de la Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (A/66/L.1) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Objetivo de Desarrollo Sostenible 3
3	Tasa de diagnóstico de infección por el VIH	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 8.29 a) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Objetivo de Desarrollo Sostenible 3
4	Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja actual o una pareja anterior, durante los últimos doce meses	✓	<ul style="list-style-type: none"> Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (Autonomía Física) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo D.1, D.2) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
5	Esperanza de vida saludable a la edad de 60 años	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 8.3 b) División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género



Dominio 1. Estado de salud

N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
6	Razón de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos)	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 8.20 a y 7.14 b) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.1) Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (Autonomía Física) División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
7	Población refugiada o migrante (si es relevante) por país o territorio de origen		
8	Autopercepción del estado de salud		
9	Autopercepción del estado de salud mental	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.1) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente
10	Prevalencia de obesidad y sobrepeso		
11	Mortalidad por suicidio		

Dominio 2. Determinantes sociales de la salud

N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
1	Población de 15 o más años de edad con ingresos propios		
2	Número promedio de horas de trabajo semanales (remuneradas y no remuneradas)	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivos F.1, H.3) Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (autonomía económica) División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
3	Nivel de educación más alto logrado por personas adultas (19 o más años de edad)	✓	
4	Necesidad insatisfecha de planificación familiar	✓	<ul style="list-style-type: none"> Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (autonomía física)
5	Niñas y adolescentes menores de 15 años que son madres, por grupo de edad	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Objetivo 7.44)

Dominio 2. Determinantes sociales de la salud

N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
6	Ingreso salarial de las mujeres como porcentaje del de los hombres		
7	Número de horas promedio de trabajo de cuidado de la salud no remunerado, por sexo y tipo de actividades		
8	Empleo decente (no precario, estacional o informal) comparado con el empleo total		

Dominio 3. Desempeño del sistema de salud

N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
1	Mujeres y hombres sin acceso a servicios de salud sexual y reproductiva		<ul style="list-style-type: none"> • CEDAW (art.12) • Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 7.5 a) • Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.1) • Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente • Objetivo de Desarrollo Sostenible 3
2	Porcentaje de mujeres que, estando enfermas, reportaron problemas de acceso a los servicios de salud por falta de dinero para el tratamiento.	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente
3	Gasto de bolsillo en salud	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.5)
4	Recursos humanos en salud (personal médico, enfermería, obstetricia, salud oral, farmacéutico) y en puestos de toma de decisiones	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.2, C.4)
5	Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal apropiada (al menos cuatro visitas en el primer trimestre de embarazo)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
6	Servicios de salud mental en la comunidad por cada 1000 personas (o tratamiento por enfermedad grave)		
7	Violencia obstétrica: intervenciones inapropiadas, incluyendo abuso verbal y mental a mujeres durante el cuidado perinatal		
8	Gasto en salud pública como porcentaje del total de gastos en salud		



Dominio 4. Gobernanza y desarrollo sostenible

N.º	Indicadores básicos	Indicador clave (Sí/No)	Convenciones y conferencias internacionales
1	Currículo para educación sexual integrado en los sistemas escolares		
2	Tasa bruta de graduación primaria, secundaria y terciaria	✓	
3	Población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.1)
4	Número de países que cuentan con un marco legal para la atención al aborto y que aplican el protocolo de atención de la OMS	✓	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (objetivo 7.44) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo C.1)
5	Proporción de mujeres en los parlamentos nacionales y el poder local	✓	<ul style="list-style-type: none"> CEDAW (art.8) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Objetivo G1) Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (Autonomía en la toma de decisiones) División de Estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Estadísticas de Género
6	Cuidados de niños a tiempo completo y parcial para niños de 0 a 5 años de edad y porcentaje de niños en esas edades que tienen un cuidado regular		
7	Proporción de hogares con calidad de aire pobre (usan combustibles para cocinar o calentar)		
8	Derechos a la tierra, medidos por a) derecho a la tierra documentado, y b) sentimiento de seguridad frente a la expropiación arbitraria de su tierra		

Con vistas al seguimiento y la evaluación de los avances hacia la igualdad de género en la salud es preciso que las estrategias, los programas y los planes de acción se apoyen en indicadores definidos y apropiados. Para ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su compromiso continuo con la igualdad de género y la reducción de las inequidades relacionadas con él, presenta este marco conceptual e indicadores dirigidos a monitorear la igualdad de género en la salud en la Región de las Américas.

Los indicadores —consensuados con personas expertas de la Región y de fuera de ella— se organizan en cuatro dimensiones y tienen plena congruencia con la Política de Igualdad de Género de la OPS, la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, entre otros. Es esencial conocer cómo se agiliza lo conceptual con lo práctico con miras a facilitar el avance de los países hacia el desarrollo y el seguimiento de las desigualdades y las inequidades de género en la salud, de forma que se fomente el conocimiento y la evidencia para la acción.

“Se debe hacer una distinción entre el carácter biológico y fisiológico del sexo y los roles y las responsabilidades en la sociedad impuestos y adoptados conforme a las creencias acerca del género”, afirma el documento. Está dirigido al personal de los ministerios de salud, los mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer y la igualdad de género, las oficinas de planificación, el ámbito académico, el personal de la OPS y otros agentes interesados.



525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

ISBN 978 92 75 321584

