



*Transversalización
de género en salud:
**avances y
desafíos**
en la Región
de las Américas*

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

*Transversalización
de género en salud:
avances y
desafíos
en la Región
de las Américas*

OPS



Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas

ISBN: 978-92-75-32161-4

eISBN: 978-92-75-32162-1

Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud
525 23rd ST, NW, Washington DC, 20037-2895

© 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. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de 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.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	vii
Lista de siglas	viii
Resumen	ix
Introducción	1
A. Objetivo del documento	1
B. Metodología	2
C. Contenidos	3
Capítulo 1. Transversalización de género en salud: definiciones y marcos normativos globales y regionales	4
1.1. La transversalización de género: definiciones sobre la estrategia para lograr la igualdad de género	4
1.2. TG en salud: claves de análisis dentro de otros mandatos internacionales y regionales	9
1.2.1. Mandatos de la OPS y la OMS sobre la igualdad de género en salud	10
1.2.2. Cuarenta años de la Agenda Regional de Género. Otros marcos normativos regionales para la IG y el empoderamiento de las mujeres en salud	15
1.2.3. Hacia la Agenda 2030 en IGS: marcos normativos globales para el desarrollo en el marco de compromisos regionales	17
Capítulo 2. La estrategia de TG en salud: avances y deudas pendientes en la Región de las Américas	18
2.1. TG institucional en el sector salud de las Américas	19
2.1.1. Marco normativo y políticas nacionales para la TG institucional	19
2.1.1.1. Políticas y planes de TG específicos del sector salud	23
2.1.2. Recursos humanos y financieros	25
2.1.3. Generación de capacidades para la TG en salud	27
2.1.4. Análisis de género	29
2.1.5. Sistemas de información	30
2.1.6. Monitoreo y evaluación	31
2.1.7. Rendición de cuentas	33
2.1.8. Políticas de no causar daño	34
2.1.9. Experiencias referidas a la TGS en la Región	34
2.2. TG operacional o focalizada: temas clásicos, emergentes y detección de buenas prácticas	37
2.3. Evaluaciones de la TG en el debate académico internacional actual	38

Capítulo 3. Conclusiones y recomendaciones	45
3.1. Satisfacer los requisitos mínimos para el desarrollo de la TG institucional y programática	45
3.2. Acordar la definición operativa de la estrategia de TG en salud	48
3.3. Priorizar políticas de TGS que busquen transformar los nudos estructurales que impiden el avance hacia la IG	48
3.4. Optimizar las oportunidades de la Región para generar estrategias a nivel regional y subregional que permitan avanzar hacia la IGS	49
3.5. Incentivar la documentación de políticas basadas en resultados que permita detectar las mejores estrategias	51
Referencias	52
Anexo 1. Revisión sistemática de la evidencia: resultados de la estrategia de TG sobre la igualdad de género en salud	73
Anexo 2. TG operativa en temas clásicos de la agenda de género y salud	77
Anexo 3. TG operativa en temas emergentes de la agenda de género y salud	81
Anexo 4. Experiencias de integración de la perspectiva de género en salud	84

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por Eugenia Tarzibachi, Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología, especializada en estudios de género y salud. La coordinación técnica del documento estuvo a cargo de Lilia Jara y Catharina Cuellar, bajo la dirección general de Anna Coates. Se agradecen enormemente los valiosos aportes que ayudaron a consolidar el presente documento, la colaboración de las personas expertas en género y salud entrevistadas, y la generosa contribución del Departamento de Asuntos Globales de Canadá (GAC).

Lista de siglas

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
IG	igualdad de género
IGS	igualdad de género en salud
ITS	infecciones de transmisión sexual
LGBT	lesbianas, gais, bisexuales y trans
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MM	mortalidad materna
SSR	salud sexual y reproductiva
TG	transversalización de género
TGS	transversalización de género en salud
VBG	violencia basada en el género
VPI	violencia infligida por la pareja íntima
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen

El presente documento muestra los avances de la transversalización de género (en adelante, TG) en el sector salud de la Región de las Américas. Partiendo de una revisión de los resultados documentados por parte de la OPS, publicaciones científicas y en las consultas a expertos en el campo de género y salud, este documento analítico delimita el estado de avance e identifica los desafíos pendientes para lograr acelerar el progreso hacia la igualdad de género en salud en la Región.

El primer capítulo reseña los mandatos globales y regionales que establecen los compromisos asumidos por los Estados Miembros en lo referido a la igualdad de género en el ámbito de la salud. En el segundo capítulo se revisa, con base en los resultados, el estado de avance de la estrategia de transversalización de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud de los Estados Miembros. En el tercer y último capítulo se exponen las conclusiones y se identifican los desafíos persistentes, así como las oportunidades para acelerar el avance hacia la igualdad de género en salud en la Región de las Américas.

Entre los principales resultados, se reconoce que es necesario contar con

programas basados en resultados en el marco de los “procesos institucionales básicos para la TG” (TG institucional). La aplicación de la estrategia de TG, en solidaridad con la estrategia de empoderamiento de las mujeres, demanda un esfuerzo proactivo, atento y experto, recursos económicos y humanos, así como un compromiso político sostenido en el tiempo. El punto de partida de este documento son los requisitos institucionales básicos para la TG en las políticas y programas definidos por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC):

1. Política de TG
2. Presupuesto destinado a la TG
3. Generación de capacidades en TG
4. Datos desagregados, como mínimo, por sexo y edad
5. Integración del análisis de género en todo el proceso de programación
6. Monitoreo y evaluación
7. Rendición de cuentas

Por último, un requisito institucional no incluido en la lista definida por las Naciones Unidas es el principio de “no causar daño”, que destaca la importancia de considerar estrategias de mitigación de daños ante políticas o programas que transformen las desigualdades de género. Este principio

es necesario porque las relaciones de género expresan relaciones de poder, y por lo tanto, de conflicto cuando el orden que las regula se altera. No se detectó documentación de desarrollo de este requisito.

El análisis de los avances en cada uno de los requisitos institucionales básicos para la TG definidos por las Naciones Unidas muestra que el mayor avance se produjo en la creación de planes nacionales de igualdad de género y salud. Se registraron avances crecientes en la incorporación declarativa de una perspectiva interseccional para la superación de la desigualdad de género; sin embargo, el abordaje de salud que predomina en las políticas de género es el de salud sexual y reproductiva. Este mismo patrón pudo observarse en la prevalencia de ciertos temas de salud en el marco de la TG operacional o focalizada. Las políticas de género que concentraron mayor desarrollo hasta el momento ocupan tres grandes temas de salud: salud sexual y reproductiva, violencia contra las mujeres e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida. Sin embargo, existen otros temas importantes de la agenda de género y salud que deben desarrollarse en mayor profundidad, como la salud de

los hombres y las masculinidades; la salud de las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans (LGBT); el consumo problemático de sustancias tóxicas y el género; y la salud mental y el género, entre otros.

A pesar de estos avances en la adopción de una política explícita sobre la igualdad de género, no es suficiente para una implementación consecuente y efectiva en diferentes países. La voluntad política y el compromiso sostenido por parte de los más altos niveles de decisión del Estado son elementos fundamentales para el éxito en la implementación, puesto que los cambios de gobierno suelen afectar a la continuidad de las políticas.

Este es uno de los desafíos continuos en América Latina y el Caribe. El empuje de las políticas suele quedar a cargo de voluntades individuales responsables de los pocos avances que se han registrado en la TGS y la implementación de estos planes suele quedar a cargo de los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, con distribuciones de responsabilidades y partidas presupuestarias difusas entre los sectores del Estado. Es imprescindible transformar las políticas de un gobierno en particular en políticas públicas de

género en salud, así como desarrollar el resto de los requisitos institucionales para la TG.

El estudio de los recursos humanos y económicos para la TGS concluye que son muy limitados; en particular, se encontró que el presupuesto para la promoción de la igualdad de género en salud suele depender de subvenciones o presupuestos extraordinarios, que son insuficientes para sostener los avances. Así como no existen políticas o programas neutrales a la dimensión de género, tampoco existen presupuestos públicos neutrales en materia de género. Por lo tanto, una política de igualdad de género efectiva requiere de la asignación y el aseguramiento de recursos públicos, económicos y humanos. El fracaso a la hora de reconocer la contribución de la economía del cuidado en los debates sobre las reformas de salud se señala como un aspecto crucial. En lo que se refiere al capital humano en salud, se analiza la feminización de los recursos humanos del sector y se identifican profundas brechas de género que atraviesan el trabajo en salud en países de la Región.

La falta de capacidades para la TGS se vio reflejada en una mayor demanda por parte de los países de la Región

de apoyo técnico en el área de género y salud, así como en áreas temáticas emergentes como las priorizadas por la OPS (LGBT, masculinidades, y mecanismos específicos de integración de la perspectiva de género en el análisis de datos, el monitoreo y la evaluación, y en estrategias de incidencia política).

No se encontraron publicaciones que documenten la institucionalización del análisis de género en salud en países de América Latina y el Caribe mediante alguno de los modelos reconocidos mundialmente. Sin embargo, cabe destacar que Canadá institucionalizó un modelo de análisis denominado Gender-based Analysis Plus (GBA+).

La desagregación de datos por sexo no es suficiente para analizar las desigualdades de género en salud, y por lo tanto, es imprescindible continuar trabajando por el desglose de datos por sexo y otras variables de los determinantes sociales. Es crucial mejorar los sistemas de información de los países de la Región, garantizar su comparabilidad y ampliar el desglose de datos para abarcar más variables aparte del sexo y la edad.

Resulta destacable la ausencia de acciones de monitoreo y evaluación en las políticas

de TGS. Tanto el monitoreo y la evaluación como la sistematización de acciones desde un enfoque basado en resultados se evidenciaron como prioritarios. Asimismo, se destaca la importancia de incorporar información cualitativa además de indicadores cuantitativos al análisis de género, el monitoreo y la evaluación, puesto que permite retratar mejor el impacto de las relaciones de género en la salud y el bienestar.

Un requisito fundamental de la TG institucional es contar con mecanismos de rendición de cuentas claros, que integran a aquellas organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la igualdad de género. Se documenta la necesidad de fortalecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil (movimientos sociales de mujeres y grupos diversos que aboguen por la equidad en salud) en las políticas orientadas a la igualdad de género. Esto incluye colaborar en su financiación y propiciar su participación en todo el proceso de programación, incluidos el diseño y la vigilancia de la continuidad de las políticas.

Además del análisis de los requisitos para la TG institucional, el documento presenta otras conclusiones importantes,

entre ellas: la necesidad de hacer énfasis en la distinción entre sexo y género, y de definiciones claras sobre la perspectiva de género adoptada; y la necesidad de un enfoque más sofisticado y matizado para comprender las desigualdades de género en salud, compuesto por planes nuevos o planes ya existentes actualizados para lograr la igualdad manteniendo y respetando la diversidad, incorporando a los hombres, y reconfigurando la masculinidad hegemónica en las políticas dirigidas a transformar dichas desigualdades.

Por último, se destacan algunos aspectos que requieren una respuesta estratégica en el marco de la Agenda 2030: *a)* los desafíos que producen las coyunturas políticas neoconservadoras que atentan muy especialmente contra la profundización de la autonomía de las mujeres, *b)* tendencias demográficas como el envejecimiento poblacional y el aumento de la fecundidad en niñas, *c)* el impacto diferencial del cambio climático sobre hombres y mujeres, especialmente en el Caribe, y *d)* desafíos estructurales que deben resolverse para que la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal) no reproduzca inequidades de género.

Introducción

A. Objetivo del documento

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, compuesta por diecisiete objetivos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijaron una nueva hoja de ruta hacia la sostenibilidad social, económica y ambiental en miras a la construcción de sociedades más inclusivas y justas. Estos objetivos y las metas asociadas a cada uno de ellos —señalados como integrales e indivisibles— son centrales porque constituyen una herramienta de planificación y seguimiento a nivel nacional y local, a través de la disposición de políticas públicas e instrumentos de presupuesto, monitoreo y evaluación (CEPAL, 2017a).

La Agenda 2030 prioriza la construcción de una salud sostenible y universal y, para ello, las respuestas ante las inequidades de género en el ámbito de la salud deben ocupar un lugar central.

En este sentido, la lectura integrada de los ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), ODS 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), ODS 10 (reducir la desigualdad en los países y entre ellos) y ODS 17 (fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible) interpela a los Estados nacionales a cumplir metas sinérgicas clave.

La vinculación de los ODS con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (OPS, resolución CD53.R14, 2014) representa una oportunidad para acelerar los avances de los Estados Miembros hacia la IGS en el marco de la Política de igualdad de género de la OPS/OMS para la Región de las Américas. El propósito de dicha política es concretar el ejercicio del derecho a la salud, y la estrategia internacionalmente acordada por ECOSOC (1997) para lograrlo es la transversalización de género.

A pesar de los avances en la TGS en la Región de las Américas, aún persisten profundas desigualdades de género que afectan al bienestar biológico, psicológico y social de mujeres y hombres, especialmente de aquellos en situación de mayor vulnerabilidad. En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y del Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la OPS/OMS (CD54/INF/2, 2015), resulta imprescindible diseñar una visión y un abordaje estratégicos para avanzar hacia la igualdad de género en el ámbito de la salud.

La OPS, pionera en el abordaje de la igualdad de género desde los aspectos multifacéticos que atraviesan la salud, se propone continuar apoyando las agendas de desarrollo de los Estados Miembros con recursos críticos que permitan mejorar y acelerar los avances hacia la garantía del derecho a la salud de todas las personas. Con ese propósito, la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural de la OPS tiene

dos objetivos centrales: 1) consolidar una visión estratégica, desde una perspectiva interseccional y de respeto por los derechos humanos, que catalice respuestas efectivas para acelerar los avances hacia el cumplimiento de la Agenda 2030 en lo referido a la IGS en la Región de las Américas; y 2) documentar la situación de la TGS en la Región. Para ello, se revisaron resultados documentados por la OPS, publicaciones científicas y consultas a expertos en el campo de género y salud. A partir de la evidencia, este documento analítico delimita el estado de avance e identifica los desafíos pendientes para lograr acelerar el progreso hacia la IGS en la Región.

B. Metodología

Para la elaboración de este documento se utilizó un método de análisis cualitativo con instrumentos de recolección de información combinados. En primer lugar, se realizó una revisión sistemática de los resultados obtenidos por la integración de la perspectiva de género en las políticas,

programas y proyectos de salud dirigidos a la población general en los 47 países que componen la Región de las Américas. Dicha revisión fue guiada por un protocolo (ver anexo 1) que identificaba la estrategia de búsqueda, incluyendo los términos de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión. En segundo lugar, se realizaron entrevistas semiestructuradas a expertos en género y salud. El contenido de las entrevistas se analizó de forma cualitativa.

C. Contenidos

El primer capítulo reseña los mandatos globales y regionales que establecen los

compromisos asumidos por los Estados Miembros en lo referido a la igualdad de género en el ámbito de la salud.

En el segundo capítulo se revisa, con base en los resultados, el estado de avance de la estrategia de transversalización de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud de los Estados Miembros.

En el tercer y último capítulo se exponen las conclusiones y se identifican los desafíos persistentes, así como las oportunidades para acelerar el avance hacia la igualdad de género en salud en la Región de las Américas.



CAPÍTULO 1

Transversalización de género en salud: definiciones y marcos normativos globales y regionales

1.1. La transversalización de género: definiciones sobre la estrategia para lograr la igualdad de género

La igualdad de género es el objetivo y la estrategia para lograrlo es la transversalización de la perspectiva de género.

La IG es el objetivo establecido por una serie de mandatos internacionales aplicables en el ámbito de la salud y reflejados en los compromisos nacionales asumidos por los Estados Miembros. A continuación se expone un análisis histórico de los acuerdos generales que establecen el marco, informan y guían la estrategia.

La transversalización de género procede del término inglés *gender mainstreaming*, que representa lo opuesto a la especialización en cuestiones de género o *gender sidestreaming*. El término transversalización aparece en la década de 1990, para enfatizar la importancia de situar el género como un aspecto central, y no una cuestión destinada únicamente a integrarse en aquellas instituciones que trabajasen con mujeres (Charlesworth, 2005).

En el contexto institucional, la transversalización de la perspectiva de

género fue introducida por la agenda de desarrollo (Charlesworth, 2005) como parte de una transición desde la perspectiva de mujeres en desarrollo (MED) a la de género en desarrollo (GED). El enfoque de desarrollo MED consideraba a las mujeres como un grupo particular a integrar en las estructuras de desarrollo existentes, sin cuestionar los sesgos de género de esas estructuras; sin embargo, el enfoque GED abordó dichos sesgos y se concentró en el impacto que tenían las relaciones desiguales entre hombres y mujeres en las políticas de desarrollo. El enfoque GED proporcionó el marco para la estrategia de TG, que supuso cambios clave para alcanzar la igualdad de género. Uno de los cambios clave fue pasar de considerar aspectos cuantitativos de participación de las mujeres a aspectos transformadores de las relaciones de poder, acceso a recursos y toma de decisiones entre hombres y mujeres.

“Un elemento clave que debe integrar la estrategia de transversalización es un cambio de aspectos cuantitativos de la participación de las mujeres a aspectos más transformadores —considerar las percepciones tanto de las mujeres como de los hombres en el proceso de desarrollo en sí—, en lugar de simplemente tratar de

integrar a las mujeres en el desarrollo de agendas existentes que fueron formuladas por otros. Esto requiere un cambio adicional, de centrarse en mujeres en sí mismos —sus contribuciones y el impacto de intervenciones específicas en ellas— a un enfoque en el desarrollo de intervenciones que revelan los sesgos de género inherentes a dichas intervenciones (Hannan, 2000:7)”.

Se consideró que cambiando las prácticas de desarrollo se prevendrían las desigualdades entre hombres y mujeres. Desde el enfoque GED se cambiarían no solo las condiciones de vida (situación material) de las mujeres sino también su posición social (valoración social, prestigio, autoridad y poder de las mujeres en relación con los hombres). En este contexto, la TG fue presentada como un mecanismo para ampliar el concepto de desarrollo en respuesta a la vida de las mujeres, y rápidamente tomó un sentido más amplio que trascendió la esfera del desarrollo (Charlesworth, Opt. cit.: 3, traducción propia).

El concepto de TG fue esbozado inicialmente en un documento posterior a la tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi, 1985)¹, en el cual se menciona como estrategia “la efectiva participación de las mujeres en el desarrollo mediante su integración en la formulación e implementación de

programas y proyectos transversales”.

El concepto de transversalización de género adquirió notoriedad pública diez años más tarde, gracias a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el resultado de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en 1995. Este documento definió la integración de la perspectiva de género en todas las políticas y programas como el mecanismo para remediar la posición desigual de las mujeres (respecto de los hombres) en doce áreas críticas que incluían la salud, la educación, conflictos armados, la economía, la toma de decisiones, los derechos humanos y como víctimas de violencia.

La TG tiene una presencia contundente en el programa, y la definición anterior se reitera en los párrafos 79, 105, 123, 141, 164, 189 y 229: “[...] los gobiernos y otros agentes sociales deberían promover una política activa y visible de integración de una perspectiva de género en todas las políticas y programas, a fin de que se analicen, antes de adoptar decisiones, sus posibles efectos en las mujeres y los hombres”. La definición operativa describe la integración de una perspectiva de género como política visible y activa de los gobiernos, cuyo objetivo es garantizar la igualdad de género mediante el análisis respecto al impacto de todas sus políticas y programas.

¹ Estrategias prospectivas de aplicación para el avance de la mujer para el período hasta el año 2000, y medidas concretas para superar los obstáculos para el logro de los objetivos y metas del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (...).



En sentido estricto, la transversalización de la perspectiva de género aparece por primera vez bajo ese nombre como la estrategia para alcanzar la igualdad de género a partir del Informe del Consejo Económico y Social de 1997 (punto IV.a. 1997), donde se define como:

“El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros”.

Esta definición es más específica y, por lo tanto, más robusta. En el mismo documento se definieron una serie de principios para transversalizar la perspectiva de género en el sistema de las Naciones Unidas, resumidos a continuación:

1. No asumir que existen políticas neutrales a la dimensión de género. Todas las áreas de actividad deben definirse de tal modo que pueda

realizarse un “diagnóstico” sobre las diferencias de género.

2. La responsabilidad de llevar a la práctica la TG atraviesa el sistema, pero se impulsa desde los niveles más altos. La rendición de cuentas sobre los resultados debe monitorearse constantemente.
3. La TG requiere esfuerzos para ampliar la participación de mujeres en todos los niveles de la adopción de decisiones.
4. La TG debe institucionalizarse a través de pasos, mecanismos y procesos concretos.
5. La TG no reemplaza las políticas, programas o leyes de acción positiva dirigidas específicamente hacia el empoderamiento de las mujeres ni sustituye los puntos focales de género, sino que es complementaria a estos.
6. Es imprescindible contar con una voluntad política clara y la asignación de recursos humanos y financieros suficientes para una puesta en práctica exitosa de la estrategia.

Entre las recomendaciones específicas se menciona que la estrategia está diseñada para ser adoptada desde el vértice de la pirámide de gobierno hasta las dependencias más pequeñas y que los órganos de programación y gestión de recursos financieros deben hacer visible la TG. Además, son los responsables de mayor jerarquía de esas instituciones

quienes deben monitorear anualmente la tarea de TG.

También se definieron una serie de requisitos institucionales para la incorporación de la perspectiva de género en todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas:

- **Política de TG:** el primer paso debe ser adoptar la decisión explícita de transversalizar el género mediante la formulación de una política de TG y estrategias de transversalización específicas para cada sector. La incorporación de la perspectiva de género requiere aplicar directivas institucionales y no directrices discrecionales.
- **Presupuesto:** especificación de rubros presupuestarios destinados a la TG.
- **Generación de capacidades en TG:** integrar la perspectiva de género en todos los programas de formación, proveer formación continua para todo el equipo (independiente de niveles jerárquicos), y proveer formación especial para mejorar las habilidades de los expertos en género.
- **Datos:** desagregar, como mínimo, por sexo y edad, y por otras variables según el contexto, realizar encuestas específicas sobre el género.
- **Análisis de género:** integrar el análisis de género en todo el proceso de programación.

- **Documentos operativos:** producir guías sensibles a las cuestiones de género así como listas de verificación para la programación.
- **Monitoreo y evaluación:** establecer mecanismos e instrumentos para el monitoreo y la evaluación, así como metodologías de análisis del impacto de género de las acciones.
- **Rendición de cuentas:** instaurar estructuras de rendición de cuentas respecto de la incorporación de la perspectiva de género o reforzarlas mediante mecanismos institucionales y una cultura de gestión.

Estos son los ejes que vertebran, en el siguiente capítulo, la revisión de resultados de la TGS en la Región de las Américas. En adelante se referirá a todos estos componentes para el desarrollo adecuado de la estrategia como “procesos institucionales básicos para la TG”.

Las conclusiones convenidas del ECOSOC de 1997 también llaman a contratar especialistas en género para la planificación y programación, y consideran el rol de las unidades de género y los puntos focales de TG como “crucial para traducir el mandato de incorporación de la perspectiva de género en una realidad práctica”. Estas figuras clave reciben las siguientes responsabilidades: a) apoyar el desarrollo de políticas y programas sensibles a las cuestiones de género,



b) asesorar y apoyar al personal en la aplicación de una perspectiva de género, c) desarrollar herramientas y metodologías para la TG, d) recolectar y diseminar información sobre cuestiones de género y buenas prácticas, y e) asistir en el monitoreo y la evaluación de progresos de la TG en políticas, programas y presupuestos.

En palabras de Rivandany Kelkar Khambete (2008), la estrategia de TG posee dos dimensiones que son interdependientes, una operacional y otra institucional. La transversalización operacional (a la que también llamaremos focalizada) se refiere a la integración de la perspectiva de género en el contenido de políticas, programas y proyectos que aseguren tener un impacto positivo en las mujeres y reducir las inequidades de género. La transversalización institucional incluye reconocer las dinámicas internas de las instituciones formales e informales, como los objetivos, las agendas, las estructuras gubernamentales y los procedimientos relativos al funcionamiento cotidiano, para que estas avalen y promuevan la igualdad de género.

Se trata de una estrategia de puesta en práctica compleja que requiere de una adecuación sectorial y excede por mucho la integración de la perspectiva de género en una política o programa de manera declarativa, superficial, no exhaustiva y no sistemática. La transversalización de género no puede consistir en un aditamento a un programa o proyecto ya diseñado, ni en una incorporación puramente semántica o “políticamente

correcta”, sin correlatos evidentes en los diseños y acciones institucionales y programáticos. Consiste más bien en considerar las inequidades de género a todos los niveles de la cultura institucional y en todas las fases del ciclo de programación (plan, diseño, implementación, monitoreo y evaluación), de forma continua y no intermitente en función de las voluntades individuales o políticas. A nivel programático, implica asegurar que todas las acciones de un programa reflejen las circunstancias de hombres y mujeres en relación con las normas, roles y relaciones de género, acceso a recursos y poder en la toma de decisiones, así como comprender cómo se beneficiarán de las acciones programáticas desde la fase de diseño.

La transversalización de género en salud (TGS) supone cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres y hombres, mediante su participación en la definición y ejecución de prioridades de salud pública. Se trata, por tanto, de un proceso a largo plazo que requiere no solo tiempo, sino también recursos y compromiso (OMS, 2011b).

En resumen, la aplicación de la estrategia de TG para promover la igualdad de género, en solidaridad con la estrategia de empoderamiento de las mujeres, requiere de programas basados en resultados en el marco de los “procesos institucionales básicos para la TG” definidos anteriormente.

Todo este proceso demanda un esfuerzo proactivo, atento y experto, recursos económicos y humanos, así como un compromiso político sostenido en el tiempo.

Recuperar y poner de relieve estas definiciones del sistema de las Naciones Unidas no solo tiene como objetivo enmarcar las Políticas de Igualdad de Género de la OMS (2002) y la OPS (2005) que se derivaron de sus lineamientos y se detallarán a continuación. Cabe destacar que, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, los Estados Miembros acordaron que: “[...] los gobiernos y otros actores deberían promover una política activa y visible de incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y programas, de modo que, antes de tomar decisiones, se analicen los efectos en mujeres y hombres, respectivamente”, párrafo que se repite en casi todas las áreas críticas. Asimismo, haciendo una lectura de las conclusiones convenidas del ECOSOC de 1997, es posible volver a destacar que la TG es una estrategia para el logro de la igualdad de género, mientras que las medidas de acción positiva en forma de legislación, políticas de desarrollo, investigación y proyectos o programas sobre el terreno específicamente dirigidos a las prioridades y necesidades de las mujeres son una estrategia complementaria.

Recuperar las definiciones de las conclusiones convenidas del ECOSOC permite discutir una serie de premisas que tal vez requieran una actualización

para armonizarse con los avances académicos en materia de género y con el logro de nuevos derechos como el derecho a elegir la identidad de género en algunos países. También se han observado avances en las conceptualizaciones de géneros. Algunos ejemplos son el empleo del plural por algunas tradiciones feministas que van más allá del género binario hombre/mujer, los conceptos de mujeres y hombres biológicos propuestos por Paul Preciado (2014), y la adopción de una perspectiva interseccional que abre espacio a diferentes identidades sociales y vulnerabilidades asociadas al sexo. También deben considerarse los resultados de aquellas intervenciones específicas al género, de las cuales algunas indican que empoderar a las mujeres sin trabajar en la reconfiguración de la masculinidad hegemónica genera escasos efectos transformativos hacia la igualdad de los géneros.

Este esfuerzo de recuperación y actualización permite entender qué debe evaluarse, cuáles fueron los resultados de la implementación de la TG recogidos hasta ahora y cómo podemos promover la igualdad de género efectiva (y no meramente declarativa) en el marco de los derechos humanos.

1.2. TG en salud: claves de análisis de otros mandatos internacionales y regionales

Ya en 1946, las Naciones Unidas expresaron su compromiso hacia la



igualdad de género en el ámbito de la salud a través de la creación de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW por sus siglas en inglés). Esta Comisión produjo la *Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer*, una declaración de derechos humanos de las mujeres proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en noviembre de 1967. Esta declaración fue la precursora de la Convención jurídicamente vinculante llamada Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) que fue ratificada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 1979.

La atención internacional sobre la desigualdad de género y sus efectos negativos en términos de desarrollo y justicia social se intensificó a partir de la década de los noventa, a través de una serie de eventos organizados por las Naciones Unidas, entre ellos, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995). En la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing se utilizó el término “transversalización de género” (o “integración del género”), que posteriormente fue refrendado e institucionalizado por todas las agencias y programas de las Naciones Unidas a través de dos resoluciones del ECOSOC (1996 y 1997). Como se ha mencionado, la

estrategia de TG debía aplicarse en primer lugar dentro de las propias agencias del sistema de las Naciones Unidas. Por este motivo se desarrollaron las Políticas de Igualdad de Género de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2002 y 2005, respectivamente.

1.2.1. Mandatos de la OMS y la OPS sobre igualdad de género en salud

La Política de Género de la OMS (OMS, 2002) refleja los objetivos de la política de las Naciones Unidas sobre la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres cuando establece:

“La política de la Organización será velar porque todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas en que participe la OMS incorporen las cuestiones de género [...]. Ello contribuirá a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y en última instancia el impacto de las intervenciones sanitarias tanto para la mujer como para el hombre, y al mismo tiempo ayudará a alcanzar el objetivo más amplio de las Naciones Unidas de la justicia social”.

La *Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades* de la OMS (WHA60.25, 2007) proporciona una serie de recursos para la integración de la perspectiva de género en políticas y programas. Entre

ellos, se plantea una categorización clara sobre los modos de incorporar (o no) la perspectiva de género en el ciclo de programación de salud (OMS, 2011b) que merece destacarse en el

cuadro 1 de este capítulo porque ha sido un recurso poco utilizado y puede ofrecer orientación para afrontar algunos de los desafíos que enfrenta la IGS en la Región.

Cuadro 1. Escala de evaluación de la respuesta a la perspectiva de género de las políticas

NIVELES	CRITERIOS
<p>Nivel 1: desigualdad de género Estas políticas refuerzan la discriminación contra mujeres u hombres por razones de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Perpetúa las desigualdades de género al reforzar las normas, roles y relaciones no equitativas. b. Privilegia a los hombres sobre las mujeres (o viceversa). c. A menudo conduce a que hombres o mujeres gocen de más derechos u oportunidades por razón de su género.
<p>Nivel 2: insensible a la dimensión de género o ceguera de género Se da por supuesto que los efectos del sexo y el género son irrelevantes para las políticas de salud o que estas son neutrales. Estas políticas no discriminan intencionadamente, pero podrían reforzar la discriminación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasa por alto las normas, roles y relaciones de género, así como la desigualdad de oportunidades y asignación de recursos a mujeres y hombres. b. A menudo se rige por el principio de "justicia" y pretende tratar a todos por igual. c. Muy a menudo refuerza la discriminación por razones de género, aunque sea de forma involuntaria.
<p>Nivel 3: sensible a las cuestiones de género El sexo y el género se consideran como variables importantes en un contexto determinado. Sin embargo, estas políticas no abordan las causas fundamentales de las desigualdades de género o la discriminación ni se definen acciones para modificarlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Tiene en cuenta la existencia de normas, roles y relaciones de género. b. No aborda la desigualdad generada por dichas normas, roles o relaciones. c. Muestra conocimiento de las cuestiones de género, aunque a menudo no propone ninguna acción correctiva.
<p>Nivel 4: especificidad en cuanto a los roles de género Estas políticas reconocen que hay diferentes normas y roles para mujeres y hombres e identifican las maneras en que determinan el acceso a los recursos y su control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Considera las necesidades específicas de mujeres y hombres. b. Aborda y beneficia intencionalmente a un grupo específico de mujeres u hombres para lograr algunas metas de políticas o programas o para satisfacer necesidades concretas. c. Facilita el cumplimiento de las responsabilidades atribuidas a las mujeres y los hombres con base en los roles de género.
<p>Nivel 5: transformador de género Pretende cambiar las causas estructurales de la desigualdad y las fuentes de discriminación por razones de género a fin de mejorar la salud de hombres y mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. El objetivo principal o uno de los objetivos principales es promover la igualdad de género. b. Analiza las causas de las desigualdades derivadas de cuestiones de género en relación con otros factores discriminatorios (edad, etnia, diversidad sexual, etc.). c. Incluye acciones estratégicas para fomentar cambios progresivos y transformar las normas, roles y relaciones desiguales de género que son perjudiciales. d. Los aspectos relacionados con la salud se abordan desde el enfoque de género y salud, con una mirada mucho más amplia que el enfoque de salud sexual y reproductiva (SSR).

Fuente: con base en la escala de evaluación de respuesta a la perspectiva de género GRAS y la herramienta de evaluación de género GAT de la OMS. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf.



Por su parte, la OPS/OMS adoptó en septiembre de 2005 la Política de Igualdad de Género a través de la resolución CD46.R16, la cual, en armonía con la Política de Género de la OMS, establece que la meta de esta política es contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres (OPS, 2005:1).

Esta política traza una distinción crucial entre los conceptos de igualdad y equidad de género en salud:

La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir las desigualdades entre ellos. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado (CIDA, 1999; citado en OPS, 2005:4).

La OPS reconoce las persistentes desigualdades en la salud de mujeres y hombres “que no son consecuencia de las características biológicas de cada sexo, sino del lugar diferente que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad. Esta ubicación desigual se refleja en patrones inequitativos, relacionados con los riesgos para la salud, con el acceso a los recursos y servicios sanitarios y el control sobre los mismos” (ibídem: 8). Asimismo, ya desde el 2005, la OPS señala con contundencia la importancia de reconocer el impacto negativo que tiene un orden social injusto de distribución familiar de las tareas domésticas y los cuidados de la salud y de financiamiento de los sistemas de salud.

Entre los objetivos de la Política de Igualdad de Género de la OPS, la producción y el análisis de información desagregada por edad, sexo y otros determinantes sociales de la salud (numeral 2, inciso b) ocupa un papel central. La política también insta a los Estados Miembros a ejecutar políticas locales (numeral 2, inciso a), incorporar la perspectiva de género en todo el ciclo de programación —involucrando activamente a hombres y niños en la IGS (numeral 2, inciso f)—, realizar actividades de capacitación e investigación (numeral 2, inciso d), y lograr la paridad de sexo y género en la contratación de recursos humanos en salud, alcanzando también los puestos de toma de decisiones (numeral 2, inciso e). Por último, la política alienta

a los Estados Miembros a incluir “en las cuentas nacionales de salud indicadores sobre el valor del tiempo no remunerado que dedican los hombres y mujeres a la atención de cuidados de salud en el hogar, en relación al gasto total del sistema de asistencia sanitaria” (resolución CD46.R16 [2005]).

La Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) coordina la formulación y ejecución de la iniciativa de transversalización de género y desarrolló un plan de implementación, aprobado por los Estados Miembros en el 2009 (OPS, resolución CD49.R12). La última evaluación de progresos fue publicada en 2015 y corresponde al período 2009-2014. Se trata de una consolidación de los resultados de un cuestionario autoadministrado por los países, y constituye una plataforma central para la definición del estado de la transversalización del género en el ámbito de la salud dentro de los países de la Región (ver capítulo 2) y para la identificación de los desafíos en miras a la Agenda 2030. En este documento se detallan las líneas estratégicas de acción hacia la IGS para el período 2015-2019:

“a) Realizar investigaciones y aplicar metodologías innovadoras para abordar las inequidades por razón de género en el marco de la *Estrategia para el acceso*

universal a la salud y la cobertura universal de salud, que es explícita en su enfoque equitativo y centrado en las personas, para prestar servicios integrales que satisfagan las necesidades diferenciadas de género.

b) Generar evidencia específicamente relevante para el sector y análisis de género para la incidencia política en la formulación de políticas y programas verticales, horizontales e intersectoriales, así como su ejecución y evaluación.

c) Ampliar el marco conceptual y las modalidades para promover y abordar las identidades de género, incluidos los temas de LGBT y masculinidades (entre otros), y sus vinculaciones con la etnicidad y otros determinantes sociales de la salud.” (resolución CD54/INF/2 [2015]).

En relación con este último punto, cabe destacar que la política de igualdad de género de la OPS y su Plan de Acción correspondiente lograron una mayor robustez en su enfoque interseccional de las desigualdades de género en salud mediante su integración posterior con resoluciones sobre las barreras en el acceso a servicios de salud y el derecho a la salud de las personas LGBT (resolución CD52.R6 aprobada en 2013)² y de diferentes etnias, en una región

² La resolución CD52.R6/2013 puso en el centro de la atención las disparidades en el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) y marcó un hito en el trabajo hacia la salud universal al reconocer poblaciones históricamente marginadas como las personas LGBT. Instó a los Estados Miembros a: a) promover servicios de salud respetuosos de la dignidad humana y el derecho a la salud en función de la diversidad sexual y de género, b) diseñar políticas, planes y legislación que sean sensibles al estigma y la discriminación que experimentan las personas LGBT, así como incrementar el acceso y la calidad de los servicios de salud y, c) recolectar información sobre la salud y el acceso a servicios de las personas LGBT. En la resolución CSP29/INF/7 aprobada en 2017 se describen los principales obstáculos en el acceso a servicios de salud por parte de las personas LGBT y se brindan recomendaciones preliminares de fortalecimiento del sistema para tornarse más inclusivo ante la diversidad sexual y genérica. Este es otro documento central para la evaluación del estado de situación de la IGS en la región, así como los desafíos y estrategias a futuro (capítulo 3).



multicultural y plurilingüe (documento CSP29/7, 2017).

El mandato de la OPS para la integración de la perspectiva de género en las políticas y programas de los Estados Miembros y en su propia institucionalidad se enmarca, a su vez, en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento oficial OD345 [2013]), en el que la IGS aparece como uno de los cuatro temas transversales (junto a los derechos humanos, la equidad y la etnicidad). El plan sostiene que “la igualdad de género en el ámbito de la salud es una meta progresiva para garantizar que las mujeres y los hombres, en un contexto de diversidad sexual y étnica, tengan igualdad de oportunidades para obtener acceso a los recursos necesarios para proteger y promover su salud” (ibídem: 89, subrayado propio).

Por último, en convergencia con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que posee un claro énfasis en la equidad en salud para el desarrollo sostenible, resta mencionar algunos compromisos regionales que deben impactar en las líneas estratégicas sobre IGS en miras a la Agenda 2030. La *Estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14 [2014]) es de suma importancia en este sentido; promueve no solo la cobertura universal (la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población) sino también el acceso universal (servicios de salud

integrales, adecuados, oportunos y de calidad, ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, etc.). La estrategia llama a los Estados Miembros a proveer servicios de salud integrales que “identifiquen necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población; al igual que las necesidades específicas de los grupos en estado de vulnerabilidad” (inciso d); y los insta a ejecutar planes, proyectos y programas para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación activa, el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud (inciso j).

Lograr la cobertura universal en salud es un compromiso esencial del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, junto a la estrategia multisectorial para el trabajo sobre determinantes de la salud y un enfoque centrado en el bienestar y la vida sana a lo largo del curso de vida, enfoque que trasciende el énfasis tradicional en la enfermedad de un momento específico en la vida de una persona.

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030) (documento CSP29/6, Rev. 3) y su

resolución de aprobación [CSP29/6, Rev. 3, Add. I [2017]], así como el Plan Regional definido con base en la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* son otros dos marcos normativos sinérgicos con el Plan de Igualdad de Género que destacan los siguientes temas de prioridad: salud reproductiva y materna, embarazo adolescente y otras acciones de empoderamiento de las mujeres a través del curso de vida.

Finalmente, ASSA2030, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, la Estrategia de Salud Universal y el Plan de Igualdad de Género (así como las resoluciones antedichas que, sinérgicamente, enriquecen su alcance) poseen un fuerte enfoque basado en la producción de información y el logro de resultados.

1.2.2. Cuarenta años de la Agenda Regional de Género. Otros marcos normativos regionales para la IG y el empoderamiento de las mujeres en salud

Dentro de la Región de las Américas, América Latina y el Caribe destacan en su compromiso con la IG puesto que, desde hace cuarenta años, los países se reúnen con el objetivo de establecer compromisos políticos para erradicar las desigualdades de género y la discriminación contra las mujeres, así como avanzar hacia la garantía de los derechos humanos (CEPAL, 2017b). En los últimos cuatro decenios

se han celebrado 13 conferencias regionales sobre la mujer convocadas por la CEPAL y América Latina y el Caribe conforman la única región del mundo con un órgano permanente de estas características. También cabe destacar que los acuerdos celebrados en estas conferencias tienen un carácter acumulativo, es decir, cada instrumento nuevo recoge el valor político y programático de los anteriores, lo que resulta en un cúmulo de textos acordados de una enorme riqueza política y técnica. Estos documentos conforman en conjunto la Agenda Regional de Género, que se refuerza y retroalimenta con las plataformas y programas de acción de las conferencias de las Naciones Unidas y los compromisos vinculantes asumidos por los Estados con la firma y ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) (CEPAL, 2017c:5-6).

La resolución del ECOSOC de 1997 antes mencionada tuvo eco en algunos acuerdos establecidos en la Agenda Regional de Género vinculados a la estrategia de TG y a ciertos aspectos temáticos relacionados con la IG y el empoderamiento de las mujeres en salud.

Los Consensos de Mar del Plata (1994), Santiago (1997), Lima (2000), Ciudad de



México(2004), Quito(2007), Brasilia(2010) y Santo Domingo (2013)³ establecieron la necesidad de generar la voluntad política y el compromiso necesario para avanzar hacia la igualdad de género. A partir de ese marco conceptual, estos acuerdos privilegiaron la necesidad de institucionalizar la perspectiva de género, asegurar un financiamiento específico, desagregar los datos como mínimo por sexo y edad, generar capacidad técnica, establecer indicadores pertinentes para el monitoreo y la evaluación, y sentar las bases jurídica, legal y normativa relativas a la igualdad de género y los derechos de las mujeres. También se interpeló a otros actores gubernamentales y no gubernamentales para que se sumaran a las políticas de igualdad y asumieran la transversalización de la perspectiva de género.

Un buen ejemplo de consolidación de todos estos objetivos y actores es la Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 (CEPAL, 2016, LC/CRM.13/5), que establece 10 ejes de implementación como condiciones y medios para la aplicación efectiva de políticas públicas que eliminen la desigualdad de género (CEPAL, 2017e). Una de las cuestiones centrales de la Estrategia de Montevideo, y también de este documento analítico, es cómo cerrar la brecha entre la igualdad *de jure* y *de facto* a través del fortalecimiento

de políticas públicas que garanticen los derechos humanos de mujeres y niñas (ibídem: 14). La estrategia también sitúa al estado como protagonista en la consolidación de estrategias nacionales de desarrollo sostenible a medio y largo plazo. Los estados son llamados a organizar la participación activa de la sociedad civil en toda su diversidad y convocar al sector privado a contribuir, siempre bajo el respeto de los derechos humanos y la autonomía de las mujeres. Por último, la estrategia identifica los nudos estructurales a enfrentar en la Región, nudos que se refuerzan mutuamente e impiden el avance hacia la igualdad de género, entre ellos: *a*) la desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza, *b*) los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio, *c*) la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado, y *d*) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público.

El propósito de este análisis y recorrido histórico no solo es repasar el proceso de aprobación y reinterpretación de la estrategia de TG en los compromisos regionales, sino describir los efectos sinérgicos entre este marco normativo y el de la agenda de desarrollo, con el fin de particularizar la Agenda 2030 en lo referido a la IGS en la Región de las Américas.

³ Disponible en <https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-sobre-la-mujer-de-america-latina-y-el-caribe/acuerdos-regionales>.

1.2.3. Hacia la Agenda 2030 en IGS: marcos normativos globales para el desarrollo en el marco de compromisos regionales

A comienzos del nuevo milenio, los dirigentes mundiales se reunieron en las Naciones Unidas para dar forma a una visión amplia con un conjunto de objetivos para el desarrollo humano, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos ocho objetivos con metas verticales, cuyo cumplimiento se fijó para 2015, colocaron a la salud, la igualdad de género y otros determinantes de la salud en el centro de la agenda de desarrollo. En 2015, tras una evaluación de los progresos de los ODM, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron un nuevo conjunto más amplio de objetivos con metas asociadas para el 2030: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por los Estados Miembros en el septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, es un compromiso político multilateral estructurado en torno a 17 ODS y 169 metas asociadas. A diferencia de los ODM, las metas son integradas e indivisibles. La Agenda 2030 reconoce la importancia de garantizar una vida sana, de la promoción del bienestar de todos en todos los momentos de la vida (ODS 3), de la igualdad de género, los derechos y el empoderamiento de las mujeres (ODS 5) para reducir las desigualdades

en y entre los países (ODS 10), y de revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (ODS 17).

Como ya se ha mencionado, la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible presenta sinergias claras con la Agenda Regional de Género. Los temas relativos a género y salud contenidos en la declaración para el desarrollo sostenible reflejan algunas de las 74 medidas de la Estrategia de Montevideo articuladas en 10 ejes de implementación así como los mandatos de la OPS/OMS. Esto no es casualidad, sino que responde al objetivo de no duplicar ni fragmentar los compromisos regionales asumidos (CEPAL, 2017b:17) y, de esta manera, focalizar y profundizar los compromisos centrales para la Región. Aun así, algunos de los ODS y metas de la Agenda Regional de Género son más exhaustivos, como veremos a continuación:

“Mientras que el ODS 5 hace referencia a reconocer y valorar los cuidados, la Agenda Regional de Género avanza en compromisos para superar la división del trabajo por sexos y promover el cuidado como un derecho. Además de asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades, la Agenda Regional de Género se propone construir democracias paritarias en la Región. No solo se reconocen los derechos reproductivos, sino que se establecen medidas a nivel regional para promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales de todas las personas sin discriminación” (ibídem, 2017b:17).

CAPÍTULO 2



La estrategia de TG en salud: avances y deudas pendientes en la Región de las Américas

Tal como se ha descrito en el capítulo anterior, la TG es una estrategia de integración de la perspectiva de género a nivel institucional y programático. La ejecución de la estrategia de TG, tal como fue definida por ECOSOC (1997), requiere adecuaciones institucionales y una gestión de programas basada en resultados. Sin embargo, un trabajo precursor sobre esta estrategia elaborado por la Agencia Sueca Internacional de Cooperación al Desarrollo (Shalkwyk, et al., 1996:3) identificó tres, y no solamente dos, esferas relevantes e interrelacionadas para una ejecución exitosa de la TG: 1) las estructuras, políticas, procedimientos y cultura que componen el tejido institucional de una organización, 2) la actividad sustantiva que emprende en forma de programas, y 3) el impacto de su labor sobre una mayor igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en la comunidad. Las tres esferas están interrelacionadas; sin embargo, a veces las estrategias y evaluaciones han tendido a difuminar estos tres ámbitos y con frecuencia han perdido de vista el hecho de que el cambio en el tercer nivel es el objetivo final: “[es importante no combinar ni unificar estos tres ámbitos, ya que se aplican diferentes estrategias

e indicadores de cambio a cada uno” (Schalkwyk, Thomas y Woroniuk, 1996:4, traducción propia).

En su documento analítico, la Agencia Sueca Internacional de Cooperación al Desarrollo no encontró evidencia clara sobre resultados positivos de la puesta en práctica de la estrategia de TG en el sector salud en las Américas. Esto podría deberse a la ausencia de líneas de base documentadas sobre las que pretenden influir las políticas o programas específicos. Solo es posible ejecutar acciones de monitoreo y evaluación con indicadores de impacto de las acciones desarrolladas si existen líneas de base como referencia. Aunque estas no existen, sí que se cuenta con documentos analíticos de estadísticas, legislación y políticas referidos a algunas de las situaciones que deben ser abordadas por el sector salud y analizadas desde una perspectiva de género en los programas de TG operativa o focalizada. Un ejemplo es el estudio realizado recientemente por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre fecundidad en la niñez y la adolescencia, una realidad que no parece haber mejorado en las últimas décadas a pesar de los esfuerzos realizados en países del

Cono Sur (Binstock, 2016)⁴. Existe una alta prevalencia de embarazos en la adolescencia en América Latina, una realidad que reproduce condiciones estructurales de la desigualdad de género. El informe de consulta técnica *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe* (OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, 2018) sintetizó este último aspecto del siguiente modo: “un embarazo no intencional en la adolescencia obstaculiza su desarrollo psicosocial, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, y contribuye a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud”.

A continuación, se expone una revisión de la evidencia existente sobre los resultados de la TG institucional en el sector salud de los diferentes países de la Región de las Américas, junto con las apreciaciones de los expertos entrevistados sobre este punto.

En segundo lugar, se añade un breve análisis sobre cuáles han sido las áreas temáticas que concentraron mayor desarrollo hasta el momento. Es decir, se exponen los avances documentados

sobre la estrategia de incorporación de la perspectiva de género en programas específicos o, de acuerdo con la categorización explicitada en el capítulo 1, TG operacional o focalizada.

Por último, se realiza una evaluación general de la estrategia de TG en el marco del debate académico internacional.

2.1. TG institucional en el sector salud de las Américas

2.1.1. Marco normativo y políticas nacionales para la TG institucional

El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017d) llevó a cabo una revisión y análisis de los procesos de diseño de los últimos planes de igualdad de género vigentes a nivel nacional. Aunque este análisis se limita a analizar las iniciativas relativas al logro de la igualdad de las mujeres, resulta importante hacer un repaso de los 22 países de América Latina y el Caribe que cuentan con planes de igualdad de género además de entidades responsables de su ejecución (ibídem: 13-14)⁵. Cabe mencionar que esta indagación se circunscribe a América Latina y el Caribe, sin incluir a Estados Unidos y Canadá, que cuentan con planes de igualdad de género y

⁴ Los autores realizaron un estudio sistemático de la situación de fecundidad y maternidad adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay; sin embargo, resulta difícil evaluar de forma precisa el impacto que están teniendo los programas de salud y educación dirigidos a modificar esta realidad, que reproduce algunas de las brechas de género (menor acceso a la educación y el trabajo remunerado por parte de las mujeres, y el consecuente empobrecimiento económico y simbólico por la obstaculización en la elección de otros proyectos de vida fuera de la maternidad y las tareas de cuidado).

⁵ En el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de CEPAL puede encontrarse la lista de planes de igualdad. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/planes-de-igualdad>. Último acceso: 11 de junio de 2018.



empoderamiento de las mujeres y niñas a nivel estatal.

En primer lugar, la resolución del ECOSOC de 1997 requiere definir una política de TG dentro de un marco normativo que tenga la Estrategia de Montevideo (2016) como eje de implementación. Este requisito institucional comprende la base jurídica, legal y de política relativa a los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Incluye el conjunto de leyes, políticas, planes de igualdad, instrumentos de planificación, programas, normas, reglamentos y protocolos de intervención, así como instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes que delimitan el alcance de la política pública (CEPAL, 2017e:21).

En este contexto, el repaso de los planes de igualdad revela que países como Argentina y Cuba, que no han elaborado planes de igualdad a nivel nacional, cuentan con planes sectoriales, por ejemplo, en las áreas de educación o salud, y ejecutan políticas públicas y acciones dirigidas a avanzar la igualdad de género (ibídem: 19). Son pocos los nuevos planes de igualdad de género nacionales (2018-2030) —de momento, solo se registraron los de Chile, Costa Rica y Uruguay— pero todos ellos avanzaron en el sentido de la generación de un marco normativo para la TG, con miras a la Agenda 2030. Un ejemplo es la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030 en Costa Rica, consolidada desde

el estado en colaboración con el sector no gubernamental (no solo involucra a ONG y la academia, sino que define responsabilidades concretas para el sector privado). Este plan integra toda la normativa vigente con una planificación de objetivos concretos para identificar los nudos estructurales de la desigualdad de género de la Estrategia de Montevideo y analizar las diferencias en el disfrute de derechos de hombres y mujeres. Partiendo de este análisis define cuatro ejes centrales con objetivos específicos para el 2030: cultura de los derechos para la igualdad, distribución del tiempo, de recursos y del poder. Sin embargo, en la formulación de los objetivos predomina el verbo “aumenta” (p. ej., la participación) o frases como “más mujeres”. Una dificultad en esta manera de formular nuevos lineamientos de políticas es la carencia de información precisa que sirva de línea de base para monitorear y evaluar los avances de forma objetiva. También se registran avances en la incorporación del enfoque **intercultural** y la perspectiva **interseccional** para el análisis de las discriminaciones en los nuevos planes de igualdad de género nacionales.

En cuanto al enfoque de salud empleado en las políticas de igualdad de género, un análisis comparativo de 17 países de la Región (OPS/UNICEF/SE-COMISCA, 2017) evidenció que de tres enfoques básicos (salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva, y género y salud o género y desarrollo), el abordaje de

salud que predomina en las políticas de género es el de salud sexual y reproductiva (ibídem, 2017).

No obstante, se registraron avances en el posicionamiento de la perspectiva de género como determinante de la salud, hecho que permite enmarcar el debate sobre la salud de las personas como un asunto político y de derechos humanos. Asimismo, los nuevos planes de igualdad de género de algunos países de la Región ampliaron los temas priorizados de la agenda de género y salud y el tema de cuidados y trabajo doméstico no remunerado comienza a ocupar un lugar importante en la agenda sanitaria de la Región. Un buen ejemplo de la ampliación de temas de la agenda de género y salud, más allá de los temas referidos a salud sexual y reproductiva, se refleja en la *Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030* de la República Oriental de Uruguay (2018). La IX aspiración estratégica de este plan busca consolidar el Sistema Nacional Integrado de Salud para brindar servicios universales e integrales, desde un enfoque de género transversal aplicable a numerosos temas de la agenda de salud. Entre ellos cabe destacar: el acceso universal a la salud mental (IX1.d.); asegurar el acceso a la medicación adecuada acorde a las necesidades de cada persona; promover la disminución de la prescripción y el consumo de psicofármacos en las mujeres (IX1.h.); garantizar la atención integral a las personas trans mediante el acceso a tratamientos hormonales y

de reasignación de sexo para quienes lo decidan (IX1.f.); impulsar desde los equipos de salud la desnaturalización de los estereotipos de género, promoviendo estilos de vida saludables relacionados a los hábitos alimenticios, a la actividad física y al uso del tiempo libre (IX1.c.); incorporar a los programas educativos de salud la temática de género y derechos humanos de manera específica, en todos los niveles y transversalizar la perspectiva de género en todas las asignaturas de la formación técnica y profesional en salud (IX2.a.); promover la formación y la capacitación continua de profesionales y personal de salud en género, diversidad sexual, y dimensión étnico-racial, para una atención humana y calificada (IX2.b.); profundizar la capacitación del equipo de salud del primer nivel de atención para la detección, primer abordaje y derivación de situaciones de violencia de género (IX2.c.); y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, asegurando la participación de las y los usuarios en los ámbitos establecidos en el sistema de salud e instrumentar mecanismos eficientes para recibir propuestas y denuncias que permitan dar respuesta a problemas y lagunas detectadas (IX2.d.). La estrategia también aborda temas de la agenda de género y salud sexual y reproductiva desde enfoques no tradicionales; por ejemplo, resaltando la interseccionalidad para generar mayor acceso a la salud (IX3.b.); asegurando el acceso universal a la atención integral en salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, con o sin discapacidad;



haciendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva de personas que viven en condiciones de vulnerabilidad por su orientación sexual o identidad de género, clase social, ubicación geográfica, ascendencia étnico-racial o que realizan trabajo sexual; trascendiendo el modelo heteronormativo y binario sobre un género derivado del sexo (IX3.c); dejando atrás la visión estereotipada del modelo sexual heteronormativo e incorporando a los modelos de atención el respeto y la asistencia adecuados de acuerdo a las orientaciones sexuales e identidades de género diversas; ensalzando la autonomía reproductiva y sexual y enfatizando la dimensión placentera y ya no centrada únicamente en el riesgo en relación con la vida sexual (IX3.d.); garantizando el derecho a la libertad sexual y a la autonomía sobre la vida reproductiva de todas las personas, en todo el territorio; y promoviendo que desde el sistema educativo y el sistema de salud se fomenten el autocuidado y el cuidado mutuo (IX3.e.).

Por último, es necesario resaltar que la conclusión que se desprende de las consultas a expertos y la revisión bibliográfica es que la adopción de una política explícita sobre igualdad de género, aunque necesaria, no es suficiente para una puesta en práctica consecuente y efectiva en diferentes países del mundo (Moser & Moser, 2010). Es necesario contar, entre otras cosas, con la voluntad política y el compromiso sostenido por parte de los más altos niveles de decisión del estado

(Hankivsky, 2008). Los cambios de gobierno suelen afectar a la continuidad de las políticas (CEDAW, 2015), y esto es un desafío aún mayor en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017c). Además, el empuje de las políticas suele quedar a cargo de voluntades individuales responsables de los pocos avances que se han registrado en la TGS (Gideon, 2012). Otra de las principales limitaciones encontradas para la puesta en práctica de estos planes es que quedan a cargo de los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, donde la distribución de responsabilidades y las partidas presupuestarias entre los sectores del estado son difusas y dificultan el cumplimiento de los objetivos. Muchos planes de IGS hacen hincapié en la importancia de garantizar diferentes viabilidades, como la económica, pero no se registraron asignaciones presupuestarias específicas para las tareas de TG.

Este documento analítico encontró que el alcance de la coordinación intersectorial en la cultura institucional de América Latina y el Caribe es endeble (CEPAL, 2017c:64). Este es un aspecto importante para una TG institucional efectiva, tal como establece de forma explícita el eje de implementación N.º 2 de la Estrategia de Montevideo (2016): la institucionalidad de género. La transversalidad de género compromete a que las diversas institucionalidades diseñen e implementen acciones coordinadas para una actuación integral e integrada

(Molina, 2012:205). Esta coordinación es crucial, entre otras cosas, para dar respuesta a las vidas multifacéticas (no compartimentalizadas) de las personas, así como para la priorización de líneas de intervención en el marco del proceso presupuestario (CEPAL, 2017c). Si bien se han documentado grandes lagunas y limitaciones a los avances en la TGS en los planes de IG vigentes en Canadá (Hankivsky, 2008) y Chile (Pollack, 2002; Gideon, 2012), también se exponen casos de buenas prácticas en este aspecto. Nos detendremos en el caso chileno, no solo porque forma parte de una subregión poco desarrollada en términos de TGS, sino porque ha mostrado importantes avances mediante la creación de un Ministerio de la Mujer y de la Equidad de Género (2016) y la transformación del Servicio Nacional de la Mujer (Sernam) en el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SernamEG). También se creó el Comité Interministerial para la Igualdad de Derechos y la Equidad de Género, presidido por la ministra o ministro de la Mujer y la Equidad de Género e integrado por las ministras y ministros del Interior y Seguridad Pública, de Defensa Nacional, de Hacienda, de Economía, Fomento y Turismo, de Desarrollo Social, de Educación, de Justicia, del Trabajo y Previsión Social; de Salud, de Agricultura, de Vivienda y Urbanismo, y el ministro presidente del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. Este organismo establece claramente una matriz de metas asumidas por los ministerios en otros planes, políticas y estrategias en función de la garantía de derechos

civiles y políticos, derechos sexuales y reproductivos y a la salud integral, derecho a una vida libre de violencia y discriminación, derechos sociales y culturales, y derechos colectivos y ambientales. Por último, cabe mencionar el Cuarto Plan de Igualdad entre Hombres y Mujeres 2018-2030 de Chile, que incluye metas claras y sus respectivos indicadores, plazos, institución rectora y sectores e instituciones ejecutoras (Chile, 2018:84-86).

Es imprescindible para la puesta en práctica efectiva de la TG institucional una gobernanza/gobernabilidad democrática sensible al género (Bareiro y Torres, 2010) y sostenida en la gestión basada en resultados (OLACEFS, 2015) que permita visibilizar la tercera dimensión de la TG señalada al comienzo de este capítulo: su impacto en un incremento efectivo de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en la comunidad más amplia.

A continuación, se revisan en detalle las evidencias documentadas sobre los resultados relevantes a cada uno de los “procesos institucionales básicos para la TG” descritos al comienzo de este documento para el sector salud.

2.1.1.1. Políticas y planes de TG específicos del sector salud

Es necesario analizar cómo se trasladan los objetivos de los planes nacionales generales para la IG y el empoderamiento de niñas y mujeres a los planes para



la TG del sector salud. Aunque no existen antecedentes documentados en este sentido, el primer acercamiento general y comprensivo de toda la Región de las Américas fue producido por la OPS (CD54/INF/2, 2015), y analizó los resultados de los diferentes componentes implicados en la estrategia de TGS con base en los resultados arrojados en 2014 por cuestionarios autoadministrados por 32 de los 48 países y territorios que componen la Región. Este análisis concluyó un nivel de cumplimiento del 80% en lo relativo a la generación de planes y políticas de género que componen el marco para la integración de la perspectiva de género a las políticas de salud. Esta cifra lo sitúa como uno de los requisitos para la TG de mayor cumplimiento regional. Sin embargo, a pesar de que muchos países cuentan con leyes y proyectos específicamente diseñados para reducir la inequidad de género en temas de salud, su puesta en práctica es inadecuada o nula (Webster, 2006; Stewart et al, 2009; Ferreira Santos Farah, 2006). Asimismo, estos planes o políticas mostraban una fuerte concentración en tres grandes temas de TG operativa o focalizada: salud sexual y reproductiva, violencia contra las mujeres y VIH/sida. Por último, el informe de la OPS señaló la falta o volatilidad de estructuras institucionales que promueven y apoyan la integración de la perspectiva de género en el desarrollo de todo el ciclo de programación en salud. El cambio político se describe como un factor clave en esta situación. En este sentido,

algunos de los expertos entrevistados señalaron la necesidad imperiosa de transformar las políticas de un gobierno en particular en políticas públicas de salud. Esto requeriría generar mecanismos para limitar la capacidad de los próximos gobiernos para refundar las políticas existentes, interrumpiendo así la consolidación de los avances logrados. Es necesario identificar y poner en práctica medidas concretas para limitar la volatilidad de las políticas y garantizar un entorno normativo estable para el avance en materia de género. Para ello, se mencionan dos estrategias clave: Fortalecer los marcos legales de los países y establecer renglones presupuestarios con un etiquetado de género para darle sostenibilidad a las acciones dirigidas a reparar las desigualdades de género.

En el caso de la experiencia canadiense, se concluyó que, además de un marco de políticas positivo y habilitante, debería incluirse una plataforma legal que abogue por la igualdad de género, así como un compromiso gubernamental claro que propicie un trabajo sistemático e intersectorial (Status of Women Canada, 2001:2). Otro aspecto complementario sería contar con una maquinaria institucional con roles y mecanismos de colaboración claramente delimitados dentro de cada sector y entre sectores de gobierno a nivel nacional, provincial y territorial. Por último, la TG debe producir cambios en la cultura organizacional tales como políticas institucionales de paridad del

personal, especialmente en los puestos de toma de decisiones; la regulación de los casos de violencia de género desde el interior de las instituciones sanitarias, así como el cuidado en el uso de un lenguaje e imágenes no sexistas en la cultura organizacional y en la producción de materiales de comunicación de programas y políticas. En relación con este último punto, cabe destacar que solo 11 de los 32 países que brindaron información para la evaluación del plan de acción para la aplicación de la Política en materia de igualdad de género (CD54/INF/2, 2015) poseen una política activa de paridad del personal.

A continuación, se describen los resultados específicos encontrados para cada uno de los requisitos para la TG institucional en el sector salud.

2.1.2. Recursos humanos y financieros

La evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas realizada por la OPS (CD54/INF/2, 2015) menciona que tanto los recursos humanos como financieros para la TGS se caracterizaron como limitados y, en particular, se indicó que el presupuesto para la promoción de la igualdad de género en salud suele depender de subvenciones o presupuestos no ordinarios que son insuficientes para sostener los avances. Esto significa que los recursos financieros para la TG, además de escasos, suelen ser satelitales (es decir, que no suele existir

un presupuesto específico destinado a la TGS, con la precariedad que ello supone para garantizar la continuidad de las acciones). Asimismo, un análisis exploratorio sobre la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud de 16 países de la Región (OPS/UNICEF/SE-COMISCA, 2017) refrendó algunos aspectos de la autopercepción de los responsables de la TGS en los países. En esas políticas se estipula la asignación de partidas presupuestarias del sector salud para la TG, pero no hay medidas legales que desde el poder ejecutivo obliguen a incluir partidas específicas en los presupuestos sectoriales. Una de las principales fuentes de recursos para estas acciones proviene de la cooperación internacional, lo cual evidencia un enfoque erróneo para la ejecución de la estrategia en las prioridades de los estados.

Una política de igualdad de género efectiva requiere la asignación y el aseguramiento de recursos públicos, financieros y humanos. La construcción de los presupuestos debería ser coherente con los planes de igualdad de género. Según uno de los informes más recientes de la CEPAL: “[...] salvo excepciones, la presencia de políticas de género en los presupuestos nacionales es débil o inexistente. Esto se debe, principalmente, a la existencia de fuertes resistencias culturales e ideológicas a la igualdad de género en la administración pública de los países de la Región. Los presupuestos para la igualdad de género, al igual que el presupuesto



público, en general muestran una lógica inercial y recurrente en casi todos los países” (CEPAL, 2017d:65).

Se han encontrado presupuestos destinados a la transversalización de género a nivel nacional en países de la Región⁶. Sin embargo, no se han encontrado publicaciones científicas en revistas académicas que documenten los procesos de elaboración y monitoreo de “presupuestos sensibles al género” en el sector salud, ni los resultados que tuvieron en la transformación de las desigualdades de género en salud.

En armonía con la Política de igualdad de género de la OPS (2005) y algunas metas clave de los ODS y la Agenda Regional de Género, se identifican algunos retos aún vigentes para la IG en la Región (Gómez, 2002:460):

- Asignar recursos para la atención de salud y utilizarlos de acuerdo con las necesidades particulares de mujeres y hombres, no según su capacidad económica.
- Establecer el pago particular (gasto de bolsillo) de la atención de salud según la capacidad económica, no según la necesidad, y distribuir de forma solidaria el costo financiero de la reproducción.
- Reconocer las contribuciones —remuneradas o no— de mujeres y hombres a la producción de la salud;
- Equilibrar la distribución del trabajo y el poder de decisión, no solo entre

mujeres y hombres, sino también entre el estado, la comunidad, la familia y el mercado.

En este trabajo, Gómez indica de manera transparente que las mujeres se encuentran en posiciones de desventaja sistemática dentro del sistema de salud, a pesar de que asumen tareas reproductivas y de cuidado no remuneradas o bien los niveles más bajos de remuneración y prestigio dentro del sector formal de salud. Respecto a esta forma encubierta de discriminación, y en relación con las políticas de ajuste económico que prevalecen en la Región, sostiene:

“[...] las formulaciones de políticas aparentemente neutrales como la ‘reducción de costos’, ‘reducción del aparato del estado’ y ‘descentralización’ con frecuencia esconden profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres. La premisa que sustenta algunas medidas de ajuste y de reforma es que el gobierno puede reducir gastos recortando los servicios —por ejemplo, reduciendo las estadías hospitalarias, el cuidado institucional de los ancianos y la atención de los enfermos mentales— porque las familias pueden proveer esos servicios. Tales medidas se basan en el supuesto de la elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles,

⁶ Por ejemplo, en Canadá desde 1993 [Budlender, Elson, Hewitt, Mukhopadhyay, 2002], en México desde 2006 [Arriola, 2006], y en otros 16 países de América Latina [Coello, 2009]. Para el año 2009, ONU Mujeres identificó 52 experiencias de formulación de 21 presupuestos sensibles al género a nivel nacional y local en 17 países de América Latina [Coello, 2009].

dispuestas y moralmente obligadas a proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos y los discapacitados. En esas políticas no se suele considerar el impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad de su tiempo ejercen sobre la situación de empleo y remuneración, y sobre el desgaste físico y emocional de las mujeres” (Gómez, 2002:460).

Este fracaso a la hora de reconocer la contribución de la economía del cuidado en los debates sobre las reformas de salud ha sido señalado por trabajos anteriores, por ejemplo, sobre el caso chileno (Gideon, 2012). Asimismo, en línea con la meta 5.4 de los ODS y la Política de igualdad de género de la OPS, la evidencia muestra que valorar el trabajo no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales resulta crucial, dado que su no inclusión repercute sobre la distribución de los recursos y beneficios derivados de ese trabajo adicional e invisible que asumen en su mayoría las mujeres, así como en su propia salud: “Si no se reconoce esta esfera de la economía ni se analiza su impacto, las desigualdades tenderán a mantenerse o profundizarse” (CEPAL, 2017f:192). Muchos de los expertos entrevistados se pronunciaron en el mismo sentido y señalaron la necesidad de visibilizar y ponderar en las cuentas nacionales el aporte que supone el trabajo de cuidado que las mujeres realizan de forma no remunerada tanto a nivel comunitario como en el ámbito de sus familias.

En cuanto al capital humano en salud, se encontraron análisis específicos sobre la feminización de los recursos humanos del sector y las profundas brechas de género que atraviesan el trabajo en salud en países de la Región como por ejemplo en Argentina (Pautassi, 2001; Aspiazu, 2016; PNUD, 2018), México (Castro, 2014; Nigeda et al., 2007) y Brasil (Schraiber et al., 2014).

2.1.3. Generación de capacidades para la TGS en salud

La OMS y la OPS cuentan con modelos de capacitación para la generación de capacidades para la TGS (OMS, 2011b; OPS, 2010). Según la evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas realizada por la OPS (CD54/INF/2, 2015), el fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud es un proceso que muestra cierto desarrollo, pero su ejecución requiere mayor sistematicidad. La falta de capacidades para la TG en el sector salud se vio reflejada en una mayor demanda por parte de los países de la Región de apoyo técnico en el área de género y salud, así como en áreas temáticas emergentes como las priorizadas por la OPS (LGBT, masculinidades, y mecanismos específicos de integración de la perspectiva de género en el análisis de datos, el monitoreo y la evaluación, y en estrategias de incidencia política).

Se encontraron pocas publicaciones académicas que documenten la



institucionalización de los procesos de generación de capacidades para la TGS en la Región, y menos aún la evaluación de sus resultados. Este requisito se señala como ausente (Lugo, 2010; Newman et al, 2016; Johnson et al, 2014; Arango et al, 2014). Sí que se encontraron documentos de los países que evalúan capacitaciones previas y metodologías estandarizadas para la capacitación en herramientas teóricas y prácticas para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas para la igualdad y equidad de género (no se encontraron referencias específicas para las capacitaciones en el sector salud). Un ejemplo es el caso del Gobierno de Chile (Muñoz y Varela, 2017).

De acuerdo con ONU-Mujeres, se pueden distinguir cinco tipos de capacitación en materia de igualdad de género de acuerdo al nivel de profundización y los logros a alcanzar con ella (Leghari & Wretblad, 2016:12-15):

- 1) Sensibilización: introduce a los participantes a cuestiones clave de la igualdad de género.
- 2) Mejora del conocimiento: proporciona mayor información y comprensión en profundidad sobre la IG así como sobre las estructuras de poder subyacentes a las desigualdades.
- 3) Habilidades y competencias: ofrece instrumentos, herramientas, técnicas y estrategias para aplicar los conocimientos en la práctica.

- 4) Cambio de actitudes, comportamientos y prácticas: promueve cambios positivos duraderos en la forma en que los participantes piensan y actúan, así como sus hábitos a largo plazo.
- 5) Movilización para la transformación social: promueve la capacidad de los participantes para poner en práctica de manera colaborativa sus conocimientos, motivación y habilidades, con el fin de hacer de su ámbito laboral, sus comunidades y su vida cotidiana espacios más equitativos.

En cuanto a los contenidos del entrenamiento específico en la integración de la perspectiva de género en salud, Hankivsky (2008) indicó que la actitud hacia la igualdad de género es uno de los aspectos centrales a trabajar a partir de su evaluación de la experiencia canadiense. Afirma que se carece de una comprensión básica de los conceptos fundamentales utilizados en la transversalización de género, especialmente dentro del sector de políticas. Uno de los expertos canadienses entrevistados señaló que esta tarea es difícil, pero que sí podemos desarrollar habilidades, y enseñar la mecánica de la incorporación de la perspectiva de género. En la misma línea, el trabajo previamente mencionado del Gobierno de Chile (Muñoz y Varela, 2017) realizó una evaluación de los programas de capacitación impartidos y encontró numerosas lagunas, entre las que

destaca el predominio de cursos de nivel básico e intermedio, de tipo virtual y de corta duración.

Otro aspecto a considerar son las personas receptoras de la capacitación. La mayoría de los artículos que abordan esta cuestión coinciden en remarcar la importancia de capacitar en perspectiva de género tanto a funcionarios y responsables del diseño de políticas como al personal del sistema de salud. Gran parte de los expertos entrevistados mencionaron la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los currículos de formación de grado y posgrado de los profesionales de la salud, puesto que las capacitaciones aisladas son insuficientes. Es necesario formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud con una mirada crítica sobre las desigualdades de género, especialmente a quienes trabajan en la atención primaria de salud. Además de generar nuevas habilidades, las estrategias de capacitación deben transformar de forma efectiva las prácticas políticas y culturales que reproducen las desigualdades de género. A este respecto, la OPS/OMS ha producido materiales de generación de capacidades en formato de educación continua presencial y como curso virtual que podría ser evaluado, y actualizado si correspondiera, a la luz de los hallazgos de este documento.

2.1.4. Análisis de género

En la Región, Canadá destaca por su progreso en la institucionalización del análisis de género para el diseño y desarrollo de legislación, políticas públicas y programas. Su compromiso con la IG retrocede hasta 1995, cuando el Estado Canadiense se comprometió a avanzar en este sentido en correspondencia con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. La responsabilidad primaria de la conducción del análisis de género recayó en el Status of Women Canada (actualmente Women and Gender Equality Canada [WAGE]), que se encarga de la aplicación de GBA+, una herramienta de análisis de género que incorpora el enfoque interseccional así como una definición dinámica y no binaria de la identidad de género (*diverse groups of women, men and gender-diverse people*⁷). El fortalecimiento de la implementación del análisis de género mediante la herramienta GBA+ fue destacado como prioridad del informe 2013-2014 producido por el Status of Women Canada et al.⁸.

No se han encontrado publicaciones que documenten la institucionalización del análisis de género en salud mediante alguno de los modelos de análisis reconocidos mundialmente (OMS, 2003; OPS, 2010) en países de América Latina y el Caribe. En cambio, sí se encontraron

⁷ Para la revisión de la guía gubernamental sobre la herramienta GBA+, Disponible en <https://www.swc-cfc.gc.ca/gba-acsguide-en.html> (último acceso: 17 de junio de 2018).

⁸ Status of Women Canada, Report. Disponible en <https://www.swc-cfc.gc.ca/trans/account-resp/pr/rpp/1314/01-eng.html> (último acceso: 16 de junio de 2018).



experiencias aisladas de análisis de género aplicado a, por ejemplo, el VIH/sida en Belice (OPS, 2010). Los pocos registros de resultados de este requisito relativo a la TGS provienen de agencias internacionales. Es importante destacar que estos modelos siguen trabajando con la definición binaria del género, por lo que, entre otras cosas, requerirían una actualización que amplíe la perspectiva de género en salud. La OPS (2005) produjo también una serie de indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud, y está en proceso de publicación de un documento que define un marco conceptual e indicadores para monitorear la igualdad de género en salud en las Américas.

2.1.5. Sistemas de información

La evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas de la OPS (CD54/INF/2, 2015) señala el desglose de datos por sexo y otros determinantes sociales como un aspecto que debe trabajarse de manera constante y prioritaria. Este es un aspecto priorizado también por el Plan de igualdad de género de la OPS (2005), sin embargo, un análisis de la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud de 16 países de la Región (OPS/UNICEF/SE-COMISCA, 2017), encontró que el 44% de las políticas analizadas no desagregan datos por

sexo. En el caso de aquellas políticas de salud que sí desagregan datos por sexo, se encontró que solamente el 4% incluye un análisis de género a partir de los datos, y la mayoría se centra en enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo y la etapa de vida que corresponde al periodo fértil.

Algunos de los expertos entrevistados remarcaron que es crucial mejorar los sistemas de información de los países de la Región, garantizar su comparabilidad y ampliar el desglose de datos para que incluya más variables que sexo y edad, puesto que la desagregación de datos por sexo no es suficiente para analizar las desigualdades de género en salud (Bekker, 2003). También indicaron que algunos países muestran avances significativos en la desagregación de datos para la producción de un análisis de género y para el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas en género y salud, entre ellos Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay. Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) podrían ser instrumentos muy potentes para generar información comparable a nivel regional sobre diferentes temas de la agenda de género y salud⁹. Ya se han documentado ejemplos de la utilidad de esta herramienta de información en los casos del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁰ de Colombia (2016a) o en Chile¹¹ (2017) donde, por ejemplo se incluyó la edad promedio de menarquia,

⁹ Programa de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (DHS por sus siglas en inglés). Disponible en <https://dhsprogram.com/>.

un tema que aún debe incluirse en la agenda de salud poblacional global (Sommer et al., 2015), no solo para monitorear su adelantamiento intergeneracional sino para adecuar los programas de educación sexual integral y salud sexual y reproductiva a edades oportunas.

La desagregación por sexo y edad no es suficiente porque invisibiliza la diversidad de vulnerabilidades que se integran en la vida de las personas y porque supone una concepción binaria del género como derivado del sexo que omite el continuo de género (Clow, 2009: 11).

Esta situación plantea el riesgo de invisibilizar identidades como las transgénero, así como los obstáculos que enfrentan en el acceso a servicios de salud. Así se demuestra en el documento de exposición de conceptos de la OPS resultante de cuestionarios completados por los ministerios de salud de los países de la Región titulado *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales bisexuales y trans* (CD56/INF/11, 2018). Este documento concluye acerca de los avances y desafíos pendientes: “Más de la mitad de los ministerios de salud que respondieron a la encuesta dijeron que su país recopila datos de salud desglosados sobre las personas LGBT”. Aunque los datos de salud

LGBT pueden recopilarse incluyendo preguntas sobre orientación sexual e identidad de género en herramientas de recopilación de datos de salud, sistemas de información de salud, registros hospitalarios y censos nacionales, esto está lejos de ser la situación típica en las Américas. Incluso cuando se formulan tales preguntas, es posible que no se incluyan en todas las herramientas, o que se redacten de forma tal que limiten la inclusión de todas las identidades LGBT.

Por último, la distribución del tiempo se evidenció como una dimensión clave de la desigualdad de género, y las encuestas de uso del tiempo que están realizándose en algunos países van permitiendo avanzar hacia el reconocimiento de uno de los modos de reproducción estructural de las desigualdades de género íntimamente relacionadas con el acceso a la salud y el sector salud.

En resumen, es crucial fortalecer los sistemas de información de salud incluyendo indicadores sensibles al género en el ámbito de la salud y sus determinantes sociales, económicos y ambientales.

2.1.6. Monitoreo y evaluación

El monitoreo de la integración de la perspectiva de género en salud aún representa un desafío, puesto que solamente el 20% de los Estados

¹⁰ Ver: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-de-Salud-y-Profamilia-entregan-resultados-de-la-ENDS-2015.aspx>

¹¹ Ver: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf



Miembros afirmaron contar con una política activa al respecto. Un análisis específico sobre la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud de la Región (OPS/UNICEF/SE-COMISCA, 2017) encontró que el diseño de mecanismos de monitoreo y evaluación se menciona únicamente en cuatro de los 16 documentos de políticas de salud analizados. En el caso de la evaluación, solo se encontró una política que define los lineamientos del futuro proceso de evaluación. Paradójicamente, los mecanismos de monitoreo son un componente muy valioso para una mejor medición del problema (segunda recomendación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud) que es una preocupación identificada en el 69% de las políticas de salud (OPS/UNICEF/SE-COMISCA, 2017). Según el informe mencionado, Bolivia constituye un ejemplo destacable en cuanto a la definición de procesos de monitoreo y evaluación de la política, incorpora indicadores en las matrices de resultados de cada programa definido dentro de los objetivos de la política, con líneas base y resultados (metas). Esta política distingue entre monitoreo y evaluación como procesos relacionados pero independientes y es la única que incorpora un cronograma para la ejecución del plan. También incluye un modelo para la recolección de información de indicadores, incluyendo criterios de definición de indicadores intermedios, de resultado e impacto, fuentes de verificación y definición de instituciones responsables del dato.

Institucionalizar mecanismos sistemáticos y constantes para el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas de TGS es crucial para una evaluación concreta de sus resultados en la mejora de la vida de las personas.

En esta línea, algunos autores destacan la necesidad de vincular las estrategias de integración del género en salud con la definición de resultados concretos que se buscan cumplir (Hankivsky, 2008), así como de identificar criterios de evaluación, lo que incluye indicadores apropiados para el monitoreo y la evaluación. Según Moser & Moser (2005), uno de los desafíos es que las evaluaciones suelen centrarse en indicadores de resultados como el número o proporción de mujeres beneficiarias y la cantidad de actividades en lugar de medir el impacto o los resultados. Los indicadores de género requieren criterios uniformes y consensuados que faciliten el abordaje de desafíos como la medición de cambios en el poder y el estatus de las poblaciones.

La mayoría de los expertos entrevistados coincidió en que resulta prioritario monitorear, evaluar y sistematizar las intervenciones desde un enfoque de resultados. Asimismo, destacaron la importancia de dejar de utilizar solo indicadores cuantitativos, dado que la redistribución de poder necesaria para la reconfiguración de las relaciones de género sería mejor captada por indicadores cualitativos. Una de las

expertas entrevistadas manifestó con claridad la preocupación de seguir trabajando con el fin de dar respuestas únicamente a las metas asociadas a los ODS, puesto que estos están asociados a indicadores cuantitativos que miden los progresos en términos de impacto. En resumen, resulta imprescindible incorporar indicadores cualitativos que permitan evaluar los cambios en la distribución de poder y recursos por razón de género, los cuales representan el núcleo del cambio social buscado.

La ausencia de avances en el monitoreo y la evaluación puede ser uno de los motivos de la escasez de evidencia sistematizada acerca de los resultados de las experiencias de transversalización del género en salud.

2.1.7. Rendición de cuentas

Siguiendo la definición de la Estrategia de Montevideo (2016), la rendición de cuentas exige mecanismos para difundir información confiable, pertinente, suficiente y oportuna, y garantizar espacios de diálogo con la sociedad civil que realiza el control ciudadano (2017e:34). La evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas realizada por la OPS (CD54/INF/2, 2015) reveló que la participación de la sociedad civil en la formulación de planes y programas sanitarios aún supone un reto para la continuidad en las relaciones institucionales y la

consolidación de agendas comunes con el estado en sus diferentes niveles de jurisdicción.

Institucionalizar mecanismos claros y reales de rendición de cuentas, con una fuerte integración de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la igualdad de género es un requisito fundamental de la TG institucional. Debe fortalecerse y revitalizarse la participación de las organizaciones de la sociedad civil (movimientos sociales de mujeres y, más ampliamente, de grupos diversos que aboguen por la equidad en salud) en las políticas orientadas a la igualdad de género mejorando los mecanismos de diálogo y retroalimentación con las instituciones. Esto incluye colaborar con su financiamiento y propiciar su participación en todo el ciclo de programación, incluido el diseño y la vigilancia sobre la continuidad de las políticas. La evaluación de la experiencia canadiense reveló que es necesario solucionar la falta de financiación de estas organizaciones (Hankivsky, 2008). Los expertos consultados también hicieron hincapié en la necesidad de involucrar más activamente a la sociedad civil en el diseño y rendición de cuentas de las políticas (con estándares definidos). Es preciso generar capacidad local para dar mayor sostenibilidad a las acciones, así como fortalecer los mecanismos de exigibilidad de derechos, incorporando así la perspectiva de género en políticas sanitarias de abajo arriba, más que de arriba abajo.



2.1.8. Políticas de no causar daño

Los requisitos para la TG institucional (y también operativa) definidos por las Naciones Unidas excluyen la política de no causar daño, uno de los principios recogidos en los estándares para la TG delimitados por el grupo técnico de expertos Gender Practitioners Collaborative (Avakyan et al., 2017). Este principio destaca la importancia de considerar estrategias de mitigación de daños ante políticas o programas que transformen las desigualdades de género, y es necesario porque las relaciones de género expresan relaciones de poder y, por lo tanto, de conflicto cuando el orden que las regula se altera. La pérdida de privilegios resultante de la redistribución de recursos y poder puede provocar situaciones de conflicto que afecten a las personas más vulnerables. No se han encontrado evidencias de la aplicación de este requisito en los países de la Región.

2.1.9. Experiencias referidas a la TGS en la Región

Los países de la Región que destacan por su documentación de resultados de las experiencias de TG institucional en salud fueron Canadá, Chile, Colombia, Perú y Venezuela; sin embargo, pocos relevan resultados concretos (Gideon, 2012; Hankivsky, 2008), sino más bien declaraciones de principios o descripciones de acciones. Aquellos trabajos que sí comparten resultados

coinciden en señalar que las iniciativas de TG fueron limitadas y que falta claridad en los conceptos relativos a la TGS. También coinciden en afirmar que es necesario comprender los intereses sociales y políticos que constriñen su avance (Gideon, 2012).

Las publicaciones sobre TGS procedentes de los países más desarrollados en este sentido, como Canadá, coinciden en que es necesario aplicar un enfoque más sofisticado y matizado para comprender la desigualdad en salud, lo que requeriría del diseño de nuevos planes dirigidos hacia lograr la igualdad manteniendo y respetando la diversidad (Hankivsky, 2008; Stewart et al, 2009; Johnson et al, 2014).

El compromiso de los funcionarios se evidenció como imprescindible a diferentes niveles y en diferentes áreas, así como una maquinaria institucional con roles claramente definidos (Webster, 2006; del Río-Zolezzi, 2008; Status of Women Canada, 2001). De no ser así, las acciones quedan supeditadas a voluntades individuales (Hankivsky, 2008; Gideon, 2012) y la institucionalidad de la aplicación de la estrategia queda comprometida. Asimismo, las iniciativas de TG exitosas requieren individuos clave que traccionan las políticas hacia resultados tangibles en el camino de la igualdad de género; las iniciativas exitosas analizadas parecen haber sido el resultado de presiones combinadas de *insiders* (“personas involucradas”), *femcrats* o *feminist burocrats* (“burócratas

feministas”) y *outsiders* (“personas externas”) o individuos pertenecientes al movimiento de mujeres (Budlender, 2000). Es necesario contar con “expertos en género” para generar capacidades e imbuir al funcionariado de una perspectiva de género; este enfoque queda despolitizado en el momento en que la transformación de las relaciones de género se traduce en acciones sostenidas y consecuentes (Alvarez, 1999).

Se señalaron como imprescindibles el abordaje intersectorial a nivel del estado, articulado con organizaciones de mujeres y otros grupos vulnerables de la sociedad civil (Debusscher, 2012; Ulloa Pizarro 2017), así como la investigación feminista. Según Hankivsky (2008), los tres pilares para la TG y su aporte sinérgico son la maquinaria institucional, el movimiento de mujeres y la investigación feminista. Sin embargo, el mismo autor señala la brecha existente entre la investigación y la política pública, que debe rectificarse incorporando un enfoque interseccional de las situaciones de vulnerabilidad (Hankivsky, 2005, p. 986; Hankivsky, 2008: 76).. Los expertos entrevistados también destacaron la importancia de involucrar más activamente a la academia y la sociedad civil en la gestión pública (promoviendo la investigación en perspectiva de género para informar las políticas sanitarias desde la evidencia científica). En relación con la intersectorialidad, algunos de los expertos indicaron que deberían

generarse mecanismos que garanticen este tipo de enfoque en la agenda de género y salud. Por ejemplo, se habló de mejorar la coordinación entre el sector salud y el de justicia para reparar daños generados dentro del sistema de salud.

Una de las prioridades definidas por este documento analítico fue la inclusión de los hombres y la reconfiguración de la masculinidad hegemónica en las políticas dirigidas a transformar las desigualdades de género en el sector salud (Hartmann et al, 2016; Barker, 2008; Aguayo y Nascimiento, 2016).

Hay que hacer énfasis en la distinción entre sexo y género así como aportar definiciones claras sobre la perspectiva de género adoptada (Cardaci 2006; Salas-Valenzuela et al, 2006). La definición de género en el sector salud suele ser limitada, con un énfasis en cuestiones relativas a “equidad” más que en “igualdad” (Gideon, 2012).

La mayoría de los debates sobre la reforma en salud obviaron el reconocimiento de la contribución hecha por la economía del cuidado (Gideon, 2012). Temas como la salud sexual y reproductiva dominaron la agenda de género y salud de la Región, desatendiendo otros temas relevantes, y los avances en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos fueron limitados por el poder que ejerce la Iglesia Católica sobre la agenda de género en países de América Latina (Gideon, 2012).



Algunos de los expertos entrevistados reportaron estructuras regionales para la aplicación de la TG. Por ejemplo, en la región de Centroamérica y la República Dominicana, a través de la Comisión Técnica de Género y Salud del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), se está ejecutando un Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género desde 2013. También se señaló la creación de mecanismos de integración de políticas regionales como la Comisión Técnica de Género y Salud (CTGS) del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), de los que podría hacerse un uso estratégico para compartir buenas prácticas y articulaciones políticas en función de objetivos comunes. Sin embargo, actualmente no se dispone de los resultados de la puesta en marcha de estas estructuras regionales.

Parafinalizar este repaso de experiencias referidas a la TGS en la Región, los expertos consultados señalaron algunos aspectos coyunturales que deben ser abordados para facilitar el avance hacia la aplicación efectiva de la TGS y la igualdad de género:

1) Coyunturas políticas neoconservadoras que atentan especialmente contra la autonomía de las mujeres. Existen en la Región amenazas o retrocesos concretos sobre la agenda por la igualdad de género, muy particularmente sobre los derechos sexuales y reproductivos.

La incidencia política regional de los grupos conservadores contra los derechos de las mujeres, la diversidad sexual y la igualdad de género asumió nuevas formas en agrupaciones o estados que se refieren, por ejemplo, a “ideologías de género”. El despliegue de estas agrupaciones y su influencia en las políticas públicas merece ser estudiado para el diseño de una estrategia de afrontamiento y blindaje de los derechos conquistados.

2) Tendencias demográficas de envejecimiento poblacional y el aumento de la fecundidad en niñas, que requieren una respuesta del sector salud que integre la perspectiva de género. El envejecimiento poblacional implica una carga aún mayor de trabajo de cuidado no remunerado sobre las mujeres, mayor atención de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, así como políticas de promoción de un envejecimiento activo y saludable. En relación con el sector salud y las personas mayores, tanto la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo establecieron ejes de prioridades para asegurar un envejecimiento de calidad desde la perspectiva de género. Entre las medidas prioritarias relevantes a este documento se encuentran:

- Formular políticas con perspectiva de género para asegurar un

envejecimiento de calidad, tanto para las personas que viven en las ciudades como en el campo y la selva (C.18).

- Otorgar la más alta prioridad a las personas mayores en los planes de prevención, mitigación y atención de desastres (C.24).
- Adecuar las políticas de salud a los desafíos del variado y cambiante perfil epidemiológico resultante del envejecimiento y la transición epidemiológica (C.26).
- Favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor (C.29).
- Promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a las personas mayores que avancen en calidad de vida, seguridad económica y justicia social (C.30).
- Incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía (C.31). Esas mismas tendencias demográficas también suponen una proyección de disminución de la fecundidad adolescente en general, a pesar del aumento estratificado por clase social y edad, y un aumento del embarazo en la niñez (violación en todos los casos).

3) Efectos del cambio climático con consecuencias devastadoras,

especialmente en el Caribe, que no tienen el mismo impacto en hombres y en mujeres. Las catástrofes naturales duplican la vulnerabilidad social de mujeres y niñas, por ejemplo, en cuanto a su exposición a abusos y violaciones sexuales. Algunas expertas señalaron que en casos de desastres naturales, pasado el estado de emergencia, el seguimiento y la visibilidad de la situación de esos países queda diluida.

4) Desafíos netamente estructurales que deben atenderse para que la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud no reproduzca inequidades de género. Se indicó la necesidad de rediseñar los sistemas de salud y generar cambios estructurales que apunten a una mayor inversión pública nacional en salud y educación, con renglones específicos para acciones vinculadas a la promoción de la igualdad de género.

2.2. TG operacional o focalizada: temas clásicos, emergentes y detección de buenas prácticas

En lo referido a las iniciativas de TG operacional o focalizada, la evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas realizada por la OPS (CD54/INF/2, 2015) reveló una fuerte concentración en tres grandes temas: salud sexual y reproductiva, violencia contra las mujeres y VIH/sida. Los resultados publicados sobre estas



iniciativas se consolidaron en seis ejes de exploración (acceso universal a servicios de SSR, mortalidad materna, embarazo en la niñez y la adolescencia, transmisión del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia obstétrica y violencia infligida por la pareja íntima) disponibles en el anexo 2 bajo el título “TG operativa en temas clásicos de la agenda de género y salud”. Los expertos entrevistados indicaron la necesidad de profundizar en la educación sexual, el acceso a anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo, continuar trabajando hacia la erradicación de la violencia obstétrica, y desarrollar respuestas contundentes e intersectoriales al embarazo en la niñez y en la adolescencia, así como a la violencia infligida por la pareja íntima.

A pesar de que estos temas coparon los avances más prominentes en TGS de tipo focalizada, hubo avances incipientes, aunque sustantivos, en otros temas de la agenda de género y salud, como la salud de los hombres y las masculinidades, la salud de las personas LGBT, consumo problemático de sustancias tóxicas y género y salud mental y género, entre otras. A fin de poner en valor dichos avances, el anexo 3 consolida los resultados de algunas políticas o programas referidos a “TG operativa en temas emergentes de la agenda de género y salud”. Los hallazgos se ordenaron en cuatro ejes en línea con las metas de los ODS 3 y 5, los temas priorizados

por la Política de igualdad de género (OPS, 2005) y las Líneas Estratégicas de Acción para el periodo 2015-2019 de la OPS¹² (CD54/INF/2, 2015): salud de los hombres y masculinidades, atención de salud de la población LGBT, trabajo no remunerado de cuidados y salud, y salud mental y género.

Por último, cabe destacar que desde el 2008 al 2012, la Organización Panamericana de la Salud sistematizó buenas prácticas sobre TGS en la Región. En el anexo 4 se presentan algunas experiencias, junto a un resumen de sus acciones y logros.

2.3. Evaluaciones de la TG en el debate académico internacional actual

Existe un debate acerca de la efectividad de la TG en el contexto de los resultados de su aplicación en diferentes países. Desde el ámbito académico se critica la “vaporosidad” de la estrategia (Hankivsky, 2005; Daly, 2005; Aasen, 2006; Sundari Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007; Walby, 2005; Zalewski, 2010), hecho que también se destaca desde el mismo sistema de las Naciones Unidas (ONU-Mujeres, 2012). A pesar de ello, algunos autores y agencias de las Naciones Unidas aún esgrimen la TG como una estrategia importante para incorporar el género en las políticas sanitarias y reformar los procesos políticos en el sector salud para avanzar hacia la igualdad de género (Payne, 2011).

¹² Inciso 17.c: Ampliar el marco conceptual y las modalidades para promover y abordar las identidades de género, incluidos los temas de LGBT y masculinidades (entre otros), y sus vinculaciones con la etnicidad y otros determinantes sociales de la salud.

A continuación, se exponen algunas de las críticas realizadas sobre la TG para lograr la igualdad de género:

- Falta claridad en los objetivos de la estrategia, lo cual dificulta la evaluación del éxito en su aplicación (Payne, 2011; Standing, 2004; Theobald et al, 2005). Esta situación mejoraría con la introducción de herramientas robustas de monitoreo y evaluación (Moser, 2006).
- La transformación radical propuesta por la TG fue reemplazada por un enfoque “tecnocrático” de las burocracias de los estados neoliberales y las políticas de los organismos internacionales, que no logra alterar las relaciones de poder (Baden & Goetz, 1998; Jahan, 1995). En esta línea, algunos autores criticaron la falta de definición de una metodología para el cambio social de la estrategia de TG (Guijt & Shah, 1998); otros consideraron que la estrategia no es más que una nueva presentación del feminismo que efectivamente neutraliza su poder transformador al crear una versión aceptable y despolitizada de la subordinación de las mujeres (McRobbie, 2008). Por otra parte, se critica el concepto de género utilizado, que es muy limitado y modera los reclamos por la igualdad de la TG. En resumen, la aplicación de la TG hace que las desigualdades entre hombres y mujeres sean más difíciles de identificar y de abordar (Charlesworth, 2005:2).
- Ravindran y Kelkar-Kambete (2008) atribuyeron la falta de progresos de esta estrategia en salud a las siguientes causas: 1) la despolitización y desvinculación de la TG de las agendas de cambio y justicia social; 2) la adopción de enfoques de aplicación de arriba abajo; 3) la hostilidad creciente hacia las cuestiones de justicia y equidad en la política global; y 4) la creciente privatización y retracción del rol del estado en la gestión de salud.
- Tal como indicaron Zalewski (2010) y Tolhurst et al. (2012), la estrategia de TG asume que las identidades de género se basan en el sexo y son claramente identificables. De esta manera, reproduce la concepción binaria del género (femenino/masculino) anterior a los desarrollos del posestructuralismo. Esta caracterización del género omite, por ejemplo, los cuerpos intersex (Sterling, 2000), desconoce la institucionalización de la heteronormatividad, que supone esa distinción e invisibiliza las identidades de género diversas. Además, esta caracterización del género exige normas y roles estáticos que ignoran los posicionamientos subjetivos dinámicos que interactúan con las diferentes distribuciones sociales del poder en función del contexto. El feminismo poscolonial, por ejemplo, señaló las diferencias de jerarquías entre mujeres en función de la etnia, nacionalidad, clase social, sexualidad, y otros factores, que no pueden



simplemente agregarse al binarismo de género (Mohanty, 1988). Como señaló ya Tolhurst, et al. (2012:445):

“Esto resuena con la perspectiva que afirma que las herramientas de análisis de género utilizadas como base para la TG han tendido a tratar a mujeres y hombres como categorías de análisis unitarias y unidimensionales, o han tenido débiles orientaciones para considerar cómo las experiencias de mujeres y hombres son diferentes según la geografía, pobreza, etc., lo que las torna insuficientes para permitir un análisis robusto de estas intersecciones” (Hankivsky, 2005, traducción propia).

En este sentido, Bacchi y Eveline (2009) propusieron utilizar el género como verbo más que como sustantivo, ofreciendo tres intervenciones teóricas para trasladar el foco desde las categorías fijas entre personas hacia las relaciones sociales entre ellas:

1) entender el género como un principio social más que como un sinónimo de la mujer, o como una abreviación para “hombres y mujeres”, 2) convertir las relaciones de género en una noción central en las discusiones, dirigiendo la atención a las prácticas de género, 3) resaltar el enfoque en “hacer”; es decir, referir al género como un verbo más que como un sustantivo.

Estas intervenciones teóricas ofrecen la oportunidad de examinar el impacto de suponer un género en el mantenimiento

de relaciones sociales jerárquicas más allá de las relaciones entre hombres y mujeres. El objetivo era tratar el género, no como una característica de las personas o como un manto cultural que debe eliminarse, sino como una “constelación de ideas y prácticas sociales que están históricamente situadas y que construyen sistemas múltiples de opresión” (Hill Collins 1999:263, traducción propia; Bacchi y Eveline, 2009:3-4).

Tolhurst, et al. (2012) señalaron que, para avanzar hacia la igualdad de género en salud, la acción social y política debe ser informada por la teoría feminista contemporánea. Si el género es performativo, como señaló Judith Butler, se reescribe en cada interacción y acción cotidiana, al tiempo que las instituciones y las organizaciones fijan esta fluidez a través de políticas, leyes y cultura organizacional.

Por último, una recomendación muy enfática fue recuperar la característica relacional de la categoría de género, las diferencias intragenéricas y hacer visibles las masculinidades en las políticas de TG (Barker et al., 2010).

- El paquete formativo sobre transversalidad del enfoque denominado *one-size-one-shot fits all* no habría ayudado: “cada contexto nacional y local difiere, así como las particularidades sectoriales, lo cual es una invitación a descartar enfoques genéricos y a elaborar instrumentos

adaptados a las realidades específicas” (Barrig, 2015:12).

- Las políticas de TG pueden “evaporarse”, entre otros factores, por la escasez de recursos o la presencia de culturas institucionales adversas a la igualdad. Cuando las maquinarias de género son vulnerables, como ocurre en América Latina y el Caribe (Rodríguez Gustá, 2008), la evaporación se acelera (Moser y Moser, 2005).
- Existen recursos para la TG (guías, herramientas y listas de chequeo), pero no son suficiente para traducirse en prácticas transformadoras de las desigualdades de género (Hankivsky, 2005).
- El concepto de TG necesita mayor elaboración, y debe replantearse para describir mejor la articulación entre TG y cambio social así como la problemática de la desigualdad de género que busca revertir (Daly, 2005). En esta línea, otras autoras afirmaron que la TG se evidencia inconducente, que la estrategia es muy limitada porque prioriza al género como eje central de discriminación y no hace una lectura desde la perspectiva intersectorial en sentido estricto (Hankivsky, 2005). Olenka Hankivsky afirmó que es necesaria una alternativa a la TG que refleje una comprensión más profunda de la interseccionalidad, es decir, la combinación simultánea de opresiones que generan una forma de discriminación completamente

diferente a cualquier forma de discriminación aislada. Tanto Hankivsky como Squires (2007) proponen la transversalización de la diversidad en lugar del género, porque esta trascendería categorías identitarias fijas, unidimensionales y enfatizaría el carácter multidimensional de la identidad de las personas.

Squires (2005) propone mecanismos deliberativos como los foros ciudadanos para mejorar el carácter transformativo del modelo de la transversalización. En este sentido, tanto Hankivsky como Squires comparten con todos los enfoques de defensa de la interseccionalidad una crítica a las políticas de identidad por sus tendencias aditivas, políticamente fragmentarias y esencializantes (Phoenix y Pattynama, 2006: 187). Puede encontrarse un intento de operacionalización de esta perspectiva en las políticas, la investigación, las prácticas y la docencia en *Intersectionality 101* (Hankivsky, 2014). Aquellos autores que apoyan transversalizar la diversidad en lugar del género, como Bacchi y Evelin (2009), sostienen que estas reformas pueden asumir direcciones antiprogresistas y, por tanto, redirigen la atención a los procesos y las prácticas que brindan contenido y forma a las iniciativas, (llamadas “políticas del hacer”), que serían las que finalmente producirán el cambio social. Las respuestas a las necesidades y deseos de diversos grupos de mujeres resultarán de formas de “hacer” democráticas e inclusivas,



que privilegien especialmente a las mujeres marginalizadas en los debates sobre las políticas. Con este objetivo en mente, introducen los conceptos de “coalición de compromisos” y “escucha profunda” a fin de generar discusiones sobre las cuestiones durante el debate.

Por último, otros autores señalaron que la propuesta de transversalización de diversidad (TD) podría diluir la atención al género como determinante social de la salud si los recursos se asignan a la atención de inequidades en general, si no hay un foco, si se carece de una apreciación de las causas profundas de la inequidad, o si se produce competencia entre las prioridades de diferentes formas de inequidades (Woodward, 2005 citado por Walby, 2005:330).

En respuesta a algunas de estas críticas y lagunas de la estrategia, Tolhurst et al. (2012) sistematizaron los modos de mejorar la estrategia de TG en la salud global. Identificaron las cuestiones centrales y propusieron una agenda de investigación y acción para mejorar el alcance e impacto de la TG, a saber:

1. Reconocer la desconexión entre la ejecución de la TG y la teoría feminista contemporánea: es necesaria la aplicación de una definición actualizada de género en armonía con la teoría feminista contemporánea. En un abordaje cuantitativo, ello implica incluir más de dos categorías de género en las encuestas e información de rutina y permitir a los usuarios definirse al margen del binarismo de género.
2. Desarrollar metodologías apropiadas para el análisis de género: la desagregación de información por sexo y clase social es importante, aunque se llamó la atención sobre el riesgo de reforzar el binarismo de género mediante este desglose. Se sugirió la triangulación con análisis cualitativos para avanzar en la comprensión de la experiencia vivida por las mujeres y los hombres, utilizando enfoques participativos que sean sensibles a las distribución de poder en los procesos a explicar y en su análisis.
3. Desarrollar una teoría del cambio coherente en TG: una descripción crítica de la TG la caracteriza como “un concepto en busca de una metodología” (Guijt & Shah, 1998:6, citado por Tolhurst et al., 2012:1828) dado que presta poca atención a generar metodologías que produzcan cambios consecuentes con los postulados feministas. Más bien, se asumió que los estados adoptarían su función de transformación social en este sentido (Daly, 2005; Standing, 2004), hecho que no ocurrió. Para algunos, este hecho no fue fortuito, sino que iba dirigido a neutralizar las reivindicaciones feministas que colocaron el concepto de TG en la agenda originalmente. Ante esta situación, resulta crucial generar marcos estratégicos para integrar el género en ambientes burocráticos,

y para ello se necesitan objetivos y grupos destinatarios específicos, y procesos de planificación de abajo arriba que capten los intereses y prioridades de diferentes grupos de mujeres y hombres.

4. Buscar resolución a dilemas e incertidumbres en torno al lugar de los hombres y los niños en la TG: el rol de los hombres y niños en la TG supone un dilema, ya que pueden ser incluidos instrumentalmente para lograr la salud de la mujer o bien pueden ser sujetos de las políticas, a la luz de la construcción de género en sí misma. Una posición matizada plantea que la reconfiguración de la masculinidad hegemónica opera sobre los intereses de mujeres y hombres. Revisiones del rol de hombres y niños en los programas de salud mostraron que las intervenciones transformativas de las relaciones de género son más efectivas para cambiar los comportamientos y actitudes de los hombres y que por tanto es necesario asegurar a las mujeres su voz en ese proceso para prevenir consecuencias indeseadas como la consolidación del poder por parte de los hombres (OMS, 2007; Barker et al., 2010, citado por Tolhurst et al., 2012:1830). Por otra parte, la evidencia muestra la necesidad de abordar la concentración de poder estructural (no solo individual) de los hombres, así como evitar la falsa equivalencia entre las vulnerabilidades de hombres y mujeres sobre todo en el abordaje de la violencia basada en el

género (VBG) (Esplen & Greig, 2007, citado por Tolhurst et al., 2012).

5. Desarrollar políticas de interseccionalidad: es reconocido que las nociones de identidad pueden naturalizar formas sociales, políticas y económicas de exclusión, pero estos grupos subalternos o marginalizados pueden distinguir sus diferencias temporalmente para crear el sentido de identidad colectiva necesario para el movimiento político, tal como describe Spivak con su concepto de "esencialismo estratégico". El artículo de Tolhurst et al. (ibídem: 1831) aborda la alternativa a la TG propuesta por Hankivsky (2005), poniendo de relieve una diferencia de posiciones cuya resolución requerirá de procesos de consenso que incluyan voces que representen valores de la justicia social y la equidad de género.

Para finalizar este repaso de la evaluación de la estrategia de TG en el debate académico, cabe destacar un aspecto que no se encontró señalado como tal en ninguna publicación: la estrategia de TG puede haber resultado inefectiva por la falta de cumplimiento (sostenido en el tiempo) de todos los requisitos institucionales de la TG definidos por la resolución del ECOSOC de 1997. La TG parece haberse institucionalizado, en muchos casos, de forma semántica, sin correspondencias integrales en la reorganización de la estructura y cultura institucional (planes, asignaciones presupuestarias específicas, etc.) y, colateralmente,



sin un impacto medido y documentado sobre la incorporación de la perspectiva de género en el ciclo de programación desde un enfoque interseccional y de curso de vida. Algunas personas expertas entrevistadas mencionaron que la retórica de la integración de la perspectiva de género en salud debe respaldarse con acciones concretas. En este sentido, se destacaron aquellos enfoques de trabajo que incluían los conceptos de curso de vida, interculturalidad e interseccionalidad de manera operativa y efectiva. En particular, en relación con el enfoque intercultural, se subrayó la importancia

de mejorar la oferta de servicios respetuosos de los derechos humanos así como el resto de adaptaciones necesarias para satisfacer las necesidades específicas de la población rural general, los pueblos originarios, y los migrantes, desde una perspectiva de género.

Por último, cabe destacar que la revisión emprendida por este documento analítico debe mantenerse actualizada y reorientarse continuamente en el marco de los nuevos mandatos y compromisos asumidos por los países de la Región de las Américas.

CAPÍTULO 3

Conclusiones y algunas recomendaciones

La transversalización de género es la estrategia vigente para lograr la igualdad de género, a pesar de que existen lagunas notables en la evaluación de los resultados de la TGS.

La Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) tiene como prioridad renovar las estrategias hacia la igualdad de género en salud en función de los resultados y lecciones aprendidas, así como de los compromisos asumidos por los estados de la Región de las Américas. Este documento analítico ha repasado ambos, destacando las metas establecidas en los ODS, la Agenda Regional de Género de la CEPAL y la Política de Igualdad de Género de la OPS, y revisando los resultados de la aplicación de la TGS en las Américas, documentada en publicaciones científicas y a través de opiniones expertas. Estas evidencias revelaron una expansión de la retórica referida a la incorporación de la perspectiva de género en salud, pero una frágil definición del enfoque de género adoptado, una adecuación institucional desapareja con los requisitos de la TG y un notable desconocimiento de los resultados de la TG hacia una mayor IG en salud. Se detectaron acciones a nivel de proyectos o programas, pero con fuertes limitaciones en la aplicación de un enfoque basado en resultados y

temáticas muy centradas en mujeres y salud sexual y reproductiva. El impacto de las políticas nacionales de salud hacia la IG es difuso, tanto en las mujeres y hombres en general, como a nivel de las instituciones de salud.

En consecuencia, a pesar de logros puntuales en la aplicación de la estrategia de TGS en la Región, hay poco avance en muchos países o resultados menos que óptimos en miras a lograr la igualdad de género real en salud. Dado que este resultado no depende solo del sector salud sino de un trabajo intersectorial sostenido, es urgente revigorizar la TGS, y para ello se identificaron las siguientes recomendaciones.

3.1. Satisfacer los requisitos mínimos para el desarrollo de la TG institucional y programática

Si bien la generación de planes nacionales es uno de los requisitos de mayor cumplimiento, es necesario revisar dichas estrategias, ampliar los componentes de la agenda de género y salud incluidos (más allá de la salud sexual y reproductiva), y adoptar un plan de gestión basado en resultados que busque reducir la brecha entre el componente aspiracional o declarativo y los resultados concretos hacia la IG.



Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, como organismos estatales que centralizan la responsabilidad de la ejecución de la política de género, requieren un plan estratégico que cumpla los requisitos institucionales para la TG y una partida presupuestaria acorde al desenvolvimiento efectivo del plan. Morrison (2004) señaló como crucial la creación de una unidad central para la TG, asignándole el nivel uno en su categorización de prioridades para la TG (aquellas que afectan a las estructuras, políticas, procedimientos y culturas de una organización). Las estrategias de institucionalización de los planes de género deben blindar sus contenidos y acciones a pesar de los cambios de gobierno, así como facilitar los mecanismos estándar de articulación intersectorial. Los países más avanzados en la aplicación de políticas hacia la IG como Canadá poseen fuertes instancias de coordinación de estas políticas en todos los sectores del gobierno nacional.

Por último, a nivel de los países y la Región, resulta imprescindible la revisión del marco normativo vigente, las lagunas legales y normativas imprescindibles para la ampliación de derechos y un plan de incidencia para su desarrollo. Algunos ejemplos de temas que deben ser abordados incluyen la ampliación de las licencias por maternidad y paternidad, el reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, la implementación de

currículos educativos sensibles al género en todos los niveles educativos (incluidos los de formación de pregrado), el financiamiento de temas estratégicos de investigación académica aplicada sobre la transversalización de género, las políticas de paridad y la promoción del liderazgo de las mujeres en puestos de toma de decisiones.

La mayoría de estas consideraciones ya se encuentran reflejadas en las políticas y planes de TG específicos del sector salud, por lo que el objetivo debe ser reducir las brechas existentes entre el nivel declarativo de las políticas y los resultados concretos hacia el logro de la IGS. A continuación se resumen los hallazgos respecto a requisitos para la TG en el sector salud.

La institucionalización de renglones presupuestarios específicos para las actividades de TG resulta imprescindible para sostener cualquier política o programa. La falta de recursos autogestionados por los estados no permite el desarrollo continuo que requiere la estrategia de TG y es uno de los causantes de la “evaporación” de la estrategia. Esta carencia también merma la posibilidad de contar con el capital humano adecuado para el logro de la IGS.

Una laguna significativa documentada fue la falta de sistematicidad y continuidad que requiere el fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud, así como de programas de

formación integrales que permitan abordar los componentes valorativos (valores, creencias y actitudes referidas a un *habitus* de género) y las habilidades necesarias para la transformación de las relaciones de género inequitativas. Un aspecto favorable es que se registró una demanda concreta por parte de los estados en recibir apoyo técnico en el área de género y salud en general, y en áreas temáticas de visibilidad emergente como las priorizadas por la OPS (LGBT, masculinidades, y mecanismos específicos de integración de la perspectiva de género en el análisis de datos, el monitoreo y la evaluación y en estrategias de incidencia política). La generación de capacidades debería integrarse en los planes de estudios para proveedores de salud, no solo para gestores de las políticas públicas.

Se detectó una ausencia significativa de resultados documentados acerca del análisis de género en salud en la Región. Canadá fue el único país donde se registró un modelo sólido de uso nacional para producir este análisis con un fuerte enfoque interseccional (GBA+). La generación de capacidades para producir un análisis de género en salud se evidencia como prioritario.

Una de las recomendaciones clave extraídas del análisis, que además conforma un eje prioritario de la Política de igualdad de género de la OPS, es mejorar los sistemas de información a nivel nacional y regional. Una buena práctica sería la realización de Encuestas

Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) y encuestas de hogares con preguntas de comparabilidad regional, así como con datos desagregados no solo por sexo y edad, sino también por otras variables clave que constituyen determinantes sociales de la salud. También sería beneficioso considerar ejes de exploración desatendidos en el diseño de políticas de género y salud como la edad de la menarquia y mejorar en general los sistemas de registro.

Una de las consecuencias de esta falta de información es la imposibilidad de establecer planes de monitoreo y evaluación de los resultados de las políticas. Es fundamental trazar una línea de base, así como definir indicadores regionales de proceso, resultado e impacto sensibles al género; dichos indicadores no deberían ser puramente cuantitativos, sino que deberían medir las transformaciones cualitativas de las relaciones de poder inter e intragenéricas.

La rendición de cuentas constituye otro gran reto pendiente para aquellas políticas que buscan transversalizar el género. Se registraron muy pocos incentivos para el logro de buenos resultados en TG y muy poca sanción ante el fracaso de las acciones (ONU-Mujeres, 2011).

Por último, la participación de organizaciones de la sociedad civil (movimientos sociales de mujeres y, más ampliamente, de grupos diversos que



abogan por la equidad en salud) requiere mayor financiamiento e inclusión en todo el ciclo de programación, incluido el diseño y la vigilancia.

3.2. Acordar la definición operativa de la estrategia de TG en salud

No es posible ejecutar una estrategia de forma eficaz sin un plan preciso que define claramente su enfoque, componentes, acciones y resultados esperados. Asegurar que tales elementos diversos produzcan resultados coherentes requiere un plan estratégico claramente definido (Murison, 2004:131, traducción propia). En el caso de la TG, es necesario diferenciar claramente entre TG institucional, TG operativa, y su impacto en la IG y el empoderamiento de niñas y mujeres en la comunidad más amplia. Para ello, será imprescindible definir claramente los requisitos para operacionalizar la estrategia en políticas institucionales nacionales y programas específicos, delimitar el impacto esperado en la población, y monitorear y evaluar procesos y resultados. Acordar estas definiciones a nivel regional favorecería, además, la comparabilidad de progresos y la colaboración entre países.

La definición operativa de la perspectiva de género debe estar dirigida a producir efectos transformadores en las relaciones de género desiguales, incorporando los avances de la teoría feminista de las últimas décadas, abandonando el binarismo de género y operando desde la comprensión de

cómo se produce el cambio social hacia la IG.

La perspectiva de género debe avanzar la igualdad real desde tres enfoques críticos para las políticas públicas (intersectorialidad, curso de vida e interculturalidad) y garantizar la integridad de los derechos humanos y la optimización de recursos y resultados.

Este documento analítico encontró evidencia que afirma que la acción positiva dirigida a las mujeres es poco eficaz si no se trabaja en las normas institucionales discriminatorias y en la redistribución de recursos, poder y cese de privilegios de los hombres. Por lo tanto, se recomienda complementar la estrategia de TG con la estrategia de empoderamiento de las mujeres, trabajando de forma paralela en la reconfiguración de la masculinidad hegemónica, que tiene implicaciones importantes en la salud de muchos hombres.

3.3. Priorizar políticas de TGS que busquen transformar los nudos estructurales que impiden el avance hacia la IG

La evidencia indica que fue más sencillo incorporar la perspectiva de género en programas focalizados que se concentraron en temas clásicos de la agenda de género y salud (principalmente, salud sexual y reproductiva). Se requiere ampliar esos temas a otros emergentes de la

agenda de género y salud y, cuando sea necesario, revisar y precisar el enfoque de género utilizado para el análisis (dado que afecta a la programación).

Las políticas de TG focalizadas se beneficiarían de una revisión sistemática a la luz de las aclaraciones sugeridas sobre los enfoques y contenidos; además, se deberían priorizar aquellos programas que abordan los “nudos estructurales que impiden el avance hacia la igualdad de género”¹³ según la Estrategia de Montevideo (ECLAC, 2017e:14) y confluyen con metas clave de los ODS y las prioridades de la Política de igualdad de género de la OPS (2005). Algunos ejemplos de metas estructurales armonizadas con los principales marcos normativos para la TG son:

- Reconocer y valorar el impacto de la economía del cuidado en el sector salud y en la salud de las mujeres para generar políticas más justas.
- Prevenir y reducir el embarazo en la niñez y la adolescencia. Existen buenas iniciativas regionales, intersectoriales y con un presupuesto específico asignado (p. ej., el Plan ENIA en Argentina¹⁴), que podrían ser armonizadas y monitoreadas a nivel nacional y regional.
- Promover desde la infancia una educación inclusiva de la diversidad

y sensible al género, en línea con las nuevas orientaciones de la UNESCO (2018).

- Promover la salud de los hombres abordando la construcción de las masculinidades y sus implicaciones.
- Promover la salud y disminuir las barreras de acceso a servicios de salud para las poblaciones más desfavorecidas: poblaciones rurales, pueblos originarios, afrodescendientes, migrantes, LGBT, trabajadoras sexuales, etc.

3.4. Optimizar las oportunidades de la Región para generar estrategias a nivel regional o subregional que permitan avanzar hacia la IGS

Los expertos entrevistados señalaron diferentes oportunidades a nivel regional que podrían ser optimizadas en la generación de una nueva hoja de ruta hacia la IGS que aborde los desafíos coyunturales; a continuación se resumen algunas de estas oportunidades.

Reafirmar el apoyo a compromisos internacionales, regionales y nacionales asumidos por los estados puede ser un recurso importante para reavivar las discusiones y acciones necesarias para garantizar la igualdad de género. Por ejemplo, esta táctica fue útil para reducir la mortalidad materna durante la

¹³ La Estrategia de Montevideo (CEPAL, 2017e) considera cuatro desafíos: a) la desigualdad económica y la persistencia de la pobreza; b) los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio; c) la división sexual del trabajo y la injusta organización del cuidado; y d) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público.

¹⁴ Ver: <https://www.argentina.gob.ar/planenia>.



vigencia de los ODM. Actualmente existen oportunidades para profundizar la agenda de género y salud en la Región a través de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la centralidad creciente de los determinantes sociales de la salud en la agenda global y las próximas recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OPS.

También se indicó que la Región cuenta con recursos económicos e instituciones independientes que, aunque jóvenes, se encuentran en proceso de consolidación. Fortalecer los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer nacionales es otra de las tácticas sugeridas para profundizar la aplicación de la TGS, junto a la generación de alianzas con nuevas generaciones de hombres y mujeres, nacidos durante la democracia y más sensibles al discurso de los derechos humanos. La presencia de estos grupos etarios de la población se ha visto en los reclamos sociales, por ejemplo, a favor de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en Argentina en 2018.

Asimismo, se indicó que sería deseable realizar un uso estratégico de los mecanismos disponibles para la integración de políticas regionales como, por ejemplo, la Comisión Técnica de Género y Salud del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

Por último, deben abordarse los desafíos coyunturales expuestos en el capítulo

anterior, entre ellos, la incidencia política de grupos conservadores contra la agenda por la IG y muy especialmente contra la autonomía de las mujeres. Los expertos señalaron la necesidad de acordar una estrategia activa y de largo plazo que busque neutralizar estas acometidas por tres vías: a) diseñar planes de movilización legal a nivel nacional y supranacional para trasladar estos temas a tribunales internacionales como el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, b) generar y dar seguimiento a reuniones que insten a organismos internacionales, gobiernos, academia y grupos de la sociedad civil a dar una respuesta organizada, y c) fortalecer a aquellos movimientos de mujeres que se encuentran desfinanciados y con cierto nivel de desorganización en su misión común.

En relación al cambio climático, su impacto en la salud y el bienestar, especialmente en los países más pobres de la subregión del Caribe, demanda estrategias de mitigación de daños sensibles al género. Lo mismo ocurre con el envejecimiento poblacional proyectado en la Región y las políticas públicas relacionadas con un envejecimiento activo y saludable. Estas deberían garantizar el cuidado remunerado dentro del sistema de protección social (tareas que suelen asumir informalmente las mujeres del círculo familiar) e incorporar la salud sexual y reproductiva también para personas mayores.

3.5. Incentivar la documentación de políticas basadas en resultados que permita detectar las mejores estrategias

Por un lado, incentivar la generación de evidencia “desde arriba” (a nivel nacional), pero también mapear, sistematizar y documentar las buenas prácticas para la generación de evidencia “desde abajo”. Algunos autores notaron que la aplicación de la estrategia de TG resultó más viable en jurisdicciones de menor escala y en instituciones más pequeñas (Barrig, 2015).

Referencias

Aguayo F, Nascimento M. Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2016;22:207-220.

Agudelo Bolero M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009; 27(2): 169-176.

Aguiar Siqueira FA, et al. Promoção e Prevenção à Saúde Sexual Masculina: Desafios das Equipes de Saúde da Família José Pinheiro. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011;15(2):191-200.

Amador C, Hanna M, Villadiego M. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia. *Revista Cuidarte*. 2015;8(1):1449-1458.

Alcaraz Agüero M, Fong Estrada A, Laborí Ruiz JR, Alayo Blanco M, García Álvarez R. Capacitación a personas cuidadoras de pacientes con demencia. *MEDISAN*. 2009;13(2).

Andrade J, de Oliveira Castro S, de Souza Heitor SFD, Pereira de Andrade W, Atihe, CC. Indicators of violence against women according to the reports of health services in the state of Minas Gerais-Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(3):e2880015.

Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Ellsberg M. Interventions to Prevent or Reduce Violence Against Women and Girls: A Systematic Review of Reviews. *Women's voice, agency, and participation research series*. Washington, DC: Banco Mundial. 2014;10.

Arcos, E, et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Méd Chile*. 2007;135:708-717.

Aristizábal ET, Ríos García, AL, del Pozo Serrano FJ. Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Revista Salud Uninorte*. 2016;32(2):256-267.

Arriola S. Presupuestos sensibles al género, el caso de México, *Revista Nómada*, Universidad Central, Bogotá, Colombia. 2006;24.

Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*. 2010; 52(4):350-356.

Aasen B. Lessons from evaluations of women and gender equality in development cooperation. Norwegian Institute for Urban and Regional research (NIBR) Synthesis Report 2006/1. NORAD. 2006.

Aguirre R, Ferrari F. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro. Santiago de Chile: CEPAL. 2014.

Alvarez S, The Latin American Feminist NGO "Boom". *International Feminist Journal of Politics*. 1999;1(2):181-209.

Aspiazu E. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*. 2016;19(1).

Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*. 2011;53(2):160-171.

Avakyan Y, Bachan K, Davis VR, Fish K, Getman C, Romah L, et al. Gender Practitioners Collaborative minimum standards for mainstreaming gender equality. ACDI/VOCA, FHI360, Land O'Lakes International Development, Mercy Corps, Winrock International, World Vision. 2017. Disponible en <http://dldocs.mercycorps.org/MinimumStandards-MainstreamingGenderEquality.pdf>

Azhar S, Berringer K, Epperson M. A Systematic Review of HIV Prevention Interventions Targeting Women with Criminal Justice Involvement. *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2014;5(3):253-289.

Bacchi C, Eveline J. Gender Mainstreaming or Diversity Mainstreaming? The Politics of "Doing". *NORA Nordic Journal of Feminist and Gender Research*. 2009;17(1):2-17.

Baden S, Goetz AM. Who needs [sex] when you can have [gender]? Conflicting discourses on gender at Beijing. En Pearson R, Jackson C, eds.. *Feminist visions of development: Gender analysis and policy*. Londres: Routledge;1998.

Báez-Feliciano DV, Thomas JC, Gómez MA, Miranda S, Fernández DM, Velázquez M, et al. Changes in the AIDS epidemiologic situation in Puerto Rico following health care reform and the introduction of HAART. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17(2):92-101.

Banchero S, Mihoff M. Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2017;7(1): 7-35. [Publicación electrónica 31 de mayo de 2017].

Barbosa LB, Dimenstein M, Leite, JF. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2014;32(2):309-320.

Bareiro L, Torres I. Gobernabilidad Democrática, Género y Derechos de las Mujeres en América Latina y el Caribe, Centro de Documentación y Estudios (CDE-Paraguay). Apoyado por

International Development Research Centre (IDRC)/Gobierno de Canadá. 2010.

Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions. Organización Mundial de la Salud. 2008.

Barker G, et al. What men have to do with it. Public policies to promote gender equality. ICRW and Instituto Promundo. 2010. Disponible en: <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/What-Men-Have-to-Do-With-It.pdf>.

Batthyány K, Genta N, Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Revista Estudios Feministas*. 2017;25(1):187-213.

Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Silverman-Retana O, Contreras-Loya D, Romero-Martínez M, Magis-Rodríguez C, et al. The role of supply-side characteristics of services in AIDS mortality in Mexico. *Salud Pública de México*. 2015;57(2):s153-s162.

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora Icaza ME. El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(4):231-236.

Bekker J. Investigating gender within health research is more than sex

disaggregation of data: a Multi-Facet and Health Model. *Psychol Health Med*. 2003; 8:231-243.

Bertolini D, Natália Pacharone, Simonetti JP. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Escola Anna Nery*. 2014;18(4):722-727.

Binstock G. Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común. UNFPA. 2016.

Borges LM, Seidl EMF. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012;32(1):66-81.

Bott S, Morrison A, Ellsberg M. Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: A global review and analysis. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, DC, USA: Banco Mundial. 2005.

Brazil K, Thabane L, Foster G, Bédard M. Gender differences among Canadian spousal caregivers at the end of life. *Health Soc Care Community*. 2009;17(2):159-166.

Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy*. 2012;106:88-96.

Briozzo L, Gómez Ponce de León R, Tomasso G, Faúndes A. Mortalidad materna total y asociada al aborto en los últimos 25 años en el Uruguay, y su relación con políticas y acciones de protección de los derechos de la mujer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2016;134:S20-S23.

Briozzo L. De la reducción de riesgos a la despenalización del aborto, el modelo uruguayo por los derechos de la mujer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2016;134:S3-S6

Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, et al. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: nota sobre el estado de situación en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(51):673-684.

Budlender D. The Political Economy of Women's Budgets in the South, *World Development*. 2000;28(7):1365-1378.

Budlender D, Elson D, Hewitt G, Mukhopadhyay T. *Gender budget make cents*. London: Commonwealth Secretariat. 2002.

Bula A, Romero J, Keiner G. Mortalidad materna en la gestante wayúu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2017;6(1):46-53.

Canadian International Development Agency (CIDA). *CIDA's Policy on gender equality*, Quebec. 1999.

Cabiya JJ, Canino G, Chavez L, Ramirez R, Alegria M, Shrout P, et al. Gender disparities in mental health service use of Puerto Rican children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(8):840-848.

Campos Meira E, Araújo dos Reis L, Hisako Takase Gonçalves, L, Palmarella Rodrigues V, Rita Radl P. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Escola Anna Nery*. 2017; 21(2):1-8:e20170046].

Caravaca-Morera JA, Bennington M, Williams C, Mackinnon K, Ross LE. *Contemporalis homo sacer: barriers to accessing healthcare services for trans populations*. *Enferm*. 2017; 26(3):e3710016.

Cardaci D. *Ordenando Relatos. Investigaciones sobre Salud y Género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer*. Salud colectiva, Buenos Aires. 2006;2(1):21-34

Cardozo Rocon P, Rodrigues A, Zamboni J, Dias Pedrini M, Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(8):2517-2525.

Carrizo Villalobos CC. Accesibilidad a los servicios de salud mental con perspectiva de diversidad de género. En el Primer y Segundo Nivel de Atención en la localidad de Alta Gracia, año 2014. *Revista de Salud Pública*. 2016;20(3):60-71.

Casal MI, Pugliese CA. Servicios amigables para poblaciones Trans: ¿Una estrategia de accesibilidad? V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2009.

Castillo Riascos LL. Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes. Revista Salud Uninorte. 2016;32(3):543-551.

Castro R. Pautas de género en el desarrollo del hábitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. Salud Colectiva, Buenos Aires. 2014;10(3):339-351.

Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED. 2014;19(1).

CEDAW. La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing cumplen 20 años. Informe resumido. ONU-Mujeres. 2015.

CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 2017a.

CEPAL. La Agenda 2030 y la Agenda Regional de Género. Sinergias para la igualdad en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 2017b.

CEPAL. 40 años de agenda regional de género (LC/G.2682), Santiago. 2017c. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40333/1/S1600560_es.pdf.

CEPAL. Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe: mapas de ruta para el desarrollo, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Estudios, N° 1 (LC/PUB.2017/1), Santiago de Chile. 2017d.

CEPAL. Montevideo Strategy for Implementation of the Regional Gender Agenda within the Sustainable Development Framework by 2030. XIII Conference on Women in Latin America and the Caribbean (Montevideo, 25-28 de Oct, 2016), Santiago (Chile). 2017e. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41013>.

CEPAL. Autonomía de las mujeres e igualdad de género en la agenda de desarrollo sostenible (LC/G.2686/Rev.1), Santiago de Chile. 2016.

CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2016. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2017f.

CEPAL. Montevideo Consensus on Population and Development. First session of the Regional Conference on Population and Development in Latin America and the Caribbean: Full Integration of Population Dynamics into Rights-based Sustainable Development with Equality: Key to the Cairo Programme of Action beyond 2014. Santiago (Chile). 2013.

Charlesworth H. Not waving but drowning. Gender mainstreaming and Human Rights in the United Nations. Harvard Human Rights Journal. 2005;18.

Charbell M, Haddad K, et al. Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2015;24(4):771-776.

Chávez Polanco A, Alvarez P A, Wu HE, Peña DA, Vizueta RE. (2007). Evolución de la transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile. Revista chilena de infectología. 2007;24(5): 368-371.

Chile, Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Cuarto Plan Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres 2018-2030. Santiago (Chile). 2018.

Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: primeros resultados. Santiago. 2017.

Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, ChattopadhyaySK, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2012;42(3):272-274.

Ciampolini Leal A, Pessoa de Melo Hermida R, Frederico Júnior A, de Souza Fernandes L, Duarte Takiuti A. Atención integral a la salud del adolescente y el joven LGBT en el programa para adolescentes de la provincia de San Pablo implementando las directrices participativas. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2016;87(1):S60-S67.

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: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health. 2009.

Coello R. Experiencias de Presupuestos con enfoque de género en América Latina: Una mirada desde la economía feminista. Ponencia presentada en el II Congreso de Economía feminista. ONU-Mujeres. 2009.

Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual 2010.

Cook JL, Majd M, Blake J, et al. Measuring Maternal Mortality and Morbidity in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(11):1028-1037.

Cooke M, et al. Incorporating sex, gender and vulnerable populations in a large multisite health research programme: The Ontario Pharmacy Evidence Network as a case study. Health Research Policy and Systems. 2017;15(1).

Costa Flora M, Rodrigues Ferreira RF, Carvalho Paiva H, Gonçalves da Cruz M. Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013;10:125-134.

Couti MT, et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface- Comunic., Saúde, Educ*. 2010;14(33):257-270.

Couto Marcia T, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2569-2578

Couture MC, Soto JC, Akom E, Joseph G, Zunzunegui MV. Violence against intimate partners and associations with inconsistent condom use among clients of female sex workers in Haiti. *Public Health Reports (1974-)*. 2010; 125(6):896-902.

Covarrubias Delgado L, Andrade Cepeda Rosa MG. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index de Enfermería*. 2012;21(3):131-135.

Da Graça Costa M, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015;24(1):13-28.

Daly M. Gender mainstreaming in theory and practice. *Social Policy*. 2005;12(3):433-450.

de Carvalho Barbosa L, Cangiani Fabbro MR, Pereira dos Reis Machado G. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería*. 2017;35(2):190-207.

Debusscher P. Gender Mainstreaming in European Union Development Policy toward Latin America: Transforming Gender Relations or Confirming Hierarchies? *Latin American Perspectives*. 2012;39(6):181-197.

del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2013;30(3):461-464.

del Castillo S E., Roth AN, Wartski CI, Rojas R, Chacón OA. La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente. *Rev latinoam cienc soc niñez juv*. 2008;6(1):217-255.

del Río-Zolezzi A, Rodríguez Y, Robledo C, Blas I. Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas Prioritarios de Salud: El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México. *Mejores prácticas en género, etnia y salud*, Washington, DC: OPS. 2008.

Delgado Lara AG, Mora María L, Núñez Urquiza RM. Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010. *Género y salud en Cifras*. 2013;11(3).

- de Morais Pereira, S, Taquette, SR. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Rio de Janeiro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2007;72(1):26-32.
- Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Health care of children and adolescents in situation of sexual violence, in four Brazilian capitals. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):865-877.
- Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
- d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39(4):645-654.
- ECOSOC. Gender Mainstreaming. Extract from the Report of the Economic and Social Council for 1997 (A/52/3, 18 September 1997) (Vienna: Division for Advancement of Women. UN Department of Economic and Social Affairs). 1997. Disponible en <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm>.
- Egger M, Pauw J, Lopatzidis A, Medrano D, Paccaud F, Smith GD. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9221):2101-2105.
- Engelman M. Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. Facultad de Psicología-UBA. *Anuario de Investigaciones*. 2006;XIV.
- Eveline J, Bacchi C. What are we mainstreaming when we mainstream gender? *International Feminist Journal of Politics*. 2005;7(4):496-512.
- Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012;72(1):4-12.
- Fausto Sterling A. *Sexing the body*. NYC: Basic Books 2000.
- Farji Neer A. Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. *Rev Argent Salud Pública*. 2016;7(29):26-30.
- Feldman Farb A, Margolis AL. The Teen Pregnancy Prevention Program (2010-2015): Synthesis of Impact Findings. *Am J Public Health*. 2016;106(1):S9-S15.
- Fernández Moreno SY. La atención de los varones en el espacio público de la salud en México Distrito Federal desde la mirada género sensible y socio sanitaria. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*. 2008;7(14):73-86.
- Fernández Moreno SY. Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente

a la cobertura universal de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(2):335-356.

Fernández Pérez R. Programa de prevención y atención a la violencia familiar y de género. *Avances registrados 2007-2009 Género y salud en cifras*. 2010;8(3).

Fernández MB, Herrera MS. Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Psykhé (Santiago)*. 2016;25(1):1-14.

Ferreira Santos Farah M. Gender and public policies. *Estud Fem*. 2006;1.

Figueiredo de Castro MA, Terenzi NM. Relações conjugais de parceiros HIV soropositivos concordantes: uma visão masculina. *Psicologia em Estudo*. 2008;13(4):817-825.

Figueroa-Perea JG. Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México*. 2007;49:166-178.

Fleiz Bautista C, Ito Sugiyama ME, Medina-Mora Icaza ME, Ramos Lira L. Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud mental*. 2008;31(5):381-390.

Fleming PJ, Barrington C, Powell W, Gottert A, Lerebours L, Donastorg Y, et al. The Association Between Men's Concern About Demonstrating Masculine

Characteristics and Their Sexual Risk Behaviors: Findings from the Dominican Republic. *Arch Sex Behav*. 2016.

França MH, Barreto SM, Pereira FG, Silveira Guerra de Andrade, LH, Alochio de Paiva, MC, Viana, MC. Mental disorders and employment status in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: gender differences and use of health services. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(9):e00154116].

Francis K, Philliber S, Walsh-Buhi ER, Philliber A, Seshadri R1, Daley E. Scalability of an Evidence-Based Adolescent Pregnancy Prevention Program: New Evidence From 5 Cluster-Randomized Evaluations of the Teen Outreach Program. *Am J Public Health*. 2016;106(S1):S32-S38.

Fredriksen-Goldsen KI, Hoy-Ellis CP, Goldsen J, Emler CA, Hooyman NR. Creating a vision for the future: key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services. *J Gerontol Soc Work*. 2014;57(2-4):80-107.

Freyermuth Enciso G, Meneses Navarro S, Romero Martínez M. Evaluation of women's health care programs in the main institutions of the Mexican health system. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2015;31(1):71-81.

Galaviz Granados G. Mujeres, adicción

y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*. 2015;11(3):367-379.

Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Yan Zhou MS. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*. 2008;50(1):59-66.

Gallo R, Nancy E. Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009;27(3):282-290.

García R, Prieto F, Arenas C, Rincón J, Caicedo S, Rey G, Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. *Biomédica [en línea]*. 2005;25:547-564.

García S, Yam E, Firestone M. "No Party Hat, No Party": Successful Condom Use in Sex Work in Mexico and the Dominican Republic. *Reproductive Health Matters*. 2006;14(28):53-62.

García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL., Koziol-McClain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015;385(9977):1567-1579.

GBD 2016 SDG Collaborators. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-

related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1423-1459.

Gender Practitioners Collaboratives. Minimum Standards for Mainstreaming Gender Equality. ACIDI/VOCA, FHI360, Land O'Lakes International Development, Mercy Corps, Winrock International and World.

Vision. 2017. Disponible en <http://dldocs.mercycorps.org/MinimumStandards-MainstreamingGenderEquality.pdf>.

Gideon J. Engendering the health agenda? Reflections on the Chilean case, 2000-2010. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*. 2012;19(3):333-360.

Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2017;59(3):236-247.

González AE, Molina G T, Luttges DC. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015;80(1):24-32.

González NI, Díaz JM, Verdasquera CD, Pérez AJ. Programa de prevención y control de la transmisión vertical del

VIH en Cuba: enero de 1986-diciembre de 2007. *Revista chilena de infectología*. 2010;27(4):320-326.

Griffith DM. "I AM a Man": Manhood, Minority Men's Health and Health Equity. *Ethn Dis*. 2015;25(3):287-293.

Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring Sexual and Reproductive Health Programmes and Health Services. *Reproductive Health Matters*. 2007;15(29):4-26

Gómez-Gómez E, Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública* 11(5/6). 2002: 454-461.

Guedes A, Bott S, Guezmes A, et al.. Gender-based violence, human rights and the health sector: Lessons from Latin America. *Health and Human Rights*. 2002b;6(1):177-194.

Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2002a;78:557-563.

Guedes A, García-Moreno C, Bott S, Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*. 2014;14(1):41-48.

Guijt I, Shah MK, eds. *The Myth of Community, Gender Issues in*

Participatory Development, London: ITDG Publications. 1998.

Guerra FM, Rosella LC, Dunn S, Wilson SE, Chen C, Deeks S L. Early impact of Ontario's human papillomavirus (HPV) vaccination program on anogenital warts (AGWs): A population-based assessment. *Vaccine*. 2016;34(39):4678-4683.

Guerrero Chacón V. Informe final del proyecto poder obstétrico en Costa Rica: políticas públicas y gestión institucionalizada del embarazo, parto y posparto. Universidad de Costa Rica. Centro de Investigación en Estudios de la Mujer. Costa Rica. 2016.

Gutiérrez LA, Pacheco S, Juárez AY, Palacios LA, Cerqueira MT. Using evidence on violence and injury prevention for policy development and decision making in Ciudad Juarez, Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(5):365-372.

Hannan C. From concept to action: gender mainstreaming in operational activities. Para el Technical Review Meeting Assessment of Gender Mainstreaming and Empowerment of Women in Sub-Saharan Africa. A Review of UNDP Supported Activities UN HQs New York. 2000.

Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*. 2012;74:1712-1720.

Hankivsky O. Gender mainstreaming in Canada and Australia: A comparative analysis. *Policy and Society*. 2008;27;69-81.

Hankivsky O. Gender vs. Diversity mainstreaming: a Preliminary Examination of the role and transformative potential of feminist theory. *Canadian Journal of Political Science*. 2005;38(4):977-1001.

Hartmann M, Khosla R, Krishnan S, George A, Gruskin S, et al. How Are Gender Equality and Human Rights Interventions Included in Sexual and Reproductive Health Programmes and Policies: A Systematic Review of Existing Research Foci and Gaps. *PLoS ONE*. 2016;11(12): e0167542.

Instituto Nacional de las Mujeres. Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres PIEG 2018-2030. San José: Instituto Nacional de las Mujeres. 2018.

Jarlenski M, Hutcheon JA, Bodnar LM, Simhan HN. State Medicaid Coverage of Medically Necessary Abortions and Severe Maternal Morbidity and Maternal Mortality. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):786-794.

Jofré AV, Mendoza PS. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y enfermería*. 2005;11(1):37-49.

Johnson J, Sharman Z, Vissandje B, Stewart DE. Does a Change in Health

Research Funding Policy Related to the Integration of Sex and Gender Have an Impact? *PLoS ONE*. 2014;9(6):e99900.

Joseph KS, Lisonkova S, Muraca GM, Razaz N, Sabr Y, Mehrabadi A, et al. Factors Underlying the Temporal Increase in Maternal Mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2017;129(1):91-100.

LaChausse RG. A Clustered Randomized Controlled Trial of the Positive Prevention PLUS Adolescent Pregnancy Prevention Program. *Am J Public Health*. 2016;106(S1):S91-S96.

Landini F, González Cowes V, Bianqui V, Logiovine S, Vázquez J, Viudes S. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. *Saúde soc*. 2015;24(4).

Landis RC, Branch-Beckles SL, Crichlow S, Hambleton IR, Best A. Ten Year Trends in Community HIV Viral Load in Barbados: Implications for Treatment as Prevention. *PLoS ONE*. 2013;8(3):e58590.

Lasso RA. Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*. 2014;7(2):108-125.

Leal Fachell A, dos Santos Figueiredo W, Georgia Nogueira-da-Silva S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a

sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-2616.

Leghari R, Wretblad E. Typology on training for gender equality. Santo Domingo (República Dominicana): UN Women Training Centre. 2016.

Lisonkova S, Liu S, Bartholomew S, Liston RM, Joseph KS. Temporal trends in maternal mortality in Canada II: estimates based on hospitalization data. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(10):1020-1030.

López Angulo L, Muñoz Alcuria A, González Dueñas Y. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010. *MediSur*. 2013;11(6):602-613.

López E, Findling L, Abramzón M. Esigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud colectiva*. 2006;2(1):61-74.

Loría KR, Rosado TG, Espinosa LMC, Marrochi, LM, Sánchez, AF. Trends in public health policies addressing violence against women. *Rev Saúde Publica*. 2014;48(4):613-21.

Lugo S. Análisis de la incorporación del enfoque de género en los proyectos públicos de desarrollo. Quito: FES-ILDIS. 2010.

Machado MF, Ribeiro MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso

aos serviços de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16(41):343-356.

Mackenzie CS, Gekoski W L, Knox, VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*. 2006;10(6):574-582.

Malacalza L. (In)Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires. *Mora* (Buenos Aires). 2017;23(1):154-161.

Malhotra, A, Schuler S, Boender. C 'Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development', paper presented at the ICRW Insight and Action Seminar, Washington, DC. 2003.

Marante Pozo E, Casanova Moreno M C, Nuñez López E, Pozo Amador LM, Trasancos Delgado M, Ochoa Ortega MR. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2014;18(3):284-296.

Martínez-Fernández A, Lobos-Medina I, Díaz-Molina CA, Faraón Chen-Cruz M, Prieto-Egido I. TulaSalud: An m-health system for maternal and infant mortality reduction in Guatemala. *J Telemed Telecare*. 2015;21(5):283-291.

Martins AC, Barros G M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Revista Dor*. 2016;17(3):215-218.

Martins EFP, Ferraz Botelho de Almeida P, de Oliveira Paixão C, Gonçalves Bicalho P, de Souza, Pancrácio de Errico L. Causas múltiples de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(1).

Matía MG, Trumper EC., Orlando Fures N, Orchuela J. Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad. *Materna. International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2016;134:S31-S34.

McRobbie A. *The aftermath of feminism: gender, culture, and social change*. London (UK), Sage Publications. 2008.

Mello L, Perilo M, Albuquerque de Braz C, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2011;9:7-28.

Mendoza W, Gutiérrez M, Zúñiga ME, del Carpio L, Meza L, Guzmán A, et al. Evaluación rápida de la situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la epidemia del zika en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017;63(1):65-69.

Metcalf A, Wick J, Ronksley P. [Racial disparities in comorbidity and severe maternal morbidity/mortality in the

United States: an analysis of temporal trends. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(1):89-96.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS): Componente Demográfico, 2015. 2016a.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Profamilia ENSD Colombia 2015. Resumen ejecutivo. 2016b. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>; Último acceso: 19 de junio de 2018.

Mohanty C. Under western eyes: feminist scholarship and colonial discourses. *Feminist Review*. 1988;30:61-88.

Montoya P, Angarita-Galvez IJ, Blanco-Rojas AJ, Giraldo-Serna A, Garzón-Sarmiento MF, Chavarro-Ulloa V, et al. Iniciativa para fortalecer la atención materna e infantil en un grupo de municipios en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017;35(2):248-265.

Moser C. Has gender mainstreaming failed? *International Feminist Journal of Politics*. 2005;7:576-590.

Moser C, Moser A. Gender mainstreaming since Beijing: a review of success and limitations in international institutions. *Gender and Development*. 2005;13(2):11-22.

Muñoz C, Varela P. Documento de trabajo. Propuesta para la capacitación en herramientas teóricas y prácticas para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas para la igualdad y equidad de género. División de Estudios y Capacitación en Género, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, Gobierno de Chile. 2017.

Murison S. Elements of a gender mainstreaming strategy: a 14-point framework. *Development Bulletin*. 2004;64:95-99.

Müller de Andrade AP, Weidner Maluf S. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Comunicação Saúde Educação*. 2017;21(63):811-821.

Newman C, Ng C, Pacqué- Margolis S, Frymus D. Integration of gender-transformative interventions into health professional education reform for the 21st century: implications of an expert review. *Human Resources for health*. 2014;14:14.

Nigenda G, et al. Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género, en *Una mirada de género en la investigación en salud pública en México*, Ciudad de México DF: Secretaría de Salud. 2007.

Nunes Moreira, MC, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(4).

O'Byrne P, MacPherson P, Ember A, Grayson MO, Bourgault A. Overview of a gay men's STI/HIV testing clinic in Ottawa: Clinical operations and outcomes. *Canadian Journal of Public Health*. 2014;105(5):E389-E394.

OEA. Comisión Interamericana de Mujeres. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará. WDC. 2016.

Oddone MJ. Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales. *Cadernos de Pesquisa*. 2014;44(152):354-377.

OLACEFS Fundamentos conceptuales sobre la gobernanza. 2015. Disponible en <http://www.olacefs.com/fundamentos-conceptuales-sobre-la-gobernanza-ctpbg/>.

ONU-Mujeres. Advancing Gender Equality and Women's Empowerment: an assessment of Gender Mainstreaming in United Nations Operational Activities for Development. Naciones Unidas. 2012.

Organización Mundial de la Salud. Universal access to reproductive health: accelerated actions to enhance progress on Millennium Development Goal 5 through advancing Target 5B. Ginebra: OMS; 2011a.

Organización Mundial de la Salud. Gender mainstreaming for health

managers: a practical approach. Ginebra: OMS; 2011b.

Organización Mundial de la Salud. Integrating gender perspectives in the work of WHO: WHO Gender Policy. Ginebra: OMS; 2005.

Organización Mundial de la Salud. Gender Analysis in Health. A review of selected tools. Ginebra OMS; 2003.

Organización Mundial de la Salud. Integrating the gender perspective in the work of World Health Organization. Ginebra: OMS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Gender mainstreaming in health: a practical guide 2010. Último acceso: 17 de junio de 2018. Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualENweb.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud CD56/INF/11, 2018. Report of the Director on addressing the causes of disparities in health service access and utilization for lesbian, gay, bisexual, and trans (LGBT) persons. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Organización Panamericana de la Salud. CSP29/INF/7. Addressing the causes of disparities in health service access and utilization for lesbian, gay, bisexual, and trans (LGBT) persons: Progress Report. Washington D.C.: OPS; 2017a.

Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas+, 2017 Edition.

Summary: Regional Outlook and Country Profiles. Washington D.C.: OPS; 2017b.

Organización Panamericana de la Salud. A Framework and Indicators for Gender Equality and Health in the Americas (en imprenta). Washington D.C.: OPS; 2017c.

Organización Panamericana de la Salud. CE160/14. Agenda de la Salud Sostenible para Las Américas 2018-2030. Washington D.C.: OPS; 2017d.

Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, SE-COMISCA. Abordajes cruzados. Un análisis de género y salud en políticas sectoriales de América Latina y el Caribe. [Documento sobre análisis de la integración de la perspectiva de igualdad de género y salud, tanto en las políticas y planes de salud como de igualdad de género-hojas informativas y de orientación]. 2016.

Organización Panamericana de la Salud. CD54/INF/2. Plan de Acción para la ejecución de la Política en materia de Igualdad de Género. Washington D.C.: OPS; 2015.

Organización Panamericana de la Salud. CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington D.C.: OPS; 2014.

Organización Panamericana de la Salud CD52.R6. Addressing the causes of disparities in health service access and utilization for lesbian, gay, bisexual, and

trans (LGBT) persons. Washington D.C.: OPS; 2013.

Organización Panamericana de la Salud. OD345. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Washington D.C.: OPS; 2013.

Organización Panamericana de la Salud. CD46.R16. Política de Igualdad de Género. Washington D.C.: OPS; 2005.

OPS/OMS, UNICEF, UNFPA. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica [29-30 agosto 2016, Washington, DC, EE. UU.]. 2018.

Pando MA, Reynaga E, Coloccini RS, Rodríguez Fermepín M, Kochel T, Montano SM et al. Prevalencia de la infección por el VIH y de *Treponema pallidum* en mujeres trabajadoras sexuales de Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(4):303-308.

Pantelides EA, Gaudio M. Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Salud colectiva*. 2009;5(2):195-209.

Pautassi L. Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina. Santiago de Chile: CEPAL. 2001.

Payne S. Beijing fifteen years on: the persistence of barriers to gender mainstreaming in health policy; *Social Politics*. 2011.

Pesantes MA, Brandt LR, Ipince A, Miranda JJ, Díez-Canseco F. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *eNeurologicalSci*. 2017;6:33-50.

Phoenix A, Pattynama P. Editorial: intersectionality. *Eur J Womens Stud* (London, etc.). 2006;13(3):187-192. Disponible en doi/10.1177/1350506806065751.

Pintado-Cucarella S, Penagos- Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83:173-178.

PNUD. Esa esquivada transversalidad de género: Experiencias de Políticas para la Igualdad. Documento de trabajo elaborado por Maruja Barrig. 2015.

PNUD. Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Buenos Aires: PNUD. 2018.

Pollack M. La equidad de género en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile: CEPAL. 2002.

Potter SC, Coyle KK, Glassman JR, Kershner S, Prince MS It's Your Game... Keep It Real in South Carolina: A Group Randomized Trial Evaluating the Replication of an Evidence-Based Adolescent Pregnancy and Sexually Transmitted Infection Prevention Program. *AJPH Supplement* 1. 2016:106(S1).

Preciado P. The pharmaco- pornographic regime: sex, gender, and subjectivity in the age of punk capitalism. In: Stryker, Susan; Aizura, Aren Z. *The transgender studies reader 2*. 2013. OCLC 824120014. 2014.

Ramos dos Santos D, Vidal Nogueira LM, Lopes Paiva B, Ataíde Rodrigues IL, Félix de Oliveira L, Pereira Caldas, S. Maternal mortality in the indigenous and non-indigenous population in Pará: contribution to the surveillance of deaths. *Escola Anna Nery*. 2017;21(4):e20170161.

Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(1):9-16.

Richardson E, Birn A E. Repoliticising sexual and reproductive health and rights. *Reproductive Health Matters*. 2011; 19(38):183-196.

Rivandan TKS, Kelkar Khambete A. Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward. *Global Public Health*. 2008; 3(S1):121-142.

Rodríguez Gustá L. Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. *Temas y debates*. 2008:109-129.

Rodrigues DP, Alves VH, Garcia Penna LH, Pereira Vidal A, Lutterbach Riker

Branco MB, de Mattos Pereira de Souza R. O Descumprimento da Lei do Acompanhante como Agravo à Saúde Obstétrica. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017;26(3):e5570015.

Rojas Cabrera ES, Moyano SA, Peláez E. Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a "la primera vez". *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2017; [25]:49-67.

Román-Pouériet J, Fernandez AD, Beck-Sagué CM, García Szabó RM, Mercedes F, Duke W, et al. HIV infection and prevention of mother-to-child transmission in childbearing women: La Romana, Dominican Republic, 2002-2006. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2009;26(4):315-323.

Rozario PA, Simpson GM. Social support and self-rated health of African American women informal caregivers: Urban and rural differences. *J Gerontol Soc Work*. 2017. doi: 10.1080/01634372.2017.1391918.

Ruiz Lopez AP, García Gómez LC, García García EG. Entre la regulación y la emancipación: el caso de las políticas de atención en salud para mujeres trans (Bogotá DC, 2008-2013). *Aletheia. Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*. 2015;7(1):52-69.

Ruiz-Perez I, Murphy M, Pastor-Moreno G, Rojas-García A, Rodríguez-Barranco M, The Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Socioeconomically Disadvantaged Ethnic Minority Women: A Systematic Review and Meta-Analysis, *American Journal of Public Health*. 2017;107(12):e13-e21.

Salas-Valenzuela, M, Torre Medina-Mora, MP. El concepto género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. *Salud Colectiva*. 2006;2(1):35-45.

Salazar E, Buitrago C, Molina F, Arango Alzate C. Tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores socioeconómicos en Colombia, 1998-2010. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):225-231.

Sanhueza A, Calle Roldán J, Ríos-Quituzaca P, Acuña MC, Espinosa I. Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2017.

Schalkwyk J, Thomas H, Woroniuk B. *Mainstreaming: A Strategy for Achieving Equality between Women and Men*. Stockholm: Sida. 1996.

Schraiber L, et al. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud colect*. Universidad Nacional de Lanús, Argentina. 2014;10(3).

Sekharan VS, Kim TH, Oulman E, Tamim H. Prevalence and characteristics of intended adolescent pregnancy: an analysis of the Canadian maternity experiences survey. *Reprod Health*. 2015;12:101.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-1289.

Silva, Neide Emy Kurokawa e, Sancho, Leyla Gomes. O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17(45):463-471.

Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. *J Int AIDS Soc*. 2016; 19(3Suppl 2):20799.

Sommer M, et al. Putting menarche and girls into the global population health agenda. *Reproductive Health*. 2015;12:24.

Shaw SY, Metge C, Taylor C, Chartier M, Charette C, Lix L, et al. Martens, and the PATHS Equity Team. Teen clinics: missing the mark? Comparing pregnancy and sexually transmitted infections rates among enrolled and non-enrolled adolescents. *Int J Equity Health*. 2016;15: 95.

Standing H. Gender, Myth and Fable: The Perils of Mainstreaming in Sector Bureaucracies', *IDS Bulletin*. 2004;35 (4):82-88.

Status of Women Canada. Canadian Experience in Gender Mainstreaming 2001. Ottawa (Ontario): Gender-Based Analysis Directorate. 2001.

Stergiou-Kita M, Mansfield E, Bezo R, Colantonio A, Garritano E, Lafrance M, et al. Danger zone: Men, masculinity and occupational health and safety in high risk occupations. *Saf Sci*. 2015;80:213-220.

Stergiou-Kita M, Mansfield E, Colantonio A, Moody J, Mantis S. What's gender got to do with it? Examining masculinities, health and safety and return to work in male dominated skilled trades. *Work*. 2016;54(3):721-733.

Stewart DE, Dorado LM, Diaz-Granados N, Rondon M, Saavedra J, Posada-Villa J, Torres Y. Examining Gender Equity in Health Policies in a Low-(Peru), Middle-(Colombia), and High-(Canada) Income Country in the Americas. *Journal of Public Health Policy*. 2009;30(4):439-454.

Theobald S, Tolhurst T, Elsey H, Standing H. Engendering the bureaucracy? Challenges and opportunities for mainstreaming gender in Ministries of Health under sector-wide approaches, *Health Policy and Planning*. 2005;20(3):141-149.

Tinoco Zamudio, MTS. Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*. 2016;21(S1):48-54.

Tolhurst, R, et al. Intersectionality and gender mainstreaming in international health: Using a feminist participatory action research process to analyze voices and debates from the global south and north. *Social Science & Medicine*. 2012;74:1825-1832.

True, J. Mainstreaming Gender in Global Public Policy, *International Feminist Journal of Politics*. 2003;5(3):368-396.

Ulloa Pizarro Cn. Procesos de institucionalización: políticas públicas sobre el aborto en México (2000-2012). *Revista mexicana de sociología*. 2017;79(2):345-371.

UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia. 2018. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002608/260840s.pdf>.

Uruguay, Consejo Nacional de Género (CNG) Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. Montevideo, Uruguay. 2018.

Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in

Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):65-73.

Valdez Santiago R, Hidalgo Solórzano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2018;18(1).

Walby S. Gender mainstreaming: Productive tensions in theory and practice, *Social Politics*. 2005;21(3):321-343.

Webster F. Gender Mainstreaming: Its Role in Addressing Gender Inequality in Jamaica. *Caribbean Quarterly. Unraveling Gender, Development and Civil Society in the Caribbean*. 2006;52(2/3):104-120.

Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010;31(2):335-342.

Willging CE, Salvador M, Kano M. Pragmatic Help Seeking: How Sexual and Gender Minority Groups Access Mental Health Care in a Rural State. *Psychiatr Serv*. 2006;57(6):871-874.

Zaldúa G, Pawlowicz MP, Longo R, Moschella R. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA: Obstáculos y resistencias. *Anuario de investigaciones*. 2010;17:267-275.

Zalewski M. 'I don't even know what gender is': a discussion of the connections between gender, gender mainstreaming and feminist theory. *Review of International Studies*. 2010;36:3-27.

Zibecchi C. Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y sociedad*. 2013;20:427-447.

Zibecchi C. Mujeres cuidadoras en contextos de pobreza: el caso de los Programas de Transferencias Condicionadas en Argentina. *Revista Estudos Feministas*. 2014;22(1):91-113.

Zunino C, García L, Boulay M, Pérez W. Programa de protección de madres adolescentes de niños hospitalizados "Cuidando a las cuidadoras": Primeros dos años de experiencia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2016;87(1):S48-S54.

Anexo 1

Revisión sistemática de la evidencia: resultados de la estrategia de TG sobre la igualdad de género en salud

Objetivo

Se recogieron resultados de la estrategia de transversalización de género en salud en dos dimensiones, a saber:

Resultados de intervenciones institucionales encaminadas a incorporar la perspectiva de género en la política sanitaria nacional de los países de la Región de las Américas. Las acciones que conformaban estas intervenciones abordaban los requisitos mínimos imprescindibles para la TG:

- Adopción de un plan o política institucional de igualdad de género con un enfoque definido respecto a las desigualdades de género.
- Temas priorizados dentro de la agenda de IGS.
- Asignación de un presupuesto específico para la equidad de género
- Desglose de datos por sexo, edad y otros determinantes sociales de la salud.
- Análisis de género.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional hacia la IGS (incluye formación de RRHH en salud, incorporación de la perspectiva de género al currículo de grado o posgrado, capacitaciones de personal

en general, políticas de paridad de personal y promoción de la investigación en salud con perspectiva de género).

- Monitoreo y evaluación.
- Rendición de cuentas.
- Políticas de no causar daño.

Resultados de intervenciones focalizadas en la integración de un análisis de género en políticas y programas de salud específicos. Se relevaron resultados de políticas y programas destinados a:

- Promover la equidad de género en el acceso universal a servicios de SSR en general.
- Prevenir y atender al embarazo en la niñez y la adolescencia.
- Prevenir la mortalidad materna.
- Prevenir y atender a la transmisión del VIH/sida y otras ITS.
- Prevenir y mejorar las respuestas de salud a la violencia infligida por la pareja.
- Prevenir muertes y lesiones por accidentes de tránsito (y otras muertes por causas externas).
- Prevenir, detectar y atender enfermedades mentales en las que el género es un determinante clave (p. ej., la depresión).

- Identificar o promover la igualdad de género en las políticas o programas de salud destinadas a la atención de salud de la población LGBT.
- Reconocer en las cuentas nacionales la atención no remunerada de cuidados de salud que realizan las mujeres, respecto al gasto total del sistema de asistencia sanitaria.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se desarrolló en dos etapas: entre octubre y noviembre de 2017, y entre mayo y julio de 2018. También se realizaron entrevistas a informantes clave del área de políticas de género y salud en la Región.

Bases de datos

Se utilizaron cuatro bases de datos que

indexan trabajos científicos de calidad en inglés (*Pubmed, Cochrane*), en español (*SciELO*) y de acceso abierto (*PLOS*). También se revisaron contenidos en una de las revistas científicas más rigurosas del campo de la salud y el género de publicación en inglés (*The Lancet, Gender & Society*) y se realizó una búsqueda en un buscador general como Google Scholar. Finalmente, se incorporaron también los informes consolidados al respecto de otras agencias internacionales, incluida la OPS/OMS.

Idiomas

Inglés, español, portugués. El cuadro 2 muestra los términos de búsqueda utilizados, tanto en inglés como en español, para no perder información procedente de los países del Caribe de habla inglesa y de América del Norte.

Cuadro 2. Términos de búsqueda y palabras clave utilizados para recuperar evidencias de resultados de la aplicación de la TG en salud

TEMA	PALABRAS CLAVE
[1] Gender mainstreaming in health/Transversalización del género en salud	"health" AND "gender mainstreaming" OR "gender equality" OR "gender inequality" OR "masculinity" OR "masculinities" OR "femininity" OR "femininities" OR "gender transformative" OR "gender responsive" OR "gender dynamics" OR "gender roles" OR "empowerment" OR "gender sensitive" OR "gender integrated interventions"
[2] SRH/SSR	"Gender" OR "gender equality" OR "gender inequality" OR "masculinity" OR "femininity" OR "gender norms" AND "sexual health" OR "reproductive health" OR "sexual and reproductive health" OR "family planning" OR "contraception" OR "sex education" AND "universal access"
[3] VAW/Violencia infligida por la pareja íntima	"Health" AND "VAW" OR "IPV" OR "GBV" OR "domestic violence" OR "sexual violence" OR "physical violence" OR "gender violence" OR "violence against women"
[4] Men´s Health/Salud de los varones	"Men´s health" OR "manhood" OR "masculinity" OR "male" OR "Men" AND "external causes deaths" OR "suicide" OR "homicide" OR "accidents" OR "traffic accidents" OR "sexual health" OR "reproductive health" OR "health access" OR "health care" OR "manhood" OR "health equity" OR "morbidity" OR "barriers"

TEMA	PALABRAS CLAVE
[5] LGBTI	"Health" AND "LGBTI" OR "Lesbians" OR "Intersex" OR "transgender" OR "Bisexual" OR "Travestis" OR "gender identity" OR "sexual orientation" OR "gays" OR "trans" OR "transexual" OR "gender perspective"
[6] Mental Health/Salud mental	"Gender" OR "gender equality" OR "gender inequality" OR "masculinity" OR "femininity" OR "women" OR "men" OR "gender norms" AND "mental health" OR "wellbeing" OR "addictions"
[7] MM	"Women" AND "Maternal Mortality" OR "Maternal Morbidity" OR "abortion" OR "obstetric health" OR "maternal deaths" OR "maternal health"
[8] Child and adolescent´s pregnancy/Embarazo en la niñez y adolescencia	"Child" OR "Adolescent" OR "Teen" AND "Pregnancy" OR "maternity" OR "pregnancy prevention" OR "unintended pregnancy"
[9] HIV and STI/VIH e ITS	"Prevention" OR "Transmission" AND "HIV" OR "STI" OR "Gonorrhoea" OR "HPV" OR "AIDS" OR "sexually transmitted infections" OR "AIDS" OR "human papillomavirus" OR "condom use" OR "syphilis"
[10] Informal caregivers/ Cuidado no formal	"Health" AND "informal caregivers" OR "informal care" OR "spousal caregivers" OR "elderly caregivers" OR "caregiving strain"
[11] Obstetric violence/ Violencia obstétrica	"Women" AND "obstetric violence" OR "reproductive violence" OR "maternal violence" OR "violence during birth" OR "obstetric health"

Crterios de exclusión e inclusión

Se excluyeron todos aquellos artículos e informes que no cumplían los siguientes requisitos: a) contiene resultados sobre líneas de investigación relevantes, b) publicado entre 1994 y 2018 (periodo que abarca el año en que los primeros compromisos internacionales clave hicieron un llamado a integrar la perspectiva de género y derechos

humanos en la agenda de salud) y c) abarca algunos o todos los países de la Región de las Américas.

Países de estudio

La revisión sistemática de los resultados obtenidos por la integración de la perspectiva de género abarcó los países y territorios que componen la Región. En el cuadro 3 se exponen los países.

Cuadro 3. Lista de países y territorios de la Región de las Américas

País Estados Miembros	País Miembros Asociados
Antigua y Barbuda	Aruba
Argentina	Curaçao
Bahamas	Puerto Rico
Barbados	San Martín
Belice	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	
Brasil	
Canadá	
Chile	
Colombia	
Costa Rica	
Cuba	
Dominica	
Ecuador	
El Salvador	
Estados Unidos de América	
Granada	
Guatemala	
Guyana	
Haití	
Honduras	
Jamaica	
México	
Nicaragua	
Panamá	
Paraguay	
Perú	
República Dominicana	
Saint Kitts y Nevis	
San Vicente y las Granadinas	
Santa Lucía	
Suriname	
Trinidad y Tabago	
Uruguay	
Venezuela (República Bolivariana de)	

Estados Participantes
(Francia)
Guadalupe
Guayana Francesa
Martinica
(Reino de los Países Bajos)
Bonaire
Saba
San Eustaquio
(Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)
Anguila
Bermudas
Islas Vírgenes Británicas
Islas Caimán
Montserrat
Islas Turcas y Caicos

Evaluación de los estudios y síntesis

En el caso de aquellos estudios seleccionados por cumplir los criterios de inclusión, se realizó una evaluación del texto completo y posteriormente fueron reseñados en un documento de Excel en función de los siguientes campos:

cita (autor/es, año, título, publicación científica, etc.), tipo de trabajo (revisión de evidencia o análisis de intervención), área geográfica de influencia del trabajo, temas de las intervenciones según la definición del protocolo, resultados evaluados, facilitadores, barreras y desafíos de cara al futuro.

Anexo 2

TG operativa en temas clásicos de la agenda de género y salud

Acceso universal a servicios de SSR

Las publicaciones encontradas sobre acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR) en las políticas de salud de la Región se concentraron en Argentina, Colombia y México y, en menor medida, en Chile y Perú.

De su análisis se destaca lo siguiente: en aquellos países en los que no está garantizado el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, la brecha creada por las políticas públicas inadecuadas o aplicadas de forma ineficiente es cubierta por diversas ONG, grupos e individuos (Richardson & Birn, 2011; Zaldúa et al., 2010).

Como principal obstáculo para el acceso universal, todas las publicaciones analizadas coinciden en señalar las desigualdades socioeconómicas, que actúan como barrera para el cuidado adecuado en salud sexual y reproductiva (Restrepo-Méndez et al., 2015; Agudelo, 2009). También se advierte del bajo impacto de algunos de los programas ejecutados a nivel nacional ya sea porque no se apegan a las normas que los rigen (Freyermuth Enciso et al., 2015), porque no se cuenta con servicios de salud especializados (Rojas Cabrera et al., 2017) o bien falta infraestructura

para mantenerlos (Mendoza et al., 2017). Otro punto que debe tenerse en cuenta en el momento de diseñar políticas públicas es el uso limitado que hacen los hombres de los servicios de SSR disponibles (Pantelides & Gaudio, 2009). Finalmente, la resistencia de ciertos grupos religiosos con fuerte incidencia en las decisiones políticas es un obstáculo importante que debe tenerse en cuenta, especialmente en la Región de las Américas (Richardson & Birn, 2011; Figueroa-Perea, 2007).

Mortalidad materna

Las publicaciones encontradas sobre mortalidad materna en las políticas de salud de la Región se concentraron en Brasil, Canadá, Colombia, Estados Unidos, México y Uruguay y, en menor medida, en Argentina, Ecuador y Perú.

De su análisis se destaca lo siguiente: la reducción de la mortalidad materna requiere de políticas efectivas de acceso a la salud sexual y reproductiva a lo largo y ancho de los territorios (Jarlenski et al., 2017; Landini et al., 2015; Martins Pollyanna et al., 2017; Martínez-Fernández et al., 2015), especialmente para fortalecer la prevención de embarazos no deseados que llevan a abortos inseguros (Matía et al., 2016; Briozzo et al., 2016; Briozzo,

2016) y para detectar y controlar afecciones de salud preexistentes que aumenten el riesgo de muerte durante el embarazo, parto o posparto (Metcalf et al., 2017). Se destaca el señalamiento de la importancia de mejorar la calidad de los datos disponibles, su recolección y su análisis para poder dimensionar el problema de modo más adecuado (Joseph et al., 2017; Delgado Lara et al., 2013).

La pertenencia a poblaciones vulnerables o a ciertas razas o etnias, así como un bajo nivel socioeconómico son señaladas como agravantes del riesgo en relación con la mortalidad materna (del Carpio Ancaya et al., 2013; Metcalfe et al., 2017; Bula Romero & Galarza, 2017; Sanhueza et al., 2017; Santos et al., 2017). La falta de datos, que resulta en el subdiagnóstico o invisibilización de factores de riesgo (como la violencia de género) surge en estos artículos como un obstáculo a superar para la disminución de la MM (Cook et al., 2017; Lisonkova et al., 2011; Salazar et al., 2015; Montoya et al., 2017), especialmente en países como Canadá, que presenta la tasa más baja en la Región.

Embarazo en la niñez (menores de 15 años) y en la adolescencia (de 15 a 19 años)

Las publicaciones encontradas sobre embarazo en la niñez y en la adolescencia en las políticas de salud de la Región se concentraron en Chile, Colombia, Estados Unidos, México y, en menor medida, en Brasil y Venezuela.

En el momento de la evaluación, muchos de los programas mostraron no ser efectivos o no tuvieron un impacto significativo en la prevención o reducción del embarazo en adolescentes o niñas (Francis et al., 2016). Sin embargo, hay acuerdo en que el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es una condición indispensable, especialmente cuando se trata de poblaciones vulnerables (Morais Pereira & Taquette, 2007; Atienzo et al., 2011; Castillo Riascos, 2016).

Un desafío de particular importancia es la falta de evidencia de que los programas aplicados sean efectivos (LaChausse, 2016; Flora et al., 2013), lo cual dificulta el diseño de nuevas políticas y líneas de intervención. Otro obstáculo que se señaló es que, aunque se ha demostrado que los programas de prevención del embarazo adolescente aumentan el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, este hecho no tiene un impacto significativo sobre los comportamientos de los jóvenes (LaChausse, 2016); si bien existen hallazgos de algunos estudios que contradicen este último punto (Chin et al., 2012).

Transmisión del VIH/sida y otras ITS

Las publicaciones encontradas sobre transmisión del VIH/sida y otras ITS en las políticas de salud de la Región se concentraron en Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos, México, República Dominicana y, en menor

medida, en Argentina, Barbados, Cuba, Nicaragua y Puerto Rico.

De su análisis se destaca que la adopción de enfoques multidimensionales conduce a mejores resultados de las intervenciones (Ruiz-Perez et al., 2017;). El enfoque multidimensional debe tener en cuenta no solo aspectos relacionados con el acceso a la salud, sino también particularidades que afectan a las poblaciones vulnerables como educación (Souradet et al., 2016; Guerra et al., 2016; Gonzalez et al., 2015), nivel socioeconómico bajo (Báez-Feliciano et al., 2005; Arrivillaga-Quintero, 2010), territorio (Potter et al., 2016; Román-Pouret et al., 2009), discriminación (Arrivillaga-Quintero, 2010), y otros.

El principal obstáculo detectado es que, a pesar del amplio acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento con antirretrovirales (ARV), las tasas de mortalidad por VIH entre la población no disminuyeron como se esperaba. Este es, por ejemplo, el caso de México, Puerto Rico y Colombia (Bautista-Arredondo, 2015; Báez-Feliciano et al., 2005; García et al., 2005). Por otro lado, las trabajadoras sexuales fueron identificadas en varias publicaciones como uno de los grupos más expuestos a contraer el VIH y otras ITS, resultando prioritario el desarrollo de programas para lograr una mejor atención de su salud (García et al., 2006; Azhar et al., 2014; Román-Pouret et al., 2009; Pando et al., 2011; Egger et al., 2000). Cuestiones como la vergüenza, la falta

de privacidad o la falta de sensibilidad por parte del personal de salud fueron señaladas como obstáculos que impiden el acceso a información, diagnóstico y tratamiento (O'Byrne et al., 2014; Landis et al., 2013; Gallegos et al., 2008).

Violencia infligida por la pareja íntima

Las publicaciones encontradas sobre violencia infligida por la pareja íntima en las políticas de salud de la Región se concentraron en Brasil y México. También se encontraron evaluaciones de políticas llevadas a cabo en Costa Rica, Cuba, Haití y México. De su análisis se extrae la necesidad de fortalecer el diálogo intersectorial para consolidar los sistemas de salud y brindar respuestas adecuadas a la problemática de la violencia contra la mujer (Gutiérrez et al., 2012; Haddad Kury 2015); además, son pocos los programas que han integrado adecuadamente la atención a la violencia en el ámbito de la salud (Contreras et al., 2010; Deslandes et al., 2016). Algunos autores señalan como principales obstáculos la falta de atención en salud dentro de un marco de derechos humanos y la dificultad por parte de los profesionales de salud para identificar el rol del sistema sanitario en estas situaciones (García-Moreno et al., 2015; Andrade et al., 2016); este obstáculo tiene como consecuencias la falta de intervención en situaciones de violencia contra las mujeres (Loria et al., 2014; Haddad Kury, 2015) y la expulsión de las víctimas del sistema sanitario (Contreras et al., 2010; López Angulo et al., 2010).

Los artículos analizados recomiendan con vehemencia la capacitación y sensibilización del personal de salud para lograr una intervención adecuada y poder dar una respuesta efectiva a la detección de situaciones de violencia hacia las mujeres (Fernández Pérez, 2010; Loria et al., 2014; Contreras et al., 2010; Guedes et al., 2014), en particular con relación a los cuidados de emergencia después del abuso sexual (Contreras et al., 2010). Los gobiernos son llamados a desarrollar o fortalecer planes de acción multisectoriales para abordar la violencia contra las mujeres, que debe considerarse un tema prioritario en las políticas de salud (García-Moreno et al., 2015; Couture et al., 2010). También es de suma importancia aplicar estrategias integrales que aborden tanto la violencia contra las mujeres, como la sufrida por sus hijos e hijas (Guedes et al., 2014). Las instituciones deben dar respuesta al hecho de que las mujeres que viven situaciones de violencia no siempre buscan ayuda, ya sea porque no saben a quién acudir o porque no confían en que recibirán ayuda compasiva y eficaz, de forma confidencial (Guedes et al., 2014). Las mujeres manifiestan con frecuencia que el personal de salud se concentra

solo en atender las lesiones, sin ofrecer ayuda u orientación adecuada sobre cómo proceder en términos más amplios (Guedes et al., 2002a; Guedes et al., 2002b). Las niñas y mujeres que sufren violencia sexual con frecuencia acuden a personal de salud en busca de ayuda, pero la evidencia de la Región indica que la calidad de la respuesta es deficiente (Contreras et al., 2010). Los mecanismos de monitoreo y evaluación, la documentación de eventos, la sistematización de experiencias y el análisis de datos también son cruciales en el abordaje de esta situación (Bott et al., 2005).

Por último, Barker et al. (2010a) señaló la importancia de incorporar a los hombres para poner fin a todas las formas de violencia, planteando como objetivos: comprender el papel de la socialización de los hombres en las diferentes formas de violencia; adoptar un enfoque punitivo frente a la violencia perpetrada por la pareja íntima; e intervenir con políticas que busquen reconfigurar la masculinidad hegemónica. También recomienda que algunos de las políticas de los países de la Región cuestionen la estigmatización de los hombres en general como agresores.

Anexo 3

TG operativa en temas emergentes de la agenda de género y salud

Salud de los hombres y masculinidades

Las publicaciones encontradas sobre salud de los hombres y masculinidades en las políticas de salud de la Región se concentraron en Brasil, Canadá, México y, en menor medida, en Argentina, Estados Unidos y República Dominicana.

De su análisis se destaca la necesidad de reconocer las dimensiones sociocultural e histórica de las masculinidades y sus influencias en los procesos de salud, para diseñar políticas en el marco de la equidad de género (Couto & Gomes, 2012; Machado & Ribeiro, 2012; Couti et al., 2010).

Como principal obstáculo se destaca la falta de reconocimiento de que ser hombre es un factor de riesgo para la atención y el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, dado que, por su género, el hombre es minimizado en su paso por los centros de salud (Fernández Moreno, 2008; López et al., 2006; Nunes Moreira et al., 2016; Stergiou-Kita et al., 2016). También se advierte sobre los efectos negativos de la naturalización de los roles de género en los cuidados de salud de y para los hombres y se muestra la necesidad de intervenir sobre estas caracterizaciones (Figueredo & Terenzi, 2008; Fleiz

Bautista et al., 2008; Fleming et al., 2014; Griffith, 2015).

Atención de salud de la población LGBT

Las publicaciones encontradas sobre atención de salud de la población LGBT en las políticas de salud de la Región se concentraron en Argentina, Brasil, Colombia, Canadá y Estados Unidos.

De su análisis se destaca la necesidad de superar la reproducción acrítica de estereotipos e imaginarios sobre lo masculino y lo femenino en las prácticas médicas, así como en el diseño de intervenciones para mejorar el acceso a la salud de la población LGBT (Lasso, 2014; Caravaca-Morera et al., 2017; Ruiz Lopez et al., 2015; Brown et al., 2014).

Como principal obstáculo se señaló la relación inexistente o conflictiva entre las personas trans (especialmente mujeres) y los servicios de salud (Farji Neer, 2016; Cardozo Rocon et al., 2016). Esta situación pone en grave riesgo sus vidas ya que, frente a esta falta de respuesta, optan por autoadministrarse hormonas y autointervenirse corporalmente (Lasso, 2014). También se señala la articulación deficiente entre los distintos servicios hacia el interior de cada efector de salud (especialmente entre servicios

“amigables” para personas LGBT y otros) y entre diferentes efectores de salud (Casal & Pugliese, 2009) y la falta general de formación del personal de salud en temas de género y derechos LGBT (Caravaca-Morera et al., 2017; Gruskin et al., 2007).

Trabajo no remunerado de cuidado y cuidados de salud en el hogar

Las publicaciones encontradas sobre trabajo no remunerado de cuidado y cuidados de salud en el hogar en las políticas de salud de la Región se concentraron en Argentina, Brasil, Uruguay y, en menor medida, en Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estados Unidos, México y Perú.

El análisis de las publicaciones reveló que las mujeres cuidadoras informales realizan una contribución invisible en los sistemas de salud formal, llenando espacios desatendidos por las políticas en salud (Jofré & Mendoza, 2005; Marante Pozo, 2014). La división sexual del trabajo tradicional, la invisibilización de la tarea, la sobrecarga de trabajo y la escasa valoración social de la misma ponen a estas mujeres en una situación de gran vulnerabilidad (Batthyány et al., 2017; Rozario, 2017).

Existen numerosos obstáculos a tener en cuenta, entre ellos la falta de investigaciones sistemáticas sobre el impacto que tiene en la salud de las

mujeres su rol de cuidadoras informales (Covarrubias & Andrade Cepeda, 2012; Fernández & Herrera, 2016; Zunino et al., 2016; Brazil et al., 2009), lo que no permite dimensionar este problema en toda su complejidad. También se señala la falta de programas de políticas públicas enfocados hacia el cuidado de personas dependientes (adultos mayores, personas con discapacidad, etc.) (Oddone, 2014). Finalmente, quizás el obstáculo más importante tiene que ver con el fenómeno del envejecimiento poblacional, que constituye una realidad de dimensión mundial y que exige soluciones para estas futuras necesidades de cuidado (Meira et al., 2017; Banchemo & Mihoff, 2017).

Salud mental¹⁵

Las publicaciones encontradas sobre salud mental en las políticas de salud de la Región se concentraron en Brasil, Canadá, México y, en menor medida, en Colombia, Estados Unidos y Puerto Rico.

De su análisis se destaca la necesidad de aplicar estrategias para mejorar el acceso y la atención en salud mental con una perspectiva de género, que logren atender las necesidades específicas de los diferentes grupos (Mackenzie et al., 2006; Willging et al., 2006).

Entre los obstáculos se identificó la resistencia de los hombres y personas LGBT a reconocer problemas de salud

¹⁵ El consumo problemático de sustancias tóxicas fue incluido centralmente bajo este tema.

mental y pedir ayuda, lo que resulta en una infrautilización de los servicios de salud mental por su parte (Mackenzie et al., 2006; Willging et al., 2006). También se señaló la dificultad de acceso a los servicios de salud mental en el caso de las mujeres (Cabiya et al., 2006; Belló et al., 2008; Müller de Andrade et al., 2017) y por parte de la

población rural (Willging et al., 2006), lo que aumenta su vulnerabilidad. Por último, otro obstáculo tiene que ver con el desconocimiento de las políticas de atención psicosocial existentes en varias regiones tanto por parte de los usuarios como de los profesionales de la salud (Barbosa, et al., 2014; Da Graça Costa et al., 2015).

Anexo 4

Experiencias de integración de la perspectiva de género en salud

Bolivia: Rendición de cuentas para el avance de las mujeres: audiencias públicas municipales en salud; Dirección de Medio Ambiente-Corporación Minera de Bolivia (DIMA-COMIBOL).

La experiencia tuvo como propósito asegurar la participación de las mujeres en el proceso de rendición de cuentas en salud en el municipio de Colquechaca. Se buscó redefinir la redición de cuentas e incluir a las mujeres en la planificación y el monitoreo de las decisiones. Como resultado de esta experiencia, hoy se cuenta con una metodología que incorpora la rendición de cuentas de todos los programas de salud que se ejecutan en los municipios para el avance de las mujeres. En Colquechaca se han realizado audiencias públicas con una participación activa de las mujeres y es evidente la mejora en la infraestructura, el equipo y en las actividades de prevención. Ya se busca trasladar dicha experiencia a otras comunidades. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Rendicion-de-Cuentas-ESP-BOL-final.pdf>.

Perú: Participación de mujeres y hombres de Tutumbaru en la vigilancia comunal de la salud materno infantil. Ayacucho (Perú); Management Sciences for Health.

En la comunidad de Tutumbaru existía

una escasa participación de las mujeres en la gestión de los problemas de salud y las decisiones eran tomadas por los hombres. El propósito de la experiencia fue incrementar la participación y presencia de las mujeres en cargos de toma de decisiones y promover el involucramiento de los hombres en aspectos de salud tradicionalmente asignados a las mujeres. Como resultado, se logró que tanto hombres como mujeres adquirieran responsabilidades y control en la toma de decisiones; en la actualidad, casi la mitad de los miembros de la junta vecinal comunal son mujeres y los hombres están involucrados en la vigilancia de la salud materno infantil, la planificación familiar y la salud materna. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/espanol-BP-Peru.pdf>.

Colombia: Maternidad segura en el litoral pacífico caucano: camino hacia un parto seguro y feliz; OPS Colombia, Secretaría Departamental de Salud del Cauca, Secretarías Municipales de Salud de Guapi, López de Micay y Timbiquí, Empresas Sociales del Estado de Guapi y ESE Occidente, Red de Mujeres Matamba y Guasa y Grupo de Parteras del Pacífico Caucano.

Esta experiencia, que priorizó a pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y otras comunidades

desplazadas de la costa Pacífica Caucana, se propuso capacitar a parteras y agentes populares en la identificación de factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma de las mujeres gestantes y neonatos para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud. La capacitación tuvo un enfoque de diversidad cultural y étnica en su desarrollo por medio de materiales educativos. Como resultado, se logró identificar a la morbilidad materna perinatal como un problema de salud pública en estas comunidades. Esta experiencia ha sido replicada en otras comunidades haciendo uso de los materiales educativos y la dinámica previamente adoptada. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/MATERNIDAD-SEGURA-COL-FINAL.pdf>.

Uruguay: Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro; Asociación Civil Iniciativas Sanitarias.

Esta experiencia se propuso establecer y monitorear una estrategia de reducción de riesgos y daños a casusa del aborto inseguro basada en la intervención articulada de profesionales, equipos de salud, comunidades de usuarios e instituciones prestadoras de servicios. Se desarrollaron guías clínicas con información calificada y ética para que cada mujer pudiera tomar una decisión final sobre la continuidad o interrupción del embarazo de manera libre, responsable y segura, garantizando una atención integral posaborto. Esta experiencia es adaptable

en países con legislación restrictiva con respecto al aborto. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Publicacion-ESP-BP-Uruguay-2012.pdf>.

Argentina: Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/sida en adolescentes y jóvenes del conurbano bonaerense; Fundación Huésped.

Esta experiencia se propuso generar un programa integral para involucrar activamente a grupos clave de jóvenes, incluidos aquellos en situación de pobreza, con VIH, indígenas y migrantes. La experiencia se basa en evidencias que demuestran las desigualdades entre hombres y mujeres, especialmente evidencias cualitativas. A partir de la transformación de prácticas y actitudes para ejercer el derecho a la salud sexual y reproductiva, la experiencia buscó mejorar la calidad de vida de hombres y mujeres. Como resultado, se logró un incremento en el número de consultas, especialmente en hombres, en el nivel de conocimiento y en el uso de preservativos. El proyecto tiene un efecto multiplicador evidente en la creación de la red regional “Jóvenes Latinoamerican@s Unid@s en respuesta al VIH/sida”, compuesta por aproximadamente 100 organizaciones en seis países de la Región. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/OPS-final--ARG-ES.pdf>.

Trinidad y Tabago: Prevención en parejas discordantes heterosexuales VIH positivo; Tobago Health Promotion Clinic con apoyo de la OPS.

Las parejas heterosexuales discordantes

son un grupo en expansión con alto riesgo de contraer VIH. En el país no existían planes estratégicos dirigidos a cubrir sus necesidades en salud, particularmente, en cuanto a la prevención y la salud sexual y reproductiva. En este contexto, la propuesta consistió en apoyar a diversos grupos, incluyendo 100 parejas discordantes VIH positivo, para reducir el número de separaciones, reducir el grado de violencia doméstica relacionada con la enfermedad y proveer capacitación en principios de resolución de conflictos. La experiencia contribuyó a reducir la ansiedad relacionada con la divulgación del diagnóstico de VIH, especialmente cuando este se relaciona con el embarazo. Además, esta experiencia logró expandirse a todo el país para incluir madres VIH positivo y obtuvo la participación de médicos privados, miembros de la comunidad y líderes religiosos.

El Salvador: Empoderamiento de mujeres, individuos, familias y comunidades para la reducción de la mortalidad materna y neonatal con participación de adolescentes y jóvenes; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la OPS.

Esta experiencia se llevó a cabo en el Municipio de Nahuizalco en respuesta a las grandes desigualdades en población adolescente. La experiencia busca promover la salud sexual y reproductiva como un derecho a través de una planificación participativa que incluye el desarrollo de capacidades

para los usuarios del servicio de salud, mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y trabajo intersectorial (organizaciones de la sociedad civil, municipalidades, organismos gubernamentales y no gubernamentales). La experiencia ha logrado disminuir las tasas de mortalidad materna, incrementar los controles prenatales y partos institucionales, así como reducir la mortalidad infantil. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/els_bp2010.ppt.

Argentina: Reducción de riesgos y daños en salud sexual y reproductiva en el marco de la atención integral de adolescentes, con igualdad de género y promoción de derechos; Hospital General de Agudos Cosme Argerich y Fundación para la Salud Adolescente del 2000 (FUSA 2000).

Esta experiencia benefició al 15% de los adolescentes migrantes, hombres y mujeres de Buenos Aires. El programa surgió en respuesta a las altas cifras de embarazo adolescente, la escasa prevención en los temas de salud sexual y reproductiva, y las consultas por complicaciones de abortos inducidos. A través de talleres de sexualidad, género y derechos en las salas de espera se creó un espacio de consejería pre y posaborto. Los talleres abordan situaciones de la vida cotidiana de los adolescentes. Los resultados muestran el número de talleres ofrecidos, el número de adolescentes que han participado (desglosados por género), y el incremento de los adolescentes que

buscan consejería, así como el descenso en las complicaciones relacionadas con el embarazo.

Brasil: Programas H y M: involucrando a hombres jóvenes y empoderando a mujeres jóvenes para promover la igualdad de género y la salud; Promundo.

Busca beneficiar a jóvenes de escasos recursos económicos de Río de Janeiro y comprometerlos en reflexiones críticas acerca de las normas de género y su relación con su salud sexual y reproductiva, la violencia de género y otros temas de salud. La experiencia hace uso de actividades educativas grupales para jóvenes y utiliza como refuerzo la transmisión de una radio novela que aborda temas como el embarazo no planificado, el uso del condón y la paternidad adolescente. Estudios de evaluación de impacto muestran que, tras su participación en el programa, los hombres jóvenes muestran una mayor aceptación del trabajo doméstico, mayores tasas de uso del condón y bajas tasas de violencia contra la mujer. Disponible en: <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/01/El-Programa-H-y-el-Programa-M-Evaluacion.pdf>.

Bolivia: Atención primaria de salud con enfoque de género (Servicios de Salud Estrella); Servicio Departamental de Salud La Paz - Ministerio de Salud y Deportes, y la Representación de la OPS/OMS-BOL.

Este programa beneficia a mujeres migrantes, indígena aymara, en

condiciones de pobreza, en sectores urbanos del Municipio de La Paz. La iniciativa surge ante la baja cobertura y participación de las mujeres en la atención y prevención de enfermedades debido a la discriminación, el trato y las necesidades insatisfechas de salud. A través de la coordinación con proveedores de los servicios de salud y grupos de mujeres, lograron transformar los servicios para dar respuesta a sus necesidades específicas desde un enfoque intercultural. Como resultado, aumentó la cobertura de atención, especialmente para el parto.

Brasil: Empoderando familias para combatir la violencia doméstica en Brasil;

Universidad Federal de Sao Carlos, Brasil, Unidad de Salud Escolar (USE), Laboratorio de Análisis y Prevención de Violencia (LAPREV).

Esta experiencia comenzó en las comisarías de policía de la ciudad de São Carlos para después incorporarse al sistema de salud, donde abordó la atención y prevención de las altas tasas de violencia. El programa, que representa una alianza entre la universidad y la municipalidad, trabajó con madres, padres, e hizo seguimiento a 800 beneficiarios, con el objetivo de cambiar sus comportamientos violentos y la relación con sus hijos. Los resultados incluyen una disminución en las relaciones violentas y mejoras en la habilidad de los proveedores en detectar y abordar casos de violencia. Disponible en: http://www.americalatina.genera.org/documentos/experiencias/211-empoderando_familias_

para_combatir_la_violencia_domestica_brasil.pdf.

Bolivia: Construyendo puentes entre la comunidad y los servicios de salud con enfoque de género e interculturalidad; Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI).

Con un énfasis en el empoderamiento de las mujeres, la participación comunitaria, y la perspectiva cultural y de género, esta iniciativa ha contribuido a reducir la mortalidad maternoinfantil en los municipios de Calamarca (La Paz) y Morochata (Cochabamba). Las promotoras comunitarias y mujeres locales exigieron y consiguieron acceso a una mejor atención de salud mediante el aprendizaje acerca de la salud reproductiva y sus derechos humanos. También consiguieron que participaran los hombres, las autoridades municipales y los proveedores de salud,

generando de esa forma mayor apoyo y atención a sus derechos y demandas.

México: Incorporación de la perspectiva de género en el programa nacional de prevención y control de diabetes mellitus; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México.

Esta iniciativa, que se aplicó en todo el país, se enfocó en la disseminación de información de las mejores formas de manejar las conductas y efectos diferenciales entre hombres y mujeres respecto a la diabetes. La iniciativa forma parte de la campaña nacional “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”, que incluyó la disseminación de información específica para hombres y mujeres y para el personal de salud, a fin de mejorar la cobertura sanitaria de esta enfermedad.

La transversalización de género, una estrategia para institucionalizar acciones orientadas hacia el logro de la igualdad de género ha sido aplicada en los países de la Región de las Américas desde la década de 1990. A pesar de los avances hacia la igualdad de género, tanto en el ámbito de la salud como de sus determinantes sociales, el proceso de transversalización presenta desafíos que precisan ser conocidos, analizados y abordados.

Este documento presenta un análisis de los diversos componentes de la estrategia de transversalización de género aplicado al ámbito de la salud. Aporta conclusiones sobre las experiencias, logros y desafíos de los países, e identifica acciones transformadoras y factibles hacia el futuro. Algunos de los componentes de la estrategia que ameritan ser resaltados en su abordaje incluyen el trabajo multisectorial, la identificación de las intersecciones de género con diversos factores de exclusión y discriminación, el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil, la actualización de los marcos normativos con asignación de recursos y la consideración de la diversidad de las poblaciones, entre otros.

Un aceleramiento en la implementación de los componentes de la estrategia de transversalización de género en el ámbito de la salud, de manera integral y homogénea en los países, requiere de marcos institucionales en conjunto con programas específicos basados en resultados. Para el sector de la salud esto amerita nuevos compromisos dirigidos a alcanzar el empoderamiento de las mujeres y procesos de rendición de cuentas apoyados por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La Organización Panamericana de la Salud espera que la información contenida en este documento motive nuevas respuestas que permitirán el logro de la igualdad de género en el ámbito de la salud.

OPS



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 321614

