



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **20.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003*

---

MSD20/FR, Rev. 1 (Esp.)  
3 junio 2003  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Elección de la Mesa Directiva</b> .....	3
<b>Apertura de la sesión</b> .....	3
<b>Adopción del orden del día y del programa de reuniones</b> .....	4
<b>Presentación y debate de los puntos del orden del día</b> .....	4
Adelantos del Programa de la mujer, la salud y el desarrollo de la OPS.....	4
Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género .....	15
Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para incorporar la perspectiva de género.....	26
Globalización y salud.....	34
<b>Recomendaciones de la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo al Comité Ejecutivo</b> .....	37
<b>Recomendaciones a los Estados Miembros</b> .....	37
<b>Recomendaciones a la Directora</b> .....	38
<b>Clausura de la sesión</b> .....	39
 Anexo A: Orden del día Anexo B: Lista de documentos Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

1. La 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., los días 25 y 26 de marzo de 2003.

2. La sesión contó con la presencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora en conformidad con las atribuciones del Subcomité: Canadá, Chile, Costa Rica, Dominica, México, Paraguay y los Estados Unidos de América. Asimismo participaron observadores de Bolivia, Cuba, Honduras y Perú. Estuvieron representadas una organización intergubernamental y una organización no gubernamental.

### Elección de la Mesa Directiva

3. Los siguientes Gobiernos Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité durante la 20.<sup>a</sup> sesión:

*Presidencia:* Costa Rica (Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal)

*Vicepresidencia:* Paraguay (Dr. Roberto E. Dullak Peña)

*Relatoría:* Canadá (Sra. Jean Kammermayer)

4. La Dra. Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretaria ex officio, y la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Jefa de la unidad de Género y Salud) actuó como Secretaria Técnica.

### Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión, observando que era la primera reunión de los Cuerpos Directivos que tenía el privilegio de inaugurar tras haber tomado la dirección de la Organización en febrero de 2003. Parecía particularmente apropiado que la primera sesión que inauguraba ella, la primera mujer Directora en la historia de la OPS, fuera la del organismo encargado de lograr la equidad de género, y que el Subcomité celebrase una reunión conjunta con el Subcomité de Planificación y Programación, que configura las políticas y el programa de la Organización. El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo puede hacer aportes valiosos sobre cómo incorporar la perspectiva de género a todos los aspectos de la formulación de políticas de la Organización, a la programación y a la presupuestación. Esperaba contar con debates excelentes y con un conjunto sólido de recomendaciones que ayudarían a guiar el trabajo de la OPS en el futuro.

**Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos MSD20/1, Rev. 1 y MSD20/WP/1)**

6. De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina y un programa de reuniones.

**Presentación y debate de los puntos del orden del día**

***Adelantos del Programa de la mujer, la salud y el desarrollo de la OPS (documento MSD20/3)***

7. Hubo tres presentaciones de este punto. Primero, la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Jefa de la unidad de Género y Salud de la OPS) resumió el informe sobre el trabajo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo contenido en el documento MSD20/3. Aunque el Programa había cambiado de nombre —en febrero de 2003, con la reestructuración de la OSP, se había convertido en unidad de Género y Salud— su mandato seguía siendo el mismo: incorporar la perspectiva de género a los programas y las políticas de la OPS, las oficinas de país de la OPS/OMS y los Estados Miembros, al objeto de reducir las inequidades de género en salud. De acuerdo con ese mandato, el Programa se había centrado en las siguientes cinco áreas estratégicas de actividad durante el período 2001-2003: 1) incorporar la perspectiva de género a los datos y los análisis de la situación sanitaria; 2) involucrar a los interesados directos en la formulación y el monitoreo de las políticas sanitarias; 3) promover modelos integrados que reduzcan las inequidades de género en salud; 4) ofrecer información, educación y comunicación para la promoción de la causa y el adiestramiento; y 5) incorporar la perspectiva de género a las políticas y los programas de la OPS y sus Estados Miembros.

8. En la primera y segunda áreas, el Programa había emprendido varias actividades para dar cumplimiento a la resolución CSP26.R21, que exhortaba a la Oficina y a los Estados Miembros a velar por que todos los datos y la información sanitarios se desglosaran por sexo, para promover la participación de los usuarios y los productores de información sobre cuestiones de género y salud procedentes tanto del gobierno como de la sociedad civil y a para incorporar el análisis en función del género a la formulación y el monitoreo de las políticas. Aspectos importantes de este trabajo son la creación de indicadores de género y herramientas de análisis, y el refuerzo de la capacidad nacional de análisis sanitario en función del género, como también el monitoreo de la repercusión de las políticas sanitarias y la reforma del sector de la salud en la equidad de género en materia de salud. Al llevar a cabo esas actividades, el Programa se había guiado por las recomendaciones de la 18.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de que se incluyan criterios de equidad de género y se involucre a los interesados directos en el análisis de salud.

9. En la tercera área estratégica, el Programa, en colaboración con numerosos socios regionales, nacionales y de la comunidad, ha desarrollado un modelo integrado para abordar las inequidades de género en salud. El modelo se ha utilizado en una iniciativa con mucho éxito para abordar la violencia de género en 10 países de la Región. Una evaluación externa imparcial comisionada en 2001 había identificado las enseñanzas extraídas de esa experiencia, que formaría la base para un libro sobre el modelo integrado que se publicará en los próximos meses. El Programa está también aplicando el modelo integrado en proyectos para promover la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva y fortalecer los enfoques comunitarios de la equidad de género y la salud mental.

10. En el área de la información, la educación y la comunicación, el Programa difundió información sobre género y salud a través del sitio web de la OPS ([www.paho.org/genderandhealth](http://www.paho.org/genderandhealth)) y de su lista de correo electrónico, GenSalud ([gensalud@paho.org](mailto:gensalud@paho.org)) así como diversas publicaciones, como paquetes de promoción de la causa y folletos informativos. El Programa también ha comenzado a preparar un cibercentro de información sobre mujer, género, salud y desarrollo (<http://genero.bvsalud.org>), en el que habrá una ciberbiblioteca de información de género y salud y un centro de aprendizaje virtual que formará parte del Campus Virtual de Salud Pública que la OPS pondrá en marcha en abril de 2003. Con respecto a la quinta área estratégica, el Programa está adaptando la política de la Organización Mundial de la Salud para integrar la perspectiva de género en el trabajo de la OMS. Asimismo colabora con otras unidades de la Organización para incorporar indicadores de género a diversos sistemas de seguimiento y vigilancia y a tener en cuenta la dimensión del género en todas las políticas y programas de la OPS.

11. El documento MSD20/3 contiene información más detallada sobre las actividades y los logros del Programa en las cinco áreas estratégicas.

12. Después, la Dra. María Isabel Matamala Vivaldi (Coordinadora Nacional para Chile del Proyecto sobre Género y Equidad en la Reforma del Sector de la Salud, de la OPS) habló de la aplicación de la estrategia del Programa para la reducir la inequidad de género en el marco del Proyecto sobre Género y Equidad en la Reforma del Sector de la Salud en Chile. Los objetivos del proyecto eran: 1) generar información y conocimiento sobre inequidad de género en salud en el contexto de la reforma en Chile; 2) promover la integración de la perspectiva de género en las políticas de reforma; 3) promover la institucionalización de la perspectiva de género en las esferas tanto de la sociedad civil como del gobierno; y 4) utilizar las comunicaciones para influir en los asuntos de género en la reforma de la salud.

13. En cuanto al primer objetivo, se publicaron varias obras sobre diferentes temas de equidad de género y reforma sanitaria, algunas de las cuales se presentaron al Subcomité en la 20.<sup>a</sup> sesión. Además, se creó una matriz de indicadores de género para que tanto el gobierno como la sociedad civil pudieran vigilar la repercusión de las políticas de reforma del sector de la salud, y se realizaron investigaciones cualitativas como primer paso hacia una metodología para cuantificar el trabajo de salud no remunerado que realizan las mujeres e incorporar esa información a las cuentas sanitarias nacionales.

14. Entre las actividades de promoción de la causa figuraba la formación de una junta asesora para favorecer el diálogo constante entre los interesados directos de diversas esferas, tanto gubernamentales como no gubernamentales, y la organización de varios talleres y conferencias con muy diversos participantes, para debatir temas en relación con el género y la reforma sanitaria. Además, la OPS aunó esfuerzos con otras organizaciones internacionales para abogar por la inclusión —como parte de la reforma del sector de la salud— de los servicios para las víctimas de la violencia de género en la red de atención primaria de salud.

15. Para institucionalizar la perspectiva de género, que era el tercer objetivo, se avanzó hacia la creación de un observatorio en la Universidad de Chile para vigilar las políticas de reforma sanitaria desde la perspectiva de género. Además, la OPS había prestado cooperación técnica al Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y a otros organismos de del Ministerio de Salud para el análisis de género en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas sanitarias. En el área de la comunicación en materia de género y reforma sanitaria, un éxito importante fue conseguir que los medios de información presentasen temas relacionados con el género por lo menos una vez cada cinco días.

16. Se habían hecho considerables avances para dirigir la atención pública a las cuestiones de equidad de género en la reforma del sector de la salud, pero quedaban por abordar algunas inequidades de género en el sistema de salud de Chile, muy evidentes en el sector sanitario privado (ISAPREs), pero también presentes en el público (FONASA). Por ejemplo, con FONASA, las mujeres empleadas no tienen derecho a la cobertura de sus cónyuges desempleados, mientras que los varones empleados sí. Corregir esas inequidades requiere la permanente promoción de la causa para conseguir el cambio legislativo. Además, al replantear el modelo de atención, es necesario tener en cuenta la asistencia que las mujeres proporcionan en el hogar y crear cauces de participación de los ciudadanos en la reforma del sector de la salud y el monitoreo de las políticas desde la perspectiva de género.

17. La tercera presentación al respecto fue de la Sra. Cathy Cuéllar (asesora subregional para Centroamérica de la Unidad de Género y Salud, de la OPS), quien describió la ejecución del modelo integrado para abordar las inequidades de género en

salud, centrándose en particular en cómo se había aplicado el modelo como parte del proyecto para tratar el problema de la violencia de género en Centroamérica. Ese proyecto había sido tratado por el Subcomité en varias de sus sesiones anteriores. El enfoque adoptado por la OPS es un enfoque de salud pública sobre la base de los principios de prevención, promoción de la salud, detección y, cuando es necesario, rehabilitación. Abarca los niveles nacional, sectorial y de la comunidad y promueve la participación de grupos de mujeres.

18. El modelo para abordar la violencia de género se creó tras exhaustivas evaluaciones de la situación en todos los países de Centroamérica, que condujeron a determinar cinco objetivos del proyecto: definir y consolidar respuestas de salud pública uniformes al problema de la violencia de género; promover la coordinación y los enfoques intersectoriales; fortalecer las capacidades del personal y crear instrumentos, como material pedagógico para el sector de la salud; construir redes locales para mejorar la atención y el acceso a misma de las víctimas de la violencia; e investigar y diseñar intervenciones basadas en pruebas.

19. Los éxitos logrados por el proyecto sobre la violencia de género son: planes y políticas nacionales al respecto en seis países; normas y protocolos contra la violencia intrafamiliar en los siete países; adiestramiento de más de 30.000 trabajadores de salud y demás personal interesado en abordar el problema; aplicación del modelo en más de 70 comunidades; legislación sobre la violencia de género en los siete países; recopilación de datos y vigilancia en todos los ministerios de salud; más de 170 redes locales para responder a la violencia de género de manera intersectorial, e investigación a escala local y nacional en todos los países, para seguir refinando las respuestas al problema. Además, se dieron numerosos casos de cooperación e intercambio entre países de experiencias; se publicaron manuales y material didáctico; se introdujo contenido sobre la violencia de género en los programas de adiestramiento de diversas profesiones, y se implantaron procedimientos de remisión y remisión cruzada. Este último logro había venido a colmar una de las principales carencias identificadas en las evaluaciones iniciales de la situación nacional.

20. Sobre la base de la experiencia en Centroamérica, se consideró que el modelo constituía un enfoque holístico y repetible que podría aplicarse para abordar otros tipos de inequidades de género. Podría introducirse a nivel nacional o local, aunque el ideal era un enfoque combinado que abarcara ambos. Es también un modelo que facilita las alianzas entre el estado y la sociedad civil para dar respuesta nacional a las inequidades de género, cuya importancia no puede recalcarse suficientemente.

21. El Subcomité encomió al Programa por sus logros hasta la fecha y expresó su decidido apoyo que continúe su trabajo como Unidad de Género y Salud. Varios delegados formularon observaciones sobre lo valioso que había sido el trabajo guiando los esfuerzos de sus propios países en cuanto a género y salud, en particular en las áreas destacadas por la Sra. Cuéllar y la Dra. Matamala. El Subcomité aplaudió los esfuerzos del Programa por incluir a la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, en su trabajo. Esa participación se considera crucial para dar respuesta a la violencia de género y remediar las inequidades de género en las iniciativas de reforma del sector de la salud, pues las organizaciones de la sociedad civil suelen ser las primeras en dirigir la atención pública a tales temas y están en la vanguardia de los esfuerzos para abordarlos. Se señaló, sin embargo, que muchos países todavía carecían de mecanismos eficaces para coordinar el trabajo de las instituciones del gobierno con la sociedad civil. Ayudar a los países a crear esos mecanismos se considera una función importante de la cooperación técnica de la OPS.

22. También se subrayó la necesidad de enfoques intersectoriales. Los problemas como la violencia de género son muy complejos y hacerles frente requiere la participación de muchos actores no sólo del sector de la salud sino también del judicial, policial y otros. Asimismo es esencial la coordinación en el sector de la salud, a través de departamentos de los ministerios de salud y entre los diversos niveles del sistema de salud.

23. Por lo que se refiere a la integración de la perspectiva de género en las políticas y programas de la OPS y los Estados Miembros, varios delegados recalcaron la importancia de empoderar a las mujeres y aumentar su participación en la toma de decisiones en las altas esferas políticas y económicas. Se señaló que los avances mayores hacia la equidad de género se habían hecho en los países donde las mujeres estaban desempeñando una función prominente en las diversas ramas del gobierno. Varios delegados citaron casos específicos de progresos legislativos o de formulación de políticas que se habían logrado por iniciativa de ministras y legisladoras. También se consideró muy recomendable la presencia de más mujeres en las posiciones superiores de organizaciones internacionales. A este respecto, muchos delegados recibieron con beneplácito la elección de la Dra. Roses como primera Directora de la OPS y expresaron la convicción de que con su liderazgo la Región avanzaría mucho para corregir las inequidades de género.

24. La representante de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) señaló que, hacía tres años, la Comisión había recibido el mandato de una reunión de ministras para redoblar esfuerzos por incorporar la perspectiva de género a la política pública. Desde entonces, conjuntamente con expertos en materia de género, ha formulado recomendaciones a ministerios de trabajo, justicia, educación, ciencia y tecnología, y otros sectores. La OPS ha colaborado en algunos de esos trabajos, en particular con los ministerios de trabajo. Hasta ahora el proceso ha sido muy fructífero, y se han hecho

progresos significativos por incorporar la perspectiva de género en las políticas y los planes de acción de los diversos sectores.

25. La representante de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) mencionó que habían asignado algunos espacios para el próximo adiestramiento sobre análisis en función del género que se impartirá a los funcionarios de la Organización de los Estados Americanos (OEA) mediante el proyecto de integración de la perspectiva de género de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI). La Secretaria Ejecutiva de la CIM, Sra. Carmen Lomellin comunicó que, vencida la resistencia inicial al programa de adiestramiento, la respuesta de los participantes fue muy positiva. Varias iniciativas notables habían surgido del adiestramiento en materia de género, como la formulación por el propio personal de la OEA de una política de género y el establecimiento de un subcomité especial de la asociación de personal de la OEA para tratar cuestiones del lugar de trabajo relacionadas con el género. La delegada de Canadá y otros expresaron su apoyo a la OPS por aceptar la oportunidad de que algunos de sus altos funcionarios puedan beneficiarse de esta oportunidad de adiestramiento.

26. Con respecto al tema de la violencia de género, varios delegados describieron los programas en marcha en sus países para abordar el problema. Se subrayó la necesidad de desarrollo de indicadores para medir la repercusión de tales programas. La vigilancia y evaluación se consideraron esenciales para determinar qué intervenciones son más eficaces. Surgieron varias preguntas específicas con respecto a la evaluación de los efectos del proyecto contra la violencia de género en Centroamérica, en particular su repercusión para reducir la prevalencia del problema. El intercambio de experiencias se consideró asimismo un medio importante de identificar las prácticas más adecuadas, y diversos delegados ofrecieron compartir información sobre las iniciativas de sus países. Se recalcó la función de la OPS para facilitar tales intercambios y elaborar indicadores de repercusiones. Los delegados recalcaron la necesidad de atención más específica a la violencia sexual y el maltrato de menores. Un delegado señaló que las actitudes acerca de la violencia se configuran en la primera infancia. Por tanto, las intervenciones de prevención de la violencia deben empezar en la escuela primaria y proseguirse durante la adolescencia. También es importante subrayar y condenar la exaltación de la violencia en los medios de comunicación de masas.

27. La representante de la CIM comunicó que la Comisión había emprendido una evaluación de las repercusiones de la Convención de Belem do Pará sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer. La evaluación había revelado que, aunque se habían logrado progresos legislativos para proteger a las víctimas de la violencia, seguía habiendo problemas para aplicar dicha legislación. También había revelado, entre otras cosas, la necesidad de mejor adiestramiento de los funcionarios de la judicatura y la policía, y de programas más centrados de educación

contra la violencia y de concientización. Los resultados del estudio pueden consultarse en el sitio web de CIM (<http://www.oas.org/cim/defaults.htm>).

28. Recopilar información desagregada por sexo se considera un primer paso fundamental para abordar la violencia de género y demás inequidades de género. Sin embargo, se señaló que no basta con recabar información estadística para corregir las inequidades que afectan a la salud y la calidad de vida de la mujer. Hay que determinar las causas fundamentales de esas inequidades y luego a tomar medidas para corregirlas. A este respecto, varios delegados recalcaron la necesidad de prestar mayor atención a la pobreza, que es a la vez causa y efecto de las inequidades de género que afectan a la mujer.

29. Los delegados también recalcaron la necesidad de centrarse en los temas de equidad de género que afectan a los hombres. El delegado de Bolivia señaló que en su país, como en Chile, los esposos de las empleadas no tienen derecho a la cobertura por el seguro médico de ellas, lo que es un ejemplo de discriminación por razón de género contra los hombres que hay que abordar.

30. El delegado de Dominica observó que el debate había puesto de relieve el hecho de que los países de la Región estaban intentando resolver problemas muy similares, por lo que era importante asociar a todos los interesados directos, gubernamentales y no, y colaborar para hallar soluciones a esos problemas comunes. Organismos como el Subcomité son un valioso foro para hacer precisamente eso.

31. La Dra. Velzeboer estuvo de acuerdo en que crear alianzas y asociaciones y colaborar intersectorialmente es esencial. La colaboración intersectorial es uno de los principios orientadores del modelo integrado desarrollado por el Programa para abordar no sólo la violencia de género sino otros asuntos en materia de género. Sin embargo, tal colaboración no siempre es fácil de lograr. La participación de las organizaciones de mujeres, en particular, sigue presentando dificultades para muchos países. Como socio y colaborador de los países en asuntos difíciles como la violencia de género, la OPS siempre subraya la necesidad de involucrar a tales organizaciones y apoyarse en su trabajo, no sólo porque suelen liderar los esfuerzos para combatir la inequidad de género, sino porque, en muchos casos, disponen de los únicos datos existentes. Es más, mientras las contrapartes gubernamentales de la Organización tienden a cambiar con frecuencia, las de las organizaciones de mujeres suelen mantenerse, lo que permite mayor uniformidad y continuidad del esfuerzo.

32. Varios delegados habían mencionado la importancia de medir las repercusiones. Esto sigue planteando extraordinarias dificultades y es una de las razones principales por las que el Programa había dado prioridad absoluta al desglose y el mejoramiento de la información. Pero, como otros delegados habían señalado, no basta con mejorar la

información; también hay que mejorar el uso que se hace de ella para la promoción de la causa y la acción. A menudo, aunque existe información sobre cuestiones de equidad de género, no disponen de ella quienes podrían usarla para mejorar las intervenciones y abogar por mejores políticas. Poner la información en manos de quienes la necesitan es, pues, otra de las prioridades del Programa. Respondiendo a un delegado que había observado que el acceso por Internet a la información es limitado en la Región, dijo que si bien eso era cierto en el caso de muchos grupos de población pobres y vulnerables a las que se dirige la OPS, la mayoría de las organizaciones nacionales que trabajan para hacer frente a sus necesidades tienen acceso a Internet; la OPS considera que la Internet puede ser un recurso valioso para que estas organizaciones dispongan de herramientas y de información.

33. En cuanto a los datos sobre la violencia de género, señaló que recoger tales datos es intrínsecamente difícil. La experiencia en Centroamérica había mostrado que, sin adiestramiento y la sensibilización adecuada del personal de recopilación de datos, intentar recabar información de las mujeres víctimas de la violencia de género puede hacer más daño que bien. Complica aún más la situación la existencia de sistemas múltiples de vigilancia e información en diversos sectores, a menudo sin nexo entre ellos. La recopilación de datos debe tener lugar en un esfuerzo integrado por abordar el problema de la violencia de género que incluya, entre otras cosas, adiestramiento del personal interesado, aplicación de normas y protocolos y creación de sistemas de referencia.

34. A pesar de las dificultades, se han llevado a cabo con éxito algunas iniciativas de recopilación de datos. Por ejemplo, varios países han realizado estudios de población sobre la violencia de género, y la OMS, en colaboración con los puntos focales de la OPS y otros socios intersectoriales, ha realizado recientemente estudios integrales de prevalencia en varias ciudades de Brasil y Perú, que han producido gran cantidad de datos sobre el problema. Esos estudios ejemplifican el enfoque que debe seguirse: los hicieron entrevistadores adiestrados para dirigirse con sensibilidad a las entrevistadas y se habían establecido sistemas de referencia para ayudar a las mujeres que vivían en situaciones de violencia. Aunque tales estudios fueron muy costosos, tuvieron gran importancia porque proporcionaron información sobre el alcance del problema y su repercusión en las mujeres y las niñas. Tal información es fundamental para la promoción de la causa y para influir en la formulación de políticas.

35. Estuvo de acuerdo en que la educación sobre la violencia de género y otros temas de género, salud reproductiva y equidad debe empezar a una edad temprana y continuar durante toda la niñez y adolescencia. Algunos países, como Belice y Perú, ya han empezado a incorporar la prevención de la violencia de género en sus programas educativos de primaria. En la OPS, la Unidad de Género y Salud está trabajando con la

Unidad de Salud de los Adolescentes para incorporar a su trabajo la concientización sobre la violencia de género.

36. Por lo que se refiere al género y la reforma del sector de la salud, el trabajo acaba de comenzar. Cuatro años antes, en la 18.<sup>a</sup> sesión del Subcomité, no había prácticamente datos sobre la repercusión de la reforma del sector de la salud en cuanto al género, y se había hecho muy poco por incorporar las consideraciones de género a las iniciativas de reforma del sector de la salud. Desde entonces se ha avanzado mucho por aumentar la concientización del hecho de que algunas reformas han creado inequidades. El próximo paso es elaborar indicadores sencillos para vigilar la repercusión de los procesos de reforma sanitaria. Una vez más, es importante involucrar a las organizaciones de mujeres en ese esfuerzo, porque serán quienes trabajen en cada país para influir en las políticas de reforma sanitaria.

37. Por último, respondiendo al delegado de Canadá, dijo que la OPS participaría gustosamente en el adiestramiento en materia de género en la OEA y espera implicarse más en el proyecto de la ACIDI de integración de la perspectiva de género.

38. Sobre las observaciones relativas al empoderamiento de las mujeres, la Dra. Matamala afirmó que la presencia de mujeres en altas posiciones del gobierno había sido un factor decisivo del progreso de la integración de la perspectiva de género en Chile. De todos modos, queda mucho por hacer para incorporarla a todos los ministerios y sectores. Es un proceso largo que requiere no sólo aumentar la concientización en materia de género, sino también incorporar instrumentos teóricos a la política y, especialmente, a la práctica diaria. De otro modo, la integración de la perspectiva de género seguiría siendo una idea abstracta con pocos resultados concretos.

39. También señaló que la promoción de la causa para la integración de la perspectiva de género era un proceso dinámico que tenía que adaptarse a situaciones en constante cambiando. Hay que estar alerta frente a temas emergentes para sensibilizar a las personas sobre ellos, lo cual significa producir constantemente información actualizada, necesidad no siempre suficientemente reconocida.

40. Otro asunto importante que no ha recibido suficiente atención es la inequidad que afecta a los hombres. Como el Subcomité ha observado, un ejemplo de ello es la exclusión de los esposos de las trabajadoras de la cobertura médica. Esa práctica es, en realidad, un ejemplo de doble discriminación: contra los hombres, por verse excluidos, y también contra las trabajadoras, a quienes se niega una prestación que se reconoce a los trabajadores.

41. La Sra. Cuéllar, contestando a las preguntas sobre la repercusión del proyecto de violencia de género, dijo que uno de los logros principales era que ahora se reconoce la violencia de género como problema de salud pública, y el sector de la salud de los países ha asumido la responsabilidad de abordarlo. En cuanto a la repercusión concreta del proyecto para reducir el problema, todavía no se dispone de datos fehacientes. No obstante, la evaluación cualitativa había indicado que tanto los trabajadores de salud como las mujeres afectadas consideran que el proyecto ha producido cambios positivos, como la creación de redes intersectoriales para abordar la violencia de género, el mejor acceso a la asistencia, y el mejor adiestramiento del personal de salud para que aborde el problema. El próximo reto será elaborar indicadores para medir la repercusión del proyecto en términos cuantitativos.

42. La experiencia en Centroamérica recalca la importancia de basarse en el trabajo ya realizado. Como gran parte de ese trabajo sobre la violencia de género había sido hecho por organizaciones de mujeres, es esencial encontrar maneras de combinar sus esfuerzos con los de las entidades gubernamentales. Diferentes estrategias se han aplicado en los diversos países, y han surgido algunos enfoques muy creativos de colaboración intersectorial. Por ejemplo, en algunos casos, el proyecto de violencia de género se apoyó en otras iniciativas de promoción de la salud, como la de entornos saludables o la de comunidades saludables.

43. En respuesta a la pregunta de un delegado sobre los resultados de la colaboración entre países en materia de violencia de género, comunicó que, por ejemplo, Bolivia y Nicaragua estaban colaborando en la recopilación y la vigilancia de datos, mientras Panamá y Belice estaban colaborando en el desarrollo de programas de estudios para las escuelas de enfermería, con temas relacionados con la violencia y la equidad de género. También había habido intercambios técnicos entre las regiones, en particular entre Centroamérica y el Caribe de habla inglesa. Esos intercambios produjeron, a su vez, otros entre los diversos países.

44. La Directora afirmó que alcanzar la igualdad era una prioridad para la Organización, en general, y para ella en el actual quinquenio, en particular. Mucho se ha avanzado hacia esa meta, en la Oficina y en los países, pero mucho queda por hacer. Se precisan dos tipos de estrategias para alcanzar la meta de la igualdad: 1) la integración de la perspectiva de género en todas las políticas, planes, programas, proyectos, etc.; y 2) el empoderamiento de las mujeres. Ambas están inextricablemente vinculadas.

45. Como el Subcomité había recalcado, el empoderamiento de las mujeres y el aumento de su participación en la toma de decisiones es un aspecto crucial para integrar la perspectiva de género y abordar las cuestiones de género. En ese sentido, la situación actual en la Región es algo desalentadora: sólo un país tiene una mujer jefe de Estado, y sólo cuatro ministros de salud son mujeres. No obstante, las mujeres están desempeñando

funciones cada vez más importantes en otras áreas, como las relaciones exteriores, defensa y justicia, donde antes no brillaban.

46. La participación de las mujeres en los cuerpos legislativos es también un factor clave para producir mayor igualdad. Como se ha señalado, los países con mayores avances en materia de género son aquellos en los cuales las mujeres participan activamente en la formulación de políticas y leyes. Es interesante señalar, en ese sentido, que las legisladoras tienden a aunar esfuerzos como mujeres, por encima de las divisorias de los partidos, para poner de relieve asuntos en materia de género.

47. Integrar la perspectiva de género es importante no sólo para superar las inequidades de género, sino también en el contexto de los objetivos de desarrollo del milenio, uno de los cuales es la promoción de la igualdad. En efecto, el Secretario General de las Naciones Unidas declaró que el progreso hacia la igualdad es un elemento indispensable para alcanzar los demás objetivos, incluidos los tres directamente relacionados con la salud. La aplicación de la perspectiva de género y del análisis en función del género en la planificación, la programación y la formulación de políticas pondría de manifiesto cómo los hombres y las mujeres se ven afectados de manera diferente por diversas acciones y medidas, lo cual, a su vez, ayudaría a fomentar mayores comprensión y apreciación de la diversidad. Y reconocer la diversidad —entre grupos étnicos, de edad, países, regiones de países y otros— es fundamental para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.

48. Recibió complacida la invitación de que la OPS participe en el proyecto de integración de la perspectiva de género en la OEA. Si la OPS ha de ayudar a los países a lograr la igualdad, tiene que comenzar por producir una transformación en la propia Oficina. El adiestramiento que propone el proyecto de la ACIDI ayudará a equipar al personal para realizar esa transformación e integrar plenamente la perspectiva de género en la Organización. Apeló a otros países de la Región que han progresado mucho al respecto para que ayuden a la Oficina a transformarse y a lograr una verdadera igualdad entre hombres y mujeres. Sólo así será la Organización un instrumento eficaz para el cambio en la Región.

49. Un elemento clave en la transformación será la vigilancia y evaluación permanentes para determinar si se está realmente avanzando hacia la igualdad y para identificar las causas subyacentes que dificultan la contratación de mujeres y su acceso a los puestos de máxima responsabilidad. Para facilitar ese proceso y para asegurar que la igualdad y la integración de la perspectiva de género reciban la prioridad que merecen, en la reestructuración de la Oficina, la Unidad de Género y Salud queda dentro del área de Gobernanza y Políticas, directamente vinculada, a través del Director de Gestión de Programas, a la Oficina del Director. Al plantear las cuestiones de género a este nivel de

la jerarquía de la Organización, sería posible insertar el “chip de género” en todo el quehacer de la Oficina.

50. Otra de sus prioridades como Directora es aumentar la colaboración interinstitucional en materia de género, tanto dentro del Sistema Interamericano como del sistema de las Naciones Unidas. La situación dual de la OPS la coloca en una posición privilegiada para servir de enlace entre ambos sistemas. Además, es importante fomentar la colaboración con el sector no gubernamental, incluidas las organizaciones de mujeres, las instituciones académicas y entidades de otro tipo. A nivel regional se necesita un mecanismo de colaboración interinstitucional. Una posibilidad quizá sea crear un comité interinstitucional, similar a los existentes en muchos países. Al mancomunar sus esfuerzos, los diversos organismos podrían lograr muchos más avances que si trabajan solos, no sólo en equidad de género, sino en cuestiones afines como la reducción de la pobreza, el SIDA y otras mencionadas por el Subcomité.

51. Finalizó reiterando su exhortación a los Estados Miembros, a las organizaciones no gubernamentales y a los demás socios para que ayuden a la Oficina a transformarse, de modo que esté mejor equipada para apoyar a los países a afrontar los retos de integrar la perspectiva de género y lograr la igualdad.

***Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género (documentos MSD20/4, MSD20/5, MSD20/6)***

52. Hubo tres presentaciones de este tema, por los representantes de tres Estados Miembros: Canadá, Costa Rica y México. Además de los documentos preparados para el Subcomité, los tres representantes distribuyeron otras publicaciones relacionadas con la salud de la mujer y la integración de la perspectiva de género en el sector de la salud en sus países.

*Canadá*

53. La Sra. Jean Kammermayer (analista superior de políticas de la Oficina de Salud de la Mujer, Salud Canadá) describió el enfoque de Canadá para vigilar las desigualdades de género en las políticas sanitarias. Empezó con un resumen del contexto y el sistema de salud canadienses. Canadá es una federación cuya estructura constitucional otorga funciones y responsabilidades específicas a las jurisdicciones federal, provincial y territorial. El gobierno federal lidera la elaboración de la política sanitaria, vela por el cumplimiento de la legislación sanitaria y la promoción de la prevención de las enfermedades, proporciona servicios de salud a las poblaciones indígenas de las reservas, las comunidades de los territorios y a los inuit, y asistencia financiera a las provincias y los territorios para ayudarles a ofrecer servicios asistenciales a sus residentes. Esa asistencia financiera depende de que las provincias y los territorios cumplan la Ley

canadiense de sanidad, que estipula los principios operativos del sistema asistencial del país. Según la Ley canadiense de sanidad, las provincias y los territorios deben proporcionar a los residentes canadienses acceso universal a los servicios médicos y hospitalarios en plazos y condiciones uniformes, independientemente de la edad, el sexo, la raza, la situación financiera, el modo de vida, o el estado previo de salud.

54. La Oficina de Salud de la Mujer, de Salud Canadá, persigue resultados de salud equitativos para las mujeres y los hombres. Sirve de punto focal para la acción con respecto a la salud de la mujer y liderar la aplicación e integración del análisis en función del género a la legislación, las políticas, los programas y las prácticas. El trabajo de la Oficina está guiado por la Estrategia de Salud de la Mujer, que tiene cuatro objetivos principales: velar por que las políticas y programas de Salud Canadá sean receptivas a las diferencias de sexo y de género, y a las necesidades sanitarias de la mujer; incrementar el conocimiento y la comprensión de la salud de la mujer y sus necesidades sanitarias; apoyar la prestación a las mujeres de servicios de salud eficaces; y promover la salud con medidas preventivas y reduciendo los factores de riesgo que más en peligro ponen la salud de las mujeres.

55. El diseño y monitoreo de las políticas y los programas en Canadá es un proceso colaborativo que implica no sólo a los funcionarios del gobierno, sino también a los ciudadanos. El gobierno procura involucrar a los ciudadanos en el proceso de políticas y es responsable ante ellos, dándoles información sobre las actividades sanitarias y los logros a través de varios informes. Uno de los mecanismos de participación de los ciudadanos en el proceso es el Programa de Salud de la Mujer, administrado por la Oficina de Salud de la Mujer. El Programa comprende cuatro centros de investigación y la red canadiense de salud de la mujer, que contribuye a desarrollar opciones de políticas encaminadas a mejorar la respuesta de las políticas sanitarias a las preocupaciones de salud de la mujer mediante información, generación de conocimiento, comunicación, formación de redes y asesoramiento en materia de política. Un ejemplo del tipo de investigación que realiza es un estudio cualitativo para determinar cómo repercutió en las mujeres el cambio de una atención basada en las instituciones a otra basada en la comunidad.

56. Los compromisos de Canadá con la igualdad están codificados en cuatro documentos: la Carta Canadiense de los Derechos y las Libertades, el Plan federal para la igualdad de género, la Política de análisis en función del género y el Programa para la igualdad de género. Dirigió este último *Situación de la Mujer Canadá* junto con otros tres departamentos federales. Uno de sus componentes era la aceleración del recurso al análisis en función del género en el gobierno federal. Canadá dispone también de dos organismos centrales de recogida de datos, que están adoptando medidas para aumentar la sensibilidad en materia de género de la información que recopilan.

57. Estos datos, en su mayoría desglosados por sexo, han servido para elaborar varios informes con perspectiva de género sobre la salud de la mujer y se han analizado para identificar cuestiones relacionadas con la repercusión de las políticas sanitarias en las mujeres.

58. Los canadienses están actualmente entablando un diálogo nacional sobre el futuro de la atención de salud en Canadá, con vistas a identificar maneras de mejorar el sistema de sanidad pública y hacerlo sostenible. En el Acuerdo de Salud de 2003, los gobiernos reafirmaron su compromiso con los principios de la Ley canadiense de sanidad y con el mejoramiento de la transparencia y la responsabilización del sistema de atención de salud. Ese compromiso con la responsabilización permitirá mejorar el sistema nacional de vigilancia de las políticas y los programas sanitarios desde la perspectiva de género. De igual manera, el Proyecto de indicadores de salud de la mujer —iniciativa de Salud Canadá consistente en crear un conjunto central de indicadores pertinentes que tomarán en cuenta el género y la diversidad— proporcionará datos de base para el monitoreo de la salud de la mujer y ofrecerá información para los formuladores de políticas.

59. Una de las principales dificultades para vigilar las políticas sanitarias desde la perspectiva de género será identificar la repercusión de los diversos factores determinantes de la salud, dada su naturaleza multidimensional e intersectorial. Por ejemplo, por lo que respecta a la prestación de atención, ¿qué factor mediador contribuye más a la progresión de las afecciones crónicas, el estrés, el aislamiento o la situación económica? Otra dificultad es vigilar y abordar el efecto combinado del género y otros factores determinantes de la salud.

#### *Costa Rica*

60. La Dra. Rocío Sáenz Madrigal (Ministra de Salud de Costa Rica) habló del “Desarrollo de una política de salud pública desde la perspectiva de género y de los derechos humanos”. Empezó por señalar que Costa Rica había estado trabajando en cuestiones de igualdad y violencia de género por más de 15 años. Esos temas estaban ahora tratándose ampliamente en numerosos foros de todo el país, y se habían logrado grandes avances. No obstante, sigue habiendo varias graves dificultades.

61. En Costa Rica, las tareas prioritarias de salud pública son afrontar las desigualdades y las inequidades, satisfacer las necesidades, reducir la privación y la miseria y avanzar hacia una sociedad que reconozca las semejanzas, la diversidad y las características específicas de su población al construir la salud pública. En consecuencia, los principios orientadores para la formulación de la Política Sanitaria Nacional del país para 2002-2006 habían sido la equidad, la inclusión social, la ética, la universalidad, la solidaridad y la calidad. Asimismo habían orientado el proceso tres ejes transversales: el enfoque de género, el enfoque de derecho y el enfoque de participación social.

62. El primer paso al formular políticas fue crear un equipo institucional para facilitar el proceso y designar un coordinador experimentado para trabajar en el tema de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género y de los derechos humanos. El segundo paso fue emprender un análisis ético-conceptual, aplicando la perspectiva de género y de los derechos humanos, para determinar los temas fundamentales por abordar, que fueron: la atención integral a los adolescentes; la atención integral de la infección por el VIH/SIDA y demás ITS; la atención de salud reproductiva integral centrada en la atención prenatal, el parto, posparto, posaborto, las técnicas anticonceptivas, el climaterio y la menopausia; los servicios integrales contra el cáncer de cuello uterino y de mama; la participación masculina en la salud sexual y reproductiva, la promoción de la paternidad responsable que brinde apoyo emocional, y la protección y promoción de los derechos de salud sexual y reproductiva. Se determinó que esos temas deben analizarse desde el punto de vista de la calidad y la equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva; la prevención de enfermedades y la promoción de la sexualidad responsable, gratificante y sin violencia; la protección y promoción de los derechos; la implicación de los ciudadanos en el diseño, la planificación, ejecución y evaluación de las actividades y en promover la participación; y la diversidad (hombres, mujeres, niños, personas con discapacidades, con diferente orientación sexual y grupos étnicos).

63. El próximo paso del proceso fue la organización de una jornada de trabajo con una gama amplia de interesados directos para hablar de sus experiencias en materia de violación de los derechos sexuales y reproductivos. Los participantes se dividieron en grupos para tratar cada uno de los temas fundamentales. Había representantes del movimiento de las mujeres, personas con infección por el VIH/SIDA, gays y lesbianas y sobrevivientes de cáncer de mama y de cuello del útero, como también representantes del gobierno, de instituciones académicas y de organizaciones internacionales. Es decir, el establecimiento de la política fue un proceso aglutinador de diferentes personas con sueños comunes.

64. Del proceso de consulta surgieron dos orientaciones políticas principales, cada una con su propio cortejo de estrategias. La primera fue un enfoque integral sectorial e interdisciplinario de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida, con enfoque de género, enfoque de derecho y enfoque de riesgos basado en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad y equidad. La segunda fue la atención integral de la infección por el VIH/SIDA y demás ITS, haciendo hincapié en la prevención y la promoción del sexo seguro y responsable en los diferentes grupos de población, con equidad, calidad, respeto de la diferencia y un enfoque de derechos humanos.

65. El proceso de formulación de políticas había creado varios nuevos compromisos y necesidades de monitoreo, en particular la necesidad de elaborar una estrategia para vigilar el cumplimiento, con participación de la sociedad civil y demás interesados

directos, y la de fortalecer la promoción y la defensa de los derechos de salud sexual y reproductiva, asegurando el cumplimiento de las responsabilidades del Estado. Este proceso también dio lugar a varias recomendaciones para futuros ejercicios de formulación de políticas. Primero, la promoción de la participación y movilización de los actores sociales es fundamental para identificar sus necesidades, prioridades y estrategias de desarrollo. Además, se puso de manifiesto que hay que crear indicadores de seguimiento y monitoreo que garanticen la aplicabilidad de las acciones estratégicas identificadas. Es preciso estudiar con cuidado los aspectos metodológicos, conceptuales e instrumentales para velar que en la planificación estatal se aplique la perspectiva de género. Por último, es importante comentar las diferentes etapas de la experiencia en foros nacionales e internacionales con miras a intercambiar experiencias y obtener retroalimentación.

### *México*

66. La Dra. Blanca Rico (coordinadora del Programa Mujer y Salud, de México) esbozó el trabajo y los logros del Programa Mujer y Salud, de la Secretaría de Salud de México, cuyo objetivo básico es incorporar el género al conjunto del sector de la salud. Señaló que se había recientemente decidido que el Programa se convirtiera en la Dirección General de Equidad de Género en Salud, de la Secretaría de Salud. El Programa fue creado para abordar los factores que habían obstaculizado el progreso de las políticas públicas relacionadas con la salud de la mujer: centrarse con estrechez de miras en las funciones reproductivas de las mujeres, no adoptar un enfoque para todo el ciclo de la vida, la discriminación en la atención a las mujeres, la falta de datos desglosados por sexo y la deficiente calidad de atención. Además, aunque el concepto de género estaba presente en el discurso, no se había incorporado realmente a las políticas sanitarias.

67. Para el período 2001-2006, la Secretaría de Salud estableció tres cuestiones principales como foco de su trabajo: equidad, calidad y protección financiera. En las tres existían temas vitales en materia de género. Por ejemplo, había diferencias claras en la atención que reciben los hombres y las mujeres por problemas que los afectan a ambos. Además, la calidad de atención de los problemas de salud exclusivamente femeninos era deficiente. La manifestación más visible de tal deficiencia era la mortalidad materna, que seguía siendo inadmisiblemente alta en México, pese al nivel relativamente alto de desarrollo que el país había logrado y pese al hecho de que la gran mayoría de las defunciones maternas pueden prevenirse. Al mismo tiempo, sin embargo, las mujeres tienen menos acceso al seguro y lo pagan más caro, debido a sus necesidades de salud reproductiva.

68. El trabajo del Programa Mujer y Salud se articula en torno a cinco componentes. El primero es la institucionalización de la perspectiva de género en el sector de la salud y

otros sectores clave, y la introducción de innovaciones en el diseño y la ejecución de estrategias institucionales que faciliten un enfoque multisectorial transversal. Un aspecto crucial del primer componente es la incorporación de la perspectiva de género en la presupuestación, pues, como manifestó el Dr. Guillermo Soberón, anterior Secretario de Salud y figura prominente del colectivo de salud pública en México, las prioridades que no se reflejan en los presupuestos sólo son demagogia. Están en marcha varias iniciativas para sensibilizar a los decisores de la esfera financiera sobre la existencia de inequidades de género en los presupuestos públicos y para analizar cómo hacer más equitativas la planificación y la presupuestación en el futuro.

69. El segundo componente del Programa es la salud de la mujer, que funciona en coordinación con la Dirección General de Salud Reproductiva, y cuyo foco son los aspectos de la salud de la mujer *no* relacionados con la salud reproductiva. Aborda problemas que afectan a las mujeres exclusiva o más gravemente y que no habían recibido atención suficiente, como la violencia familiar, la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas, así como las brechas de salud y los problemas emergentes. Intenta garantizar el acceso a la atención equitativa, de calidad, y reducir las inequidades entre diferentes grupos sociales y regiones del país. El Programa ha diseñado un modelo integrado para abordar la violencia de género mediante la acción intersectorial coordinada, con énfasis en las poblaciones especialmente vulnerables, como mujeres indígenas, trabajadores agrícolas y otros.

70. El tercer componente, información e investigación, tiene como finalidad generar estadísticas desglosadas por edad y por sexo, indicadores de género, incorporar las cuentas satélite a las cuentas nacionales para reflejar el valor del trabajo no remunerado de las mujeres en el sector de la salud —asunto tratado con todo detalle por el Subcomité en ocasiones anteriores— y analizar la investigación sanitaria en curso para identificar los temas en estudio. El objetivo subyacente a este componente es generar pruebas de las inequidades de género en salud y revelar las causas y los efectos de dichas inequidades.

71. El cuarto componente se centra en las trabajadoras de salud. Pretende abordar las carencias históricas existentes entre los trabajadores y las trabajadoras y corregir las inequidades de las condiciones de trabajo en el sector de la salud, promover la equidad de género en la toma de decisiones y en el ambiente de trabajo de los servicios de salud y evaluar los programas de adiestramiento de medicina, enfermería, trabajo social y otras carreras técnicas sanitarias. El quinto componente, el hogar y la salud comunitaria, aborda los cambios que producen la reforma del sector de la salud y la transición demográfica y epidemiológica, muchos de los cuales imponen una carga adicional a las mujeres, responsables de la mayor parte de la atención de salud proporcionada en el hogar. En este componente, el Programa procura diseñar políticas para favorecer una mayor participación de otros miembros de la familia, especialmente los hombres, en la atención de salud domiciliaria; apoyar a los establecimientos asistenciales e idear

opciones para la atención a medio plazo de los enfermos crónicos; y aplicar la perspectiva de género en los programas de atención de las comunidades.

72. Para garantizar la participación de muchos interesados directos en el diseño de políticas y programas sanitarios con perspectiva de género y vigilar su repercusión en la reducción de las inequidades de género, se creó el Consorcio Nacional Mujer y Salud, en el que participan el gobierno, la comunidad académica y la sociedad civil.

73. El Subcomité consideró que las presentaciones y los documentos acompañantes eran muy informativos e instructivos, y reafirmó el valor de tales intercambios de experiencia como medio de que los países aprendan unos de otros y colaboren para hacer frente a problemas comunes. El Subcomité también recibió con beneplácito el énfasis de las presentaciones en aspectos de la salud de la mujer distintos de los relacionados con sus funciones reproductivas y maternas, como la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas y los esfuerzos por comprender los muchos factores determinantes de la salud de la mujer. También aplaudió el esfuerzo por incluir más a los hombres en la salud sexual y reproductiva y en la vida familiar, incluida la atención a los miembros de la familia enfermos.

74. Se señaló que las tres presentaciones contenían varios temas comunes. Uno era el tema de la violencia de género, un problema que los tres países estaban intentando resolver. La Directora señaló que quizá haya relación entre la violencia de género y ciertas tendencias económicas y sociales. Había observado, por ejemplo, al trabajar en la República Dominicana, que la violencia contra la mujer parecía aumentar en los lugares donde la industria de la maquila (ensamblaje de componentes) se había convertido en el empleador dominante, y había visto el mismo fenómeno en algunas ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos. Las plantas maquiladoras contratan sobre todo a mujeres jóvenes, dejando a muchos hombres desempleados y sin fuente de ingresos para sus familias, lo que conlleva la pérdida de la autoestima de los hombres y el aumento de la violencia contra la mujer. Esto pone de relieve la necesidad de tener en cuenta factores como los modelos de empleo al diseñar una respuesta a la violencia de género.

75. La Dra. Rico observó que el problema no se limita a la industria de la maquila. En general, la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral ha cambiado la naturaleza de las relaciones entre hombres y mujeres, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo; uno de los resultados es el aumento de la violencia contra la mujer. Otro delegado estuvo de acuerdo con ese criterio y comentó que, hasta cierto punto, la mayor violencia contra la mujer parecía ser un costo de los cambios que se habían producido en las relaciones de poder entre hombres y mujeres y de la mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones. La Dra. Rico dijo que en su país esto era cierto en las comunidades en las cuales una gran parte de los hombres había emigrado en busca de trabajo. En esas comunidades, las mujeres habían asumido muchas de las responsabilidades anteriormente reservadas a los hombres, de tal manera que, cuando estos volvían, el equilibrio del poder se había desplazado y su función en la vida de la comunidad había cambiado. Una vez más, una de las consecuencias de ello había sido el aumento de la violencia contra la mujer.

76. Otro tema común que surgió en el debate del Subcomité fue que se exige más a las mujeres de resultas de las reformas del sector de la salud, que han transferido la responsabilidad de la atención de las instituciones a los hogares. Se están introduciendo tales reformas con poca consideración de sus consecuencias para las familias y, especialmente, las mujeres, que constituyen la mayoría de los prestadores de asistencia a domicilio. El delegado de Chile informó que una encuesta sobre la salud y la calidad de vida realizada en su país en 2002 había confirmado algo que todos sospechaban pero que no se había documentado bien: asumir la responsabilidad del cuidado de un miembro de la familia con discapacidad o enfermedad crónica tenía repercusiones negativas en la calidad de vida de las familias. El Subcomité estuvo de acuerdo en que se necesita más investigación al respecto, que incorpore la perspectiva de género, para aportar las pruebas necesarias al diseño de políticas que ayuden eficazmente a las familias que prestan atención de salud en el hogar.

77. El Subcomité consideró que la compensación de los ingresos y otros tipos de asistencia financiera son un aspecto crucial del apoyo a quienes prestan asistencia a domicilio, muchos de los cuales se ven obligados a dejar sus trabajos o a tomar licencia prolongada sin goce de sueldo. No obstante, se reconoció que, aun en los países que habían previsto algo en sus reformas del sector de la salud para abordar el fenómeno de la atención de salud domiciliaria, tratar esta necesidad es muy complejo y difícil. La Delegada de Canadá mencionó que su país se había comprometido a modificar los programas existentes para asegurar que los canadienses puedan atender a un hijo, padre o cónyuge gravemente enfermo o moribundo, sin detrimento de sus ingresos ni riesgo para su puesto de trabajo. Este apoyo ayudaría a una parte de quienes prestan atención en el hogar, y podrían ser beneficiarios quienes cumplieren ciertos criterios de admisibilidad vinculados a la situación laboral. En cambio, las mujeres que no ejercen una actividad

profesional remunerada no podrían acceder a esta prestación, por estar vinculada al sistema de seguro laboral.

78. Varios temas específicos se plantearon en cuanto a los puntos mencionados por los ponentes o en los documentos. Un delegado inquirió acerca de la repercusión de la Iniciativa de Violencia Familiar de Canadá sobre la reducción de la violencia de género. Otro participante subrayó las inequidades de género presentes en muchos aspectos de la atención de salud reproductiva de las mujeres y preguntó cómo se estaba incorporando la perspectiva de género en la Dirección General de Salud Reproductiva de México, dado que el Programa Mujer y Salud estaba centrándose en los aspectos de la salud de la mujer distintos de la salud reproductiva. El delegado de los Estados Unidos observó que muchos países de la Región, incluido el suyo, tenían poblaciones indígenas considerables, y sugirió que en los esfuerzos por mejorar la atención de salud de las mujeres se involucrara a las parteras, a los herbolarios y demás profesionales de la medicina tradicional. Comentando la información presentada por el delegado de México sobre la matrícula en las facultades de medicina y los modelos de empleo en la profesión médica, también señaló que aumentar el número de las mujeres que trabajan en el sector de la salud no necesariamente conduciría a una atención de salud o a políticas sanitarias más sensibles al género. Sin duda conviene alentar a las mujeres a que estudien medicina, pero desde un punto de vista de equidad de género es más importante trabajar por cambiar el modelo de atención de salud del pasado, más bien autoritario, a un modelo que implique más activamente a los pacientes en su propia atención y fomentar una relación más igualitaria entre pacientes y proveedores, sean hombres o mujeres.

79. La Dra. Rico estuvo de acuerdo en que tener más proveedoras no necesariamente garantizaría una atención más sensible al género. Sin duda, hay muchos hombres en el sector de la salud muy sensibles al género —incluso más que algunas mujeres— que trabajan por lograr relaciones de género más equitativas. No obstante, el Programa Mujer y Salud sí considera necesario algún tipo de acción afirmativa para corregir las inequidades de género existentes en la fuerza laboral de salud en México y para garantizar mayor acceso de las mujeres a posiciones de autoridad. En ese sentido, señaló que la incorporación de la perspectiva de género a los programas de salud reproductiva —uno de los puntos comentados por el Subcomité— quizá sea más fácil precisamente porque recientemente se había nombrado a una mujer al frente de la Dirección de Salud Reproductiva. No obstante, la salud reproductiva es un área en la cual todavía se asocia mucho a las mujeres con su función tradicional de madres, y es difícil persuadir a la gente para que vea las cuestiones de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género y comprenda la necesidad de políticas y programas sensibles al género que traten las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres.

80. Volviendo al tema de la violencia de género, sugirió que, aun siendo cierto que tal vez los factores subyacentes a la violencia contra la mujer —como el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo— haya cambiado, de hecho quizá la frecuencia de tal violencia no haya aumentado. En cambio, la percepción del aumento de la prevalencia del problema puede deberse a las mejores vigilancia y notificación y al mayor conocimiento que la población tiene de su existencia. En cualquier caso, el debate del Subcomité había ilustrado indudablemente la complejidad del problema y la necesidad de tener en cuenta muchos factores al diseñar soluciones. Entre ellos figuran las diferencias culturales. Como se había señalado, México tiene una población indígena muy grande y diversa. Por ello, los enfoques apropiados específicos tienen que abordar el problema de la violencia de género en las comunidades indígenas. Uno de estos enfoques es utilizar el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la medicina tradicional. Otro es involucrar a grupos organizados de mujeres indígenas. Así, las comunidades indígenas pueden ver que están dando solución a sus propios problemas, en vez de ser los destinatarios pasivos de soluciones impuestas sin respeto de sus tradiciones culturales.

81. La Sra. Kammermayer, contestando a una observación sobre los Centros de Excelencia del Programa canadiense de Salud de la Mujer, dijo que una característica muy marcada de la investigación realizada por esos centros era su enfoque multidisciplinario e intersectorial. Consideró no sólo los aspectos biológicos y médicos de la salud de la mujer, sino todo el contexto social en el cual viven las mujeres. Otra es la investigación colaborativa, que implica activamente a los grupos de mujeres interesadas en identificar temas de especial interés para las mujeres y plantear temas de investigación. Esta investigación está produciendo algunos resultados muy interesantes, que pueden consultarse en el sitio web de la red canadiense de Salud de la Mujer ([www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)).

82. La Sra. Jodi Lynn Brown (de la delegación de Situación de la Mujer Canadá, de la Oficina de Salud de la Mujer, de Canadá) respondió a preguntas sobre la repercusión de la Iniciativa de Violencia Familiar de Canadá. Las encuestas realizadas en 1993 y 1999 indicaban que había habido un aumento significativo del número de albergues y servicios para las mujeres y los niños que huían de situaciones de maltrato. También habían aumentado los servicios de apoyo social en la comunidad. Además, las tasas de prevalencia de 5 años del violencia conyugal habían disminuido entre 1993 y 1999 y había habido una disminución general del número de mujeres víctimas de homicidio conyugal. Las encuestas sobre la percepción pública de la violencia contra la mujer reflejan el aumento del conocimiento de la población al respecto y el mayor reconocimiento de la necesidad de prestar servicios a las víctimas en la comunidad. Otros cambios son las enmiendas al Código Penal canadiense en relación con el enjuiciamiento de los agresores. Gran parte de esta información está documentada en la reciente publicación *Evaluación de la violencia contra la mujer: un perfil estadístico*, proyecto

realizado en colaboración por el ministerio federal, los provinciales y los territoriales de la situación de la mujer (condiciones jurídicas y sociales). Canadá considera muy ilustrativo este informe, como también considera que hay que conseguir más información y datos sobre la violencia entre las mujeres indígenas, refugiadas e inmigrantes.

83. La Dra. Sáenz habló del esfuerzo del parlamento costarricense por establecer un sistema nacional de vigilancia de la violencia doméstica, gracias al insumo de diversos sectores, como la justicia, la policía y el sector de la salud. Aunque se reconoce que la mejor baza del sector de la salud es la vigilancia, se señala que tal vigilancia comienza por el propio acto de violencia, pues el sector de la salud trata las consecuencias del acto para la víctima. Lo que se necesita es un enfoque preventivo que identifique la presencia de factores de riesgo que pueden conllevar violencia contra la mujer, como los antecedentes de comportamiento violento o haberse criado en una situación de violencia doméstica. Sin embargo, como ese tipo de vigilancia excede claramente la competencia del sector de la salud, es fundamental la colaboración intersectorial. El proyecto de vigilancia de la violencia doméstica se había originado en gran parte por iniciativa de la anterior Ministra de la Condición de la Mujer, actual miembro del Parlamento, lo que ejemplifica lo que mencionaba el Subcomité sobre el cambio que las mujeres pueden operar al acceder a puestos políticos influyentes.

84. Otro fenómeno que no había mencionado en su presentación, pero interesante desde el punto de vista de vigilar las políticas públicas desde una perspectiva de género, es la reducción sin precedentes de la tasa de natalidad de Costa Rica en el año anterior, de casi 8%, es decir, unos 5.000 nacimientos menos. Jamás el país había visto una disminución de esa magnitud, y el único factor que parecía justificarlo era la promulgación en 2001 de la Ley de Paternidad, que obliga a cada hombre a aceptar la responsabilidad de los hijos que engendra o a presentar a una prueba de ADN para demostrar que no es el padre. Esa situación es una demostración elocuente de la repercusión que las políticas públicas pueden tener en cuestiones de género, pero se necesita mucho más análisis para comprender exactamente cómo una ley que exige un comportamiento responsable puede producir tan notable cambio.

85. El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto y Subdirector interino de la OPS) dijo que no podía hablar en nombre de la Directora, que había tenido que ausentarse antes de que concluyera el debate del Subcomité. Sin embargo, sí deseaba compartir algunas reflexiones sobre las funciones del Subcomité, a cuyas reuniones venía asistiendo desde hacía unos 12 años. En ese tiempo, había visto un claro cambio de orientación del Subcomité, que había sido especialmente evidente en la 20.<sup>a</sup> sesión. En sus primeros años, el Subcomité tendía a servir más como comité consultivo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Aunque esa había sido una contribución valiosa, no era función del Subcomité asesorar a uno solo de los 20 ó 30 programas de la Organización.

86. El Subcomité es un órgano subsidiario del Comité Ejecutivo, uno de los Cuerpos Directivos de la Organización, cuya función es preparar las reuniones del Consejo Directivo o, una vez cada cinco años, la Conferencia Sanitaria Panamericana. En consecuencia, la función del Subcomité es informar al Comité Ejecutivo y, a través del Comité, al Consejo o a la Conferencia, sobre lo que la Organización —tanto la Oficina como los Estados Miembros— debe hacer para enfrentar mejor las cuestiones de género y salud. El trabajo que el Subcomité había hecho durante la 20.<sup>a</sup> sesión iba a ser precisamente eso, porque los debates se habían relacionado mucho menos con las actividades del Programa y mucho más con cuestiones que era preciso tratar en los Estados Miembros.

87. ¿Por qué es así? Una razón fundamental es que los países estaban logrando avances reales en materia de género y salud. Por eso, los delegados pueden venir a las reuniones e intercambiar experiencias, tratar lo que ha funcionado y lo que no ha funcionado en sus países y aprender unos de otros. En ese sentido, la manera en la cual el Subcomité había abordado sus deliberaciones puede ser un buen ejemplo para las reuniones de los otros Cuerpos Directivos. Con frecuencia, en esas reuniones, gran parte de la interacción tiene lugar entre los Estados Miembros y la Oficina, y hay poco debate entre los delegados. En cambio, el debate del Subcomité se había caracterizado por un intercambio extraordinariamente rico de criterios, en el cual gran parte del diálogo había tenido lugar entre los Estados de Miembros.

88. Las ideas del Subcomité quedarán reflejadas en el informe final de la 20.<sup>a</sup> sesión, que se presentaría al Comité Ejecutivo en junio, junto con sus recomendaciones a la Oficina y a los Estados Miembros. Instó a los delegados a que compartieran el informe ampliamente con otras personas de sus países, por ser una fuente de información muy valiosa y útil sobre lo que hay que abordar en materia de género y salud. Asimismo alentó al Subcomité a que sus recomendaciones tomen la forma más práctica posible para dar orientación sólida a los Estados Miembros sobre cómo afrontar las dificultades y para que la Oficina sepa cómo ayudar mejor a los países en sus esfuerzos.

***Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para incorporar la perspectiva de género (Documentos MSD20/7, Rev.1, MSD20/8, MSD20/9)***

89. Hubo presentaciones sobre la incorporación de la perspectiva de género en tres iniciativas de la OPS: la Iniciativa de Datos Básicos de Salud, la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, y la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

*Iniciativa de Datos Básicos de Salud*

90. El Dr. Carlos Castillo Salgado (Gerente del Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria de la OPS) resumió el contenido del documento MSD20/7, Rev. 1, que presentaba los progresos realizados en incorporar la perspectiva de género a la Iniciativa de Datos Básicos de Salud de la Organización. El objetivo del Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) es fortalecer la capacidad de los Estados Miembros y de la Secretaría de la OPS de generar, analizar, difundir y utilizar información estratégica para evaluar la situación sanitaria y las tendencias y para medir las repercusiones de las intervenciones de salud. En años recientes, de acuerdo con diversas resoluciones de los Cuerpos Directivos y consciente de los requisitos de monitoreo asociados con los objetivos de desarrollo del milenio, AIS había trabajado mucho por que los indicadores de los datos básicos fueran desglosados por sexo, lo que había permitido apreciar las significativas diferencias existentes entre indicadores desde la perspectiva de género. AIS también trabaja para ayudar a los países a introducir datos desglosados por sexo en sus sistemas de información.

91. Los indicadores desglosados por sexo ya incorporados a la Iniciativa de Datos Básicos incluyen datos demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, de morbilidad y datos sobre el acceso a la atención de salud, los recursos y la cobertura. Además, se han introducido indicadores específicos de equidad de género, como la medida del empoderamiento de la mujer del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El documento resumía las diferencias más importantes entre hombres y mujeres que puso de manifiesto el monitoreo de esos indicadores. La información sobre género y salud se difundió en diversas publicaciones, como *La Salud en las Américas, 2002*, el folleto de datos básicos, el Informe Anual del Director, el *Boletín Epidemiológico de la OPS* y otros documentos y publicaciones específicas relacionadas con el género y los datos básicos.

92. Para seguir incorporando el género en la recopilación de datos y las actividad de análisis de la Organización, AIS recomienda las siguientes acciones: mantener y actualizar el sistema regional de datos básicos de salud de la OPS y promover la publicación de un folleto regional con un conjunto básico de indicadores de salud de la mujer; colaborar a preparar periódicamente los perfiles sanitarios de los países con los datos básicos de salud que incorporen la perspectiva de género; colaborar con otros programas de la OPS en el monitoreo de acontecimientos, factores, estrategias y mandatos de salud en los países de la Región desde la perspectiva de género; y, en colaboración con la Unidad de Género y Salud, apoyar el fortalecimiento de la capacidad nacional de desarrollo de sistemas de información sanitaria y monitoreo de la salud con indicadores desglosados por sexo, edad y otras variables sensibles al género. El Dr. Castillo concluyó subrayando la crucial importancia de esta última recomendación, ya

que la capacidad de la OPS de producir estadísticas sensibles al género depende de la capacidad de los países para generar datos fiables desglosados por sexo.

*Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe*

93. La siguiente presentación corrió a cargo del Dr. Eduardo Levcovitz (asesor regional de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS), quien describió los principales instrumentos metodológicos para vigilar y evaluar las reformas del sistema sanitario. La reforma del sector de la salud, tal como la definió el Consejo Directivo en 1995, es un proceso para introducir cambios de fondo en los diferentes organismos y funciones del sector de la salud con miras a aumentar la equidad de las prestaciones, la eficiencia del manejo y la eficacia y la calidad de las actividades de salud, satisfaciendo así las necesidades de salud de la población. Como tal, es una transformación profunda de los sistemas de salud que tiene lugar en un plazo dado y suele apoyarse en un marco jurídico y normativo. En la Región, dicho marco jurídico y normativo fue la primera Cumbre de las Américas (1994), donde se llegó a un acuerdo general sobre algunas de las metas a las que los procesos de reforma sanitaria en la Región deben aspirar, una de las más importantes de las cuales es garantizar el acceso equitativo a los servicios básicos de salud para toda la población.

94. Ese convenio había conducido a la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, puesta en marcha por la OPS en 1997, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La Iniciativa tenía tres objetivos principales: el monitoreo, la evaluación y el apoyo regional a los procesos de reforma en los países; el desarrollo de herramientas metodológicas, y la organización y difusión de la información. Posteriormente, el 41.º Consejo Directivo (1999) estableció que han de aplicarse cinco principios orientadores al vigilar y evaluar los procesos de reforma: equidad, eficiencia, eficacia y calidad, sostenibilidad y participación social. Esos principios se habían aplicado no sólo al crear instrumentos para vigilar la reforma del sector de la salud, sino al diseñar todos los instrumentos metodológicos para medir los cambios en los sistemas de salud, con vistas a seleccionar las intervenciones prioritarias de formulación de políticas por los Estados Miembros y a la cooperación técnica de la OPS.

95. Con referencia específica a variables sensibles al género, se diseñaron metodologías en cuatro áreas principales: perfiles de los sistemas de salud, monitoreo del acceso equitativo a los servicios básicos de salud, medición y caracterización de la exclusión y análisis del sector de la salud. El documento contenía detalles de las variables de género y los indicadores empleados en esos instrumentos. Puede encontrarse más información en el sitio web de la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud ([www.americas.health-sector-reform.org](http://www.americas.health-sector-reform.org)). Fueron muy interesantes los resultados de la metodología para medir la exclusión social en materia de salud, que pusieron de

manifiesto los estrechos vínculos entre género y exclusión, como también las asociaciones cruzadas entre género y raza o etnia, cultura y clase social. Aplicar la perspectiva de género al monitoreo y evaluación de la reforma del sector de la salud guarda relación directa con el concepto de ampliar la protección social en materia de salud, pues es evidente que los factores relativos al género están íntimamente relacionados con las desigualdades y con las inequidades en el acceso a los servicios de salud, por lo que determinarlos y hacerles frente reforzará el esfuerzo general por ampliar la protección social en materia de salud.

#### *Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*

96. Sobre este tema hubo dos presentaciones. En primer lugar, la Dra. Virginia Camacho (asesora regional de la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna de la OPS) resumió el contenido del documento MSD20/9, y luego el Dr. Luis Guillermo Seoane (del Consejo Interinstitucional para la Maternidad sin Riesgo, de Bolivia) describió una iniciativa de monitoreo en curso en Bolivia.

97. La Dra. Camacho comenzó señalando que la mortalidad materna no sólo es un grave problema de salud pública, sino también una importante cuestión ética y de equidad de género. En efecto, es una de las manifestaciones más flagrantes e injustas de la inequidad de género que persisten en muchos países. En el continente americano, siguen muriendo entre 23.000 y 25.000 mujeres cada año por causas que, en gran parte, pueden prevenirse, y se ha avanzado relativamente poco para reducir el problema, como demuestra el hecho de que en los 15 últimos años, de los 35 países de la Región, sólo 5 hayan conseguido reducir sus tasas de mortalidad materna en 15%.

98. En 2002, la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana había aprobado la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas y había solicitado a la Dirección fortalecer los sistemas de información y vigilancia sobre la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. En el documento MSD20/9, también presentado a la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación, se describen las medidas adoptadas para dar cumplimiento a tal solicitud. El documento presenta una propuesta diseñada para ayudar a la Oficina y a los países, a nivel tanto nacional como local, a vigilar el progreso hacia la meta de la Cumbre del Milenio de reducir la mortalidad materna en 75% entre 1999 y 2015. A tal efecto se establecieron dos indicadores: la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado. Además, en el documento se proponía ayudar a los Estados Miembros a cumplir el compromiso hecho en la resolución CSP26.R13 de reducir la brecha de la mortalidad materna existente tanto entre los países en la Región como en cada uno de ellos.

99. La mortalidad materna es extraordinariamente difícil de vigilar, dadas la información insuficiente o deficiente, la subnotificación y la clasificación incorrecta de las defunciones maternas, la falta de uniformidad de la recopilación y el registro de los datos, y la existencia de múltiples fuentes de información poco o nada vinculadas entre sí. Además, algunos países no tienen comités de auditoría de las defunciones maternas, que son un instrumento clave para analizar las causas y los factores determinantes de las defunciones maternas. Otra gran dificultad del monitoreo reside en medir la repercusión de las causas indirectas de la mortalidad materna, en particular el SIDA y la violencia contra la mujer.

100. La propuesta presentada en el documento abordaba la cuestión del monitoreo desde tres ángulos: cómo medir el progreso en términos de indicadores de repercusiones (por ejemplo, las tasas de mortalidad materna), cómo medir los esfuerzos que estaban realizándose en toda la Región para abordar el problema de la mortalidad materna (por ejemplo, la formulación de políticas, planes y programas) y cómo la Organización puede apoyar mejor los esfuerzos de los países. Al aplicar sistemas de monitoreo a escala regional, nacional y local, la OPS se propone apoyarse en los sistemas existentes y hacer un uso óptimo de las prácticas adecuadas y las lecciones extraídas en los países de la Región. Mejorar la capacidad de monitoreo al nivel local se considera crucial, por haberse generado en él la información correspondiente y porque en él vive la población afectada.

101. Sobre la base de la Estrategia Regional, la propuesta determinó los componentes clave de un sistema de monitoreo de la mortalidad y la morbilidad maternas, junto con indicadores afines y preguntas a las que dar respuesta en cada uno. Esos componentes fueron: elaborar y aplicar políticas, planes y programas de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas; asignar recursos de inversiones públicas a tal efecto; poner a disposición cuidados obstétricos esenciales (básicos e integrales) y asistencia calificada al parto; estrategias para empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades, pues la investigación había indicado que pueden tener una gran repercusión para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna; estadísticas vitales, sistemas de vigilancia y uso de la información para la acción; crear asociaciones, otro elemento crucial de gran repercusión, no sólo para formular políticas públicas, sino para la evaluación continua de la puesta en práctica de planes y programas y de la participación de la sociedad civil en el proceso.

102. El Dr. Seoane describió luego la experiencia del Consejo Interinstitucional de Bolivia para la Maternidad sin Riesgo, que estaba trabajando para abordar el problema de la mortalidad materna en ese país. En 1996 se había creado un comité de maternidad sin riesgo con la intención de reducir rápidamente la mortalidad materna en Bolivia, que tenía la segunda tasa de mortalidad materna más alta de la Región. El Consejo Interinstitucional para la Maternidad sin Riesgo, establecido en 2002, era un reflejo de la

voluntad política de que la maternidad sea segura para todas las bolivianas. El Consejo se había creado por iniciativa del Presidente de Bolivia, que había nombrado a la Primera Dama para presidirlo. Entre sus miembros figuraban representantes de diversos sectores del gobierno, organismos de cooperación multilateral y bilateral, organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres, universidades, sindicatos y comunidades indígenas.

103. Los esfuerzos del Consejo se han concentrado en tres áreas fundamentales: promoción de la causa y sensibilización, movilización de las comunidades y fortalecimiento institucional. En el área de promoción de la causa, entre las actividades llevadas a cabo hasta la fecha figuran la elaboración de estrategias de comunicación para aumentar la conciencia sobre los derechos de las bolivianas a la maternidad sin riesgo; el apoyo a la formulación y el monitoreo de políticas y programas con participación comunitaria; el intercambio de experiencias que han tenido éxito en los ámbitos de la salud maternoinfantil y la salud sexual y reproductiva; la promoción de un enfoque intercultural y las mejoras de la calidad de los servicios de salud. Para la movilización de las comunidades, el objetivo es involucrarlas para que comprendan que los programas de maternidad sin riesgo son algo propio. Se cuentan entre las actividades al respecto la promoción de la participación comunitaria en la identificación de necesidades y la creación de estrategias para reducir la mortalidad materna y perinatal y el apoyo a la vigilancia epidemiológica de las comunidades, la comunicación educativa, el seguimiento social y la planificación participativa en salud materna y perinatal. En cuanto al fortalecimiento institucional, se han creado asociaciones con comités departamentales y municipales, se han organizado grupos de trabajo sobre temas específicos, y se han adaptado y armonizado indicadores para el monitoreo del progreso hacia la maternidad sin riesgo.

104. Las actividades previstas son: consolidar el Consejo y los comités departamentales y municipales de maternidad sin riesgo; monitorear los estudios poscenso que habían aportado mucha información valiosa sobre el problema de la mortalidad materna; realizar una campaña para promover los derechos de las embarazadas mediante diversas estrategias de comunicación; promover las prácticas más adecuadas basadas en pruebas sobre salud materna y neonatal, y apoyar planes y programas de salud materna y perinatal, especialmente mediante el seguro maternoinfantil universal.

105. Quedan por conseguir una atención más humana y culturalmente sensible para las madres y un mayor acceso, geográfico y económico, a los servicios de salud. Además, madres e hijos necesitan un mejor ambiente institucional, con mejores infraestructuras, suministros adecuados, sistemas más eficaces de remisión y remisión cruzada, y mejor adiestramiento de los prestadores de asistencia sanitaria.

106. El Subcomité recibió con beneplácito la información sobre los esfuerzos de la OPS por mejorar la recopilación y el análisis de datos desde la perspectiva de género. Varios delegados observaron, sin embargo, que, aunque los documentos reflejan grandes progresos en ese sentido, no contienen mucha información sobre cómo la información recabada se había plasmado en políticas concretas y programas, lo cual constituye una de las finalidades primordiales de la recopilación de datos. También se señaló que la recopilación de datos desglosados por sexo no necesariamente quiere decir que se esté empleando la perspectiva de género. Se requiere el análisis en función del género para identificar y comprender las diferencias de género que subyacen a las cifras y hay que utilizar esa información para mejorar las políticas y los programas. Es esencial adiestrar al personal para formar la capacidad nacional de proceder al análisis de género. Se sugirió que la OPS considere la posibilidad de patrocinar talleres para epidemiólogos y estadísticos nacionales que los sensibilicen a la cuestión del género y les enseñen metodologías para incorporar indicadores de género a sus sistemas y para realizar análisis de género de los datos recogidos.

107. Con relación a la Iniciativa de Datos Básicos, el Subcomité recaló la importancia de examinar las diferencias de género no sólo en las tres afecciones mencionadas por el Dr. Castillo (diabetes, SIDA y cáncer de pulmón, los contribuyentes más significativos a la carga de morbilidad femenina en 2000), sino en enfermedades emergentes como el dengue. En Centroamérica, al menos, el número de nuevos casos de dengue parece ser mayor entre las mujeres, y es importante determinar si se trata de una diferencia de género. También es fundamental vigilar las diferencias de género de enfermedades no transmisibles, en especial las cardiovasculares. Además, se consideró que los datos básicos deben incluir indicadores específicos sobre la salud mental de las mujeres, terreno en el que existen extraordinarias inequidades de género.

108. La delegada de Dominica subrayó la necesidad de un enfoque diferente de la recopilación y el análisis de los datos en el caso de los países pequeños. Señaló que muchas estadísticas se calculan sobre la base de 100.000 habitantes; sin embargo, en el Caribe, varios países tienen poblaciones más pequeñas. También recaló que no hay que pasar por alto las inequidades de género en salud de que pueden ser víctimas los hombres. Se necesitan indicadores específicos para comprender por qué, por ejemplo, los hombres suelen posponer la búsqueda de atención de salud. Tal información quizá ayude a explicar la esperanza de vida más corta de los hombres y demás diferencias de género en salud.

109. En lo relativo al monitoreo de la reforma del sector de la salud, se recaló la necesidad de analizar las reformas desde el punto de vista del presupuesto. Se señaló que, en el papel, algunas reformas quizá parecen aportar un mejoramiento desde la perspectiva de género; sin embargo, cuando se consideran en cuanto a las asignaciones presupuestarias y el grado en que benefician a los hombres y las mujeres, se hace

evidente que no son realmente equitativas. También se considera fundamental recabar datos sobre el cambio hacia la atención comunitaria y sobre la repercusión de ese cambio en las mujeres. Los delegados celebraron que el documento reconociera la conexión entre la salud de la mujer y su situación económica, y el estudio de los sistemas de salud y la cobertura en el sector inoficial, en el cual las mujeres están sobrerrepresentadas. Hubo elogios para los perfiles de los países, gran fuente de información, pero se sugirió refinar las variables y los indicadores en ellos utilizados para dar una imagen más completa de la situación de la equidad de género en los países. Con relación al monitoreo del acceso a los servicios de salud, se recalcó la necesidad de examinar sus diversas dimensiones, como su asequibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

110. En cuanto a la mortalidad materna, se señaló que si bien el título del documento hace referencia a la mortalidad y a la morbilidad maternas, ni el documento ni la presentación habían contenido mucha información sobre esta última. Prestar atención a la morbilidad materna se considera esencial para todos los países, pero especialmente para los que tienen tasas de mortalidad materna relativamente bajas, para velar por que la mortalidad siga siendo baja y, si es posible, reducirla aún más.

111. El Subcomité recomendó que se pida a las unidades de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, Políticas y Sistemas de Salud, y Salud de la Mujer y Salud Materna que comuniquen en la 21.<sup>a</sup> sesión el progreso logrado por las iniciativas presentadas en la 20.<sup>a</sup> sesión, especialmente en cuanto a la utilización de los datos recogidos para diseñar políticas y programas que rectifiquen las inequidades de género detectadas.

112. En respuesta a las observaciones del Subcomité sobre la morbilidad materna, la Dra. Camacho dijo que aunque el documento quizá insistía más en la mortalidad materna, la OPS estaba también vigilando la morbilidad materna a través de su sistema de información perinatal. Señaló que hay que tener presente que la morbilidad materna es un tema muy complejo y que no toda enfermedad materna lleva a la muerte. No obstante, el documento se centraba en la vigilar la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, por lo que se centraba en la morbilidad muy grave que probablemente conduce a la muerte.

113. El Dr. Seoane, contestando a una pregunta sobre la participación comunitaria en el Programa para la Maternidad sin Riesgo de Bolivia, explicó que las funciones y las responsabilidades se definen al nivel local. Una iniciativa de acción de la comunidad llevada a cabo en 134 comunidades había demostrado lo muy eficaces que las intervenciones de la comunidad pueden ser para reducir la mortalidad materna y perinatal a escala local. Sin embargo, para lograr una verdadera repercusión en reducir el problema, es preciso vincular esos esfuerzos a los nacionales.

114. El Dr. Levcovitz observó que el hecho de que los delegados hubieran hablado de reformas, y no de la reforma, del sector de la salud es la prueba del progreso conceptual alcanzado al respecto en años recientes. Ahora se acepta que no puede haber una fórmula universal para la reforma ni un único conjunto básico de servicios que satisfaga las necesidades de todos los países. En cambio, cada país tiene que establecer, mediante un proceso colectivo de participación, sus propias prioridades y, basándose en esas prioridades nacionales, intentar ofrecer la protección sanitaria más integral posible a su población. Asimismo se reconoce actualmente que la eficacia en función de los costos no ha de ser el único criterio para establecer la escala de prioridades. Todo ello son claros signos positivos. Específicamente, en lo tocante al monitoreo de la reforma del sector de la salud desde la perspectiva de género, estuvo de acuerdo con la necesidad de considerar la interacción del género con otras variables, como la etnia y el nivel socioeconómico. A este respecto, informó que un grupo formado por representantes de varios países de la Región estaba trabajando para aplicar un enfoque denominado de “tablero de mandos” al análisis de sistemas de salud, consistente en no considerar las variables por sí solas, sino teniendo en cuenta todo el complejo conjunto de factores que influyen en el desempeño del sistema de salud.

115. El Dr. Castillo, aludiendo a las observaciones respecto al nexo entre la salud de la mujer y su estado económico, dijo que el análisis de la esperanza de vida en los países de la Región había demostrado claramente que las mujeres que viven en los países en los que hay una gran brecha entre los quintiles más altos y más bajos de ingresos tienen una esperanza de vida inferior, independientemente de si el país es rico o pobre. Ese resultado tiene enormes implicaciones desde un punto de vista del género, pues aporta pruebas de la repercusión que la desigualdad puede tener en la salud. Sobre las observaciones de la delegada de Dominica, dijo que en el caso de los países con menos de 100.000 habitantes, la OPS recomienda comunicar el número real de defunciones, no la tasa, y que es así como los datos de esos países se registran en los datos básicos. En cuanto a la sugerencia de realizar talleres de adiestramiento para el personal nacional, la OPS es muy receptiva a la idea.

### ***Globalización y salud (documento SPP37/5)***

116. Este tema se estudió en una reunión conjunta con el Subcomité de Planificación y Programación, que celebró su 37.<sup>a</sup> sesión los días 26 y 27 de marzo de 2003. Llevaron a cabo presentaciones el Dr. César Vieira (Gerente interino del Área de Gobernanza y Políticas de la OPS), la Dra. Ilona Kickbusch (División de Salud Mundial, Universidad de Yale), el Prof. David Warner (Facultad Lyndon B. Johnson de Asuntos Públicos, Universidad de Texas), el Dr. Nick Drager (Unidad de Estrategia de la Oficina del Director General de la OMS), y la Dra. Maitreyi Das (Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial).

117. El Dr. Vieira describió los puntos principales del Documento SPP37/5, en el que se examinan algunas repercusiones de la globalización, especialmente las que afectan a la salud de la población. También describió las propuestas de cooperación técnica de la OPS/OMS en esta área, cuya finalidad es asegurar que las preocupaciones de salud se tengan en cuenta en las negociaciones comerciales internacionales. La Dra. Kickbusch habló de algunas de las maneras en que la globalización estaba afectando a la gobernanza y viceversa, y luego examinó algunos de los retos de la gobernanza mundial en salud y la función de las organizaciones internacionales de salud en el nuevo contexto globalizado. El Dr. Warner centró sus comentarios en las cuatro modalidades del comercio de los servicios de salud —prestación transfronteriza de servicios, movimiento de pacientes, presencia comercial de prestadores extranjeros y migración de profesionales de salud— y las cuestiones principales de cada uno, identificando las posibles funciones de la OPS en el ámbito del comercio de los servicios de salud. El Dr. Drager esbozó el trabajo emprendido por la OMS, gran parte de él conjuntamente con la OPS, para intentar orientar los procesos de negociación comercial de modo que en ellos se tengan más en cuenta los intereses de salud pública.

118. La Dra. Das describió algunos de los posibles nexos entre la globalización y la salud de la mujer, explicó algunos de los problemas para identificarlos y estudiarlos y sugirió algunas maneras en que los ministerios de salud podrían colaborar a que la globalización no repercutiera negativamente en la salud de la mujer. Señaló que la globalización puede tener una repercusión sobre la salud de la mujer por tres mecanismos principales: el empleo femenino, los acuerdos comerciales y la reforma del sector de la salud. En las tres áreas, las repercusiones pueden ser positivas o negativas. Por ejemplo, el empleo femenino ha crecido masivamente desde que comenzó la globalización. Lo positivo es que esto ha conducido a mayores ingresos, autoestima y movilidad de las mujeres, lo que ha aumentado su acceso a la salud y las estructuras de apoyo. Sin embargo, el incremento del empleo femenino también ha tenido consecuencias negativas, como mayor volumen de trabajo, pérdida del tiempo libre, mayor estrés y exposición a riesgos laborales. En cuanto a los acuerdos comerciales, lo positivo es el posible mayor acceso a medicamentos, tecnologías, información y servicios. Pero el costo de esos medicamentos y servicios puede ser prohibitivo. Otra consecuencia negativa tal vez sea el éxodo rural del personal capacitado. En cuanto a las reformas del sector de la salud, la cuestión principal es saber si la eficiencia tiene su correlato de equidad. Tendencias como la mayor competencia y la participación del sector privado pueden mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, pero también comprometer el acceso de las mujeres más vulnerables. De igual manera, los esquemas de recuperación de costos quizá mejoren la sostenibilidad financiera, pero también pueden negar los servicios a quienes más los necesitan.

119. Sugirió que los ministerios de salud podrían ayudar a reducir al mínimo los posibles efectos negativos de la globalización sobre la salud de la mujer sensibilizando a los ministerios de finanzas y de comercio y forjando alianzas con los de trabajo, haciendo resaltar las prioridades de salud de la mujer en el marco de las negociaciones comerciales internacionales y velando por que el análisis de los posibles efectos sobre la salud de la liberalización del comercio se hiciera *a priori* y no *a posteriori*, promoviendo las necesidades de las mujeres y las cuestiones de equidad y de acceso en el debate sobre el financiamiento de la atención de salud, involucrando a los defensores de la salud de la mujer y a organizaciones comunitarias en el monitoreo y la evaluación de la reforma del sector de la salud y las políticas macroeconómicas, y haciendo que dicha reforma sea útil para la salud de la mujer y para las mujeres más vulnerables.

120. Los delegados recibieron con beneplácito los esfuerzos de la OPS por subrayar los efectos que la globalización puede tener en la salud y para reducir al mínimo sus repercusiones negativas. Se alentó a la Organización a que siguiera buscando maneras de ayudar a los Estados Miembros a afrontar las implicaciones sanitarias de la globalización, al tiempo que contemplan estas cuestiones desde la perspectiva de género. No obstante, se recalcó que la OPS debe tener cuidado de no implicarse en cuestiones comerciales que quedan fuera de su mandato y competencia. La Organización debe más bien seguir centrándose en los aspectos de salud pública de la globalización, ayudando a los países a aprovechar las ventajas sanitarias que puede ofrecer y a mitigar sus efectos indeseables sobre la salud.

121. El Presidente del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo señaló que el documento y las presentaciones no insistían mucho en las necesidades específicas de grupos vulnerables, especialmente mujeres. La función de la OPS y la OMS debe ser identificar repercusiones positivas y negativas sobre la salud de los acuerdos comerciales que se debaten en la escena mundial y regional, con especial atención a su posible repercusión en las poblaciones más vulnerables. El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, en su 20.<sup>a</sup> sesión, había recalcado la necesidad de aplicar la perspectiva de género en todas las actividades de planificación, formulación de políticas y monitoreo de la salud. Esa perspectiva también debe aplicarse al negociar y vigilar la repercusión de los acuerdos comerciales en la salud. El Subcomité está preparando un conjunto de recomendaciones encaminadas a integrar la perspectiva de género en la planificación, la ejecución y el monitoreo de políticas y programas de la OPS y sus Estados Miembros. Esas recomendaciones se someterán a la consideración del Comité Ejecutivo en junio.

122. La Directora recalcó que la Organización está trabajando para maximizar los efectos positivos y reducir las repercusiones negativas de ciertos aspectos de la globalización. La cooperación técnica se dirige a fomentar el diálogo entre diferentes sectores nacionales y velar por que el sector de la salud se haga oír en las negociaciones

comerciales para que, como había recomendado la Dra. Das, se analicen los posibles efectos adversos de las decisiones comerciales y se aborden antes de que se presenten.

123. Para un informe más detallado de las ponencias y los debates al respecto, consúltese el Informe Final de la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento SPP37/FR).

### **Recomendaciones de la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo al Comité Ejecutivo**

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

125. Reconociendo la importancia de incorporar la perspectiva de género a los mecanismos de vigilancia de la actual mundialización y de los procesos de reforma del sector de la salud;

126. Habiendo considerado las estrategias y líneas de acción contenidas en los informes presentados a la Oficina y los Estados Miembros (MSD20/3, MSD20/4, MSD20/5, MSD20/6, MSD20/7, MSD20/8, MSD20/9) y la resolución CSP26.R21 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en particular el Artículo 2a, sobre la incorporación de datos de las intervenciones en materia de género, clase social, etnia y territorios sociales;

127. Reconociendo que la perspectiva de género debe abordar las diferentes realidades y necesidades tanto de las mujeres como de los hombres e incluirlas al abordar estos temas;

128. Considerando que la tarea de incorporar la perspectiva de género es un compromiso integral que requiere vigilar la eficacia y los resultados e implica a la Oficina, los Estados Miembros y a los interesados directos de la sociedad civil;

129. Recordando el compromiso contraído por los Estados Miembros (en El Cairo, Beijing y en la Cumbre del Milenio) de incorporar la equidad de género en la formulación y el monitoreo de las políticas, a la vez que incluyen a los interesados directos,

### **Recomendaciones a los Estados Miembros**

130. El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo recomienda al Comité Ejecutivo que inste a los Estados Miembros a que:

- a) desarrollen metas, indicadores cualitativos y cuantitativos, y plazos para incorporar la perspectiva de género al planificar, asignar y utilizar los recursos, y poner en práctica y vigilar los programas y las políticas a nivel nacional y local;
- b) establezcan estructuras formales intersectoriales en todas las fases para determinar cuestiones prioritarias de género y de salud y para elaborar, ejecutar y monitorear programas y políticas a los niveles nacional y local;
- c) formalicen la participación de la sociedad civil en todas las etapas de la programación y la formulación de políticas;
- d) promuevan el nombramiento de un representante de alto nivel, en los ministerios de salud de los Estados Miembros, como responsable de las acciones mencionadas.

### **Recomendaciones a la Directora**

131. El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo recomienda al Comité Ejecutivo que inste a la Directora a que:

- a) fortalezca la capacidad de la Unidad de Género y Salud para coordinar la ejecución de la política de género en la Oficina, y seguir prestando cooperación técnica a los Estados Miembros para que incorporen la perspectiva de género a las políticas, los programas, los proyectos y la información, incluyendo tanto la salud física como mental;
- b) apoye la participación en la OPS para formular y aplicar la política de género de la OPS y evaluar las necesidades humanas y financieras de velar por su ejecución sostenida;
- c) aliente a todas las unidades de la OPS y oficinas de país a que incorporen la perspectiva de género en sus actividades de monitoreo, incluyendo: mayor reconocimiento de la diversidad al recoger y comunicar los datos; mayor análisis de los mismos para captar las desigualdades en salud y los cambios resultantes de intervenciones y estrategias de reforma sanitaria planificadas; y vigilancia de la repercusión diferencial de los cambios con el transcurso del tiempo;
- d) apoye el establecimiento de mecanismos de notificación en las reuniones de los Cuerpos Directivos para vigilar el progreso de las unidades de la OPS y las oficinas de país en el desarrollo y la aplicación de la perspectiva de género;
- e) encargue a las unidades de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, Políticas y Sistemas de Salud, y Salud de la Mujer y Salud Materna que, en colaboración con la Unidad de Género y Salud, preparen informes de progreso de las iniciativas presentadas en la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité para que sean presentadas a la 21.<sup>a</sup> sesión.

132. El Dr. Brandling-Bennett aceptó las recomendaciones en nombre de la Directora, que lamentaba no poder estar presente por tener que asistir a la reunión simultánea del Subcomité de Planificación y Programación. Agradeció al Subcomité la presentación de un conjunto sólido de recomendaciones que serían muy útiles tanto a la Oficina como a los Estados Miembros en sus esfuerzos por aplicar la perspectiva de género en todas las actividades de salud.

### **Clausura de la sesión**

133. El Dr. Brandling-Bennett dijo que tanto él como la Directora consideran que la sesión había sido extraordinariamente productiva. Expresó su mayor agradecimiento al Subcomité por sus valiosas apreciaciones en cuestiones que hay que abordar en materia de género y salud. Agradeció asimismo al Presidente su habilidad y eficacia al dirigir las reuniones.

134. El Presidente agradeció a los delegados su participación y declaró clausurada la 20.<sup>a</sup> sesión.

Anexos

## **ORDEN DEL DÍA**

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Adelantos del Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
5. Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género
6. Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género
7. Otros asuntos
8. Cierre de la sesión

## LISTA DE DOCUMENTOS

MSD20/1, Rev. 1 MSD20/WP/1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
MSD20/3	Adelantos del Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
MSD20/4	Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género: el caso de Canadá
MSD20/5	Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género: el caso de México
MSD20/6	Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género: el caso de Costa Rica
MSD20/7, Rev. 1	Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género: presentado por el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA)
MSD20/8	Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género: presentado por el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)
MSD20/9	Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género: presentado por la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**CANADA/CANADÁ\***

Ms. Jean Kammermayer  
Senior Policy Analyst  
Women's Health Bureau  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Jodi Lynn Brown  
International Policy Analyst  
Policy and External Relations Directorate  
Status of Women Canada  
Ottawa

Mr. Martin Méthot  
Director, International Health Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Mr. David Strawczynski  
Program Officer  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Patricia Hoes  
Senior Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

---

\* Designated by the Director  
Designado por la Directora

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ** (*cont*)

**CHILE\***

Dra. Carmen López Stewart  
Asesora Equidad de Género  
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

**COSTA RICA \***

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

**DOMINICA**

Mrs. Shirley Augustine  
Coordinator Special Projects  
Ministry of Health and Social Security  
Roseau

**MEXICO/MÉXICO \***

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

Dr. Víctor Arriaga  
Director General  
Dirección General de Relaciones Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

---

\* Designated by the Director  
Designado por la Directora

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE/MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ** (*cont*)

Lic. Manuel Herrera-Rábago  
Representante Alterno de México  
ante la Organización de Estados Americanos  
Washington, D.C.

Aurora Del Rio Zolezzi  
Directora de Institucionalización  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**PARAGUAY**

Dr. Roberto E. Dullak Peña  
Director General de Planificación y Evaluación  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

Dr. Cristina Beato  
Principal Deputy Assistant Secretary for Health  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Debbie Maiese  
Director, Office of Women's Health  
Health Resources and Services Administration  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi  
International Health Officer for the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Lindsay Stewart  
Advisor, LAC/RSD's Population, Health and Nutrition Team  
U.S. Agency for International Development  
Washington, D.C.

## **OBSERVER MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS OBSERVADORES**

### **ARGENTINA**

Sra. Silvia Merega  
Ministro  
Representante Permanente Alterno de la República Argentina  
ante la Organización de Estados Americanos  
Washington, D.C.

### **BOLIVIA**

Dr. Víctor J. A. Calderón C.  
Director de Cooperación Externa  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
La Paz

### **CUBA**

Sra. Marisabel de Miguel Fernández  
Segunda Secretaria  
Sección de Intereses de Cuba  
Washington, D.C.

## **PRESENTERS/PONENTES**

Ms. Jean Kammermayer  
Senior Policy Analyst  
Women's Health Bureau  
Health Canada  
Ottawa, Canada

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

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José, Costa Rica

Dr. Luis Guillermo Seoane  
Jefe de Gabinete  
Despacho de la Primera Dama  
La Paz, Bolivia

Dr. Virginia Camacho  
Maternal Mortality Reduction Initiative  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C.

Dr. Carlos Castillo-Salgado  
Area Manager, Health Analysis and Information Systems  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C.

Dra. Alma Catharina Cuellar  
Asesora Subregional de la Unidad de Género y Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
San José, Costa Rica

**PRESENTERS/PONENTES (cont.)**

Dr. Eduardo Levcovitz  
Regional Advisor  
Health Policies and Systems  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C.

Dra. Maria Isabel Matamala Vivaldi  
Consultora Proyecto Equidad, Género y  
Reforma de Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Santiago, Chile

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo  
Chief, Gender and Health Unit  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Inter-American Commission of Women  
Comisión Interamericana de Mujeres**

Ms. Carmen Lomellin  
Executive Secretary

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

**Latin American and Caribbean Women's Health Network  
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Caribe**

Dr. Esperanza Cerón Villaquirán  
Coordinadora General

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the Subcommittee  
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité**

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

**Advisers to the Director  
Asesores del Director**

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director/ Director Adjunto  
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña  
Director of Program Management  
Director de Gestión de Programas

**Technical Secretary  
Secretaria Técnica**

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo  
Chief, Gender and Health Unit  
Jefa, Unidad de Género y Salud