



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 26.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 54.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002*

*Punto 4.11 del orden del día provisional*

CSP26/16 (Esp.)

19 julio 2002

ORIGINAL: INGLÉS

### LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

Este informe proporciona un breve resumen de lo que son las inequidades por razón de género en el ámbito de la salud y cómo afectan a las diferencias entre hombres y mujeres por lo que hace al estado de salud y el acceso, la provisión y el financiamiento de la asistencia sanitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define las inequidades por razón de género como las desigualdades entre los hombres y las mujeres que son innecesarias, evitables y, por consiguiente, injustas. Dentro de este contexto, se examina el reto que la OPS y los Estados Miembros afrontan al evaluar la repercusión de estas inequidades en la salud, dada la escasez general de información desglosada por sexo en la Región. Aun así, se han logrado adelantos en la disminución de las diferencias por razón de género en el ámbito de la salud, principalmente como resultado de las convenciones y los mandatos internacionales que la mayoría de los países americanos han apoyado y ratificado.

En el informe se describen las medidas que los Estados de Miembros deben aplicar de conformidad con esos mandatos internacionales y con las resoluciones de la OPS, y se indica la manera como el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS (HDW) puede apoyarlos a salvar la brecha de equidad por razón de género. De acuerdo con ello, HDW ha seleccionado cinco áreas estratégicas para la colaboración:

- a) incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y los programas;
- b) formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud;
- c) fortalecer el modelo para abordar la violencia de género a los niveles de política, sectorial y comunitario, y usarlo para involucrar a los hombres en la toma de decisiones acerca de la salud reproductiva y para abordar las inequidades en la esfera de la salud mental;
- d) hacer labor de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, y con materiales para la promoción de la causa y adiestramiento, especialmente por los "canales virtuales", y
- e) colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

Se invita a la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana a que considere la resolución CE130.R14 recomendada por el Comité Ejecutivo en su 130.<sup>a</sup> sesión, que incluye medidas que deberían aplicar la OPS y sus Estados Miembros para reducir las inequidades por razón de género en materia de salud.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. El significado de la equidad de género en materia de salud.....	3
2. El reto: evaluar y corregir la inequidad de género en el ámbito de la salud .....	4
2.1 Repercusión de las inequidades de género en el sector de la salud .....	4
2.2 Falta de información desglosada por sexo para planificar y evaluar .....	8
3. Progresos para corregir la inequidad de género .....	9
4. ¿Cómo pueden los países corregir la inequidad de género en el sector de la salud? .....	10
5. ¿Cómo puede la OPS ayudar a los Estados Miembros a afrontar el reto? .....	11
5.1 Áreas estratégicas de colaboración técnica.....	12
6. Conclusiones.....	22
7. Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana .....	23
Anexo: Resolución CE130.R14	

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

En este informe se plantean los retos de reducir las inequidades por razón de género en materia de salud, cómo se han abordado y pueden abordarse, y la función de los Estados Miembros y el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS (HDW) para corregirlas. En las secciones finales se describen las estrategias y los logros de HDW en la corrección de la inequidad de género en el ámbito de la salud.

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

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

*"Equidad" no es sinónimo de "igualdad"*. La equidad es un concepto ético basado en las ideas de justicia y justicia social, que tienen en cuenta la necesidad, en lugar de la ventaja social, en las decisiones acerca de la asignación de recursos.<sup>1</sup> No todas las desigualdades constituyen inequidades. Son inequidades las desigualdades consideradas innecesarias, evitables e injustas.<sup>2</sup> Por consiguiente, la equidad de género en materia de salud no quiere decir por fuerza que los hombres y las mujeres tengan las mismas tasas de morbilidad y mortalidad, ni que se repartan la distribución de los servicios en la misma proporción. Lo que se pretende es que unos y otras tengan igual acceso a las oportunidades que les permitan gozar de una salud óptima, no enfermarse, no quedar discapacitado ni morir prematuramente por causas prevenibles. Implica que los recursos de salud se asignen según las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres, dados sus diferentes factores de riesgo biológico y sus funciones sociales, a fin de velar porque alcancen el nivel más alto posible de salud. Asimismo, implica que los servicios de salud se reciban según esta necesidad diferencial, independientemente de la capacidad individual de pagar. También significa que las contribuciones al financiamiento de la asistencia sanitaria deben hacerse según la capacidad económica para contribuir, y no basarse en el riesgo reproductivo de las mujeres.

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

---

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

<sup>2</sup> Definición de la OMS adoptada por la OPS. Para una exposición detallada, véase: Whitehead, M., *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Document EUR/ICP/RPD/414, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

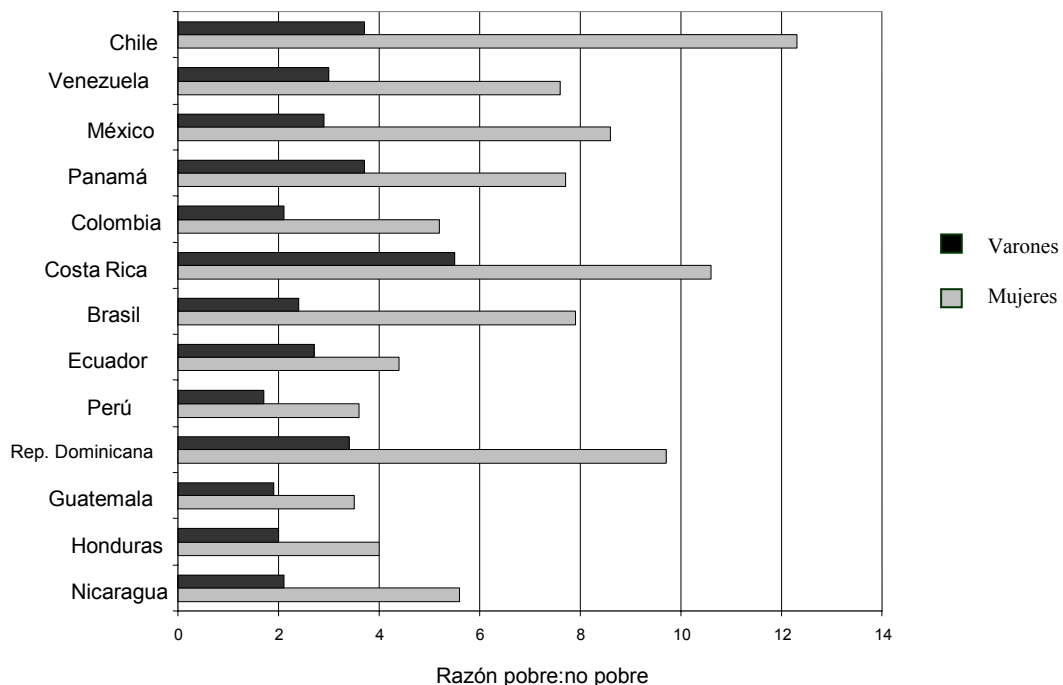
## 2.1 *Repercusión de las inequidades de género en el sector de la salud*

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

### 2.1.1 *Las inequidades de género afectan a la salud*

Las mujeres viven más tiempo que los hombres en la mayoría de los países del mundo. La pobreza, sin embargo, tiene un efecto más negativo sobre la supervivencia de las mujeres que sobre la de los hombres. Como muestra la figura 1, la razón pobre/no pobre de la probabilidad de morir prematuramente es mucho más grande para las mujeres que para los hombres. Así pues, mientras que la pobreza aumenta entre dos y cinco veces la probabilidad de los hombres de morir prematuramente, eleva entre 3 y 12 veces esa misma probabilidad para las mujeres.

**Figura 1. Razón pobre/no pobre de la probabilidad de morir entre las edades de 15 y 59 años, por sexo, en 13 países de América Latina y el Caribe.**

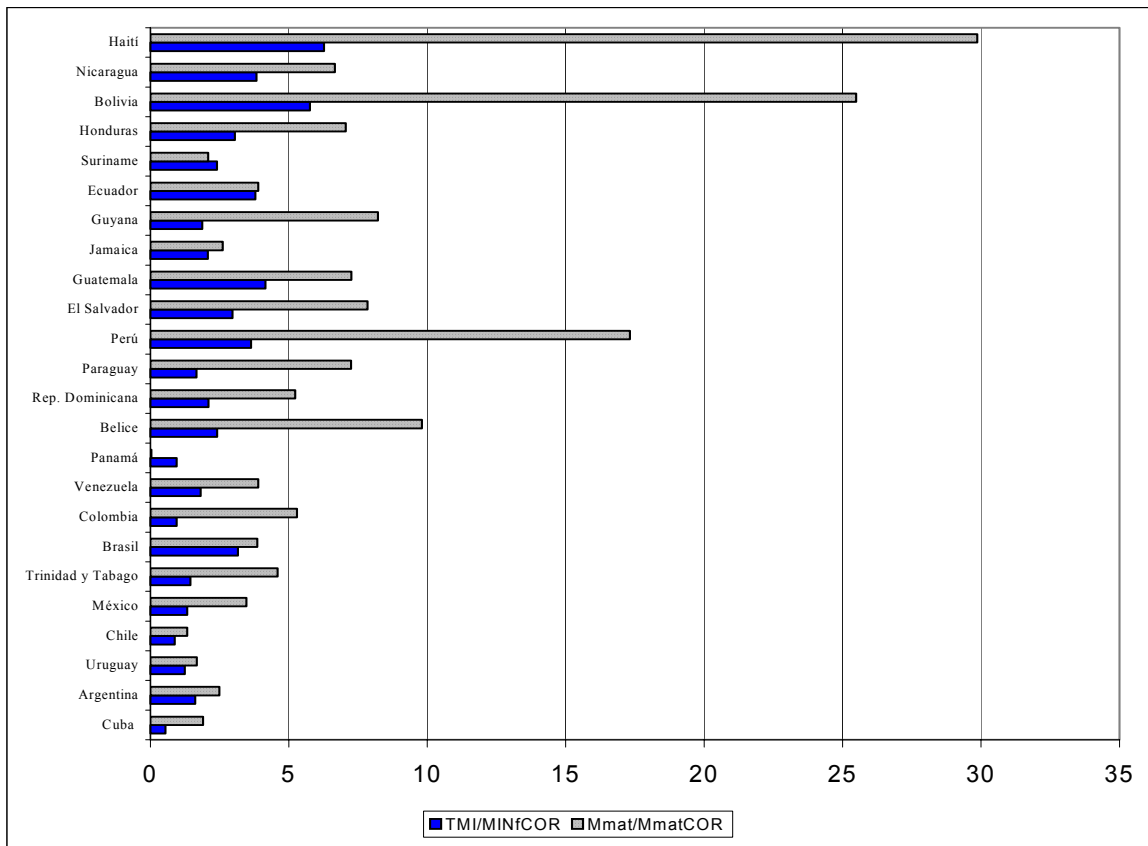


Adaptado de: Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999*, anexo estadístico

Las causas y, por consiguiente, la prevención de las enfermedades y la muerte son diferentes para los hombres y las mujeres. Como lo prueban las tasas de mortalidad materna inadmisiblemente elevadas de la Región, las causas principales de muerte de las mujeres en edad fecunda siguen siendo las complicaciones del embarazo y el parto. Para los hombres, en el mismo grupo de edad, la mortalidad se relaciona principalmente con los comportamientos de riesgo: lesiones, actos de violencia, cáncer del pulmón, abuso de sustancias e infección por el VIH/SIDA.

La figura 2 indica que las diferencias entre las tasas de mortalidad materna siguen siendo más grandes que las diferencias entre las tasas de mortalidad infantil. Mientras que, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de Haití es seis veces mayor que la de Costa Rica, la tasa de mortalidad materna es 30 veces mayor.

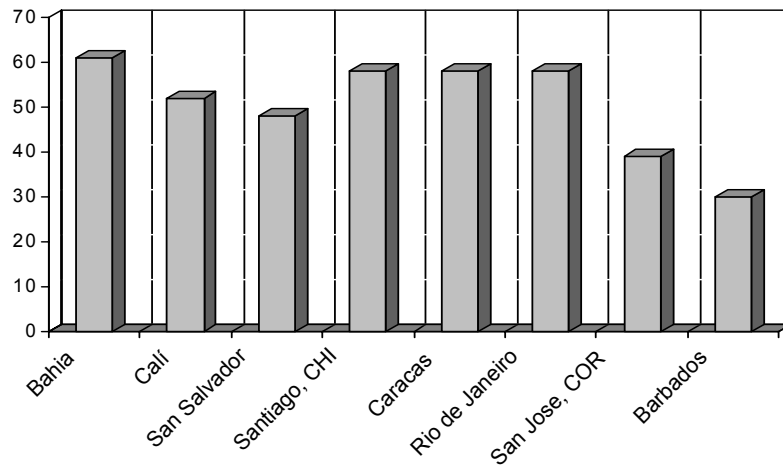
**Figura 2. Importancia relativa de la mortalidad materna y la mortalidad infantil como marcadores de desarrollo social: razones entre las tasas de mortalidad materna y de mortalidad infantil de varios países por comparación con las de Costa Rica.**



Países agrupados en orden ascendente según su PNB per cápita en 1998. No hay datos del PNB para Cuba. Fuente: Basado en el análisis de los Indicadores Básicos de la OPS 2000.

La manifestación más perturbadora de la inequidad de género es la violencia de género, que afecta a entre 33% y 60% de las mujeres de la Región y está causada principalmente por los compañeros íntimos (figura 3).

**Figura 3. Porcentaje de mujeres que han experimentado actos de violencia infligida por su compañero íntimo en los años noventa, en ocho lugares de América Latina y el Caribe.**

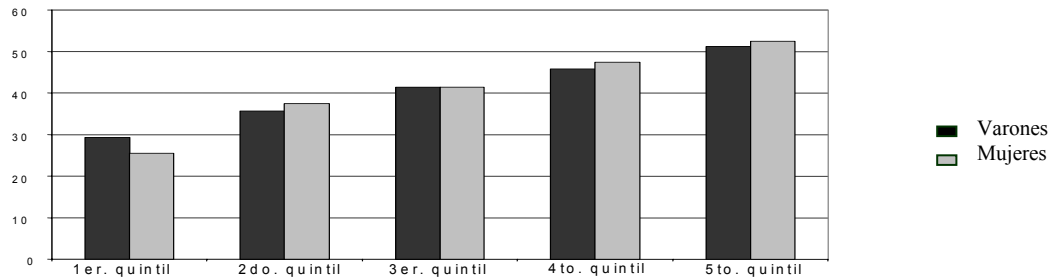


Fuente: Adaptado de Lori Heise. "Coercion and Abuse: Implications for Health Programs." (Nov. 2001)

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

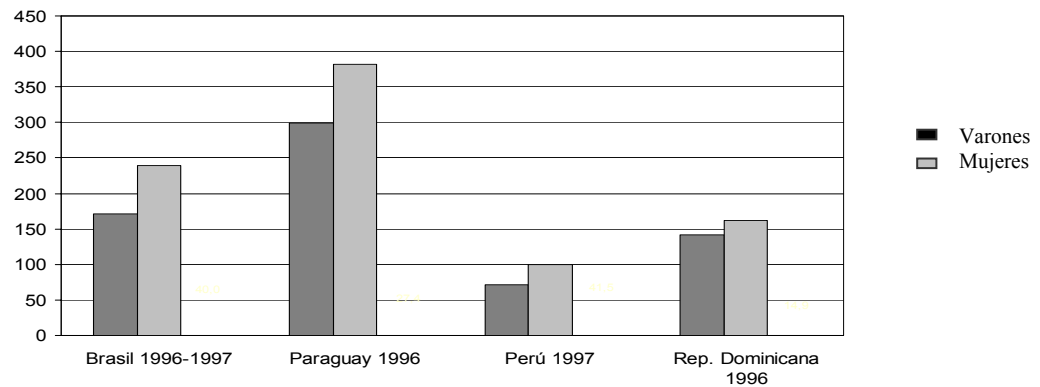
En términos generales, las mujeres tienden a usar los servicios de salud más a menudo que los hombres, debido a que tienen mayor necesidad por su función reproductiva, a que enferman con más frecuencia y a que tienen una esperanza de vida más larga. Sin embargo, como se puede ver en la figura 4, si se toma en consideración la pobreza, las mujeres pobres no siempre usan estos servicios más a menudo que los hombres. Algunos sistemas financieros de atención de salud discriminan contra las mujeres debido a su función reproductiva y, como consecuencia, estas pagan primas de seguro mayores que las de los hombres. Además, debido a su mayor necesidad de atención, las mujeres gastan más dinero de su bolsillo que los hombres para mantener su salud (figura 5).

**Figura 4. Porcentaje de personas con problemas de salud que buscaron asistencia sanitaria, por sexo y nivel de gasto doméstico, en cinco países latinoamericanos, 1994-1996.**



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

**Figura 5. Gastos sanitarios en efectivo de hombres y mujeres en cuatro países latinoamericanos (en dólares de los Estados Unidos).**



Fuente: Encuestas de OPS/LSMS para Brasil, Paraguay y Perú. DHS

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

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

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

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

En la mayoría de los países, el desglose por sexo en la recopilación, el procesamiento y la publicación de los datos no es una prioridad o sencillamente no se aplica. El desglose, sin embargo, es sólo el primer paso para incorporar la perspectiva de género en el trabajo estadístico. Un proceso eficaz incluye abogar con los formuladores de políticas para que sean incluidas; participar con los interesados directos para definir los indicadores pertinentes; adiestrar a los usuarios y proveedores de la información; y efectuar un análisis centrado en las inequidades por razón de género, así como en los recursos técnicos y financieros para apoyar este proceso.

Más allá de los datos epidemiológicos sobre la salud y sus factores determinantes, la información sanitaria debe también incorporar la contribución de las mujeres y los hombres al desarrollo sanitario, incluida su participación en el trabajo sanitario que ocurre por fuera del sector sanitario formal, por ejemplo, la atención en el hogar de enfermos, discapacitados y adultos mayores. Esta información debe poner de relieve la contribución económica de las mujeres a la asistencia sanitaria, así como la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre las mujeres y los hombres.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (anexo).

<sup>4</sup> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

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

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

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

#### **4. ¿Cómo pueden los países corregir la inequidad de género en el sector de la salud?**

Si bien hay un reconocimiento general de que los factores determinantes sociales tanto como los biológicos influyen en la salud, el concepto de género sigue siendo una idea de último momento para la mayoría de los analistas y formuladores de políticas. Las inequidades persistirán a menos que haya el compromiso de incluir la perspectiva de género en la recopilación y el análisis de los datos sanitarios, en la formulación y vigilancia de las políticas, en la concepción de programas innovadores e integrados, y en la formación de los proveedores de asistencia sanitaria.

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

- Mejorar la recopilación de datos sobre la contribución total de las mujeres y los hombres a la economía, incluida su participación en el trabajo no remunerado que no se incluye en las cuentas nacionales, por ejemplo, la atención en el hogar de enfermos, discapacitados y adultos mayores (Beijing).
- Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que presten atención a las necesidades de salud de la mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo y sus diversas necesidades (Beijing).
- Capacitar al personal y asignar recursos para producir y difundir la información sobre género y salud necesaria para guiar las políticas sanitarias y vigilar el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales en materia de equidad de género en el ámbito de la salud (19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).

- Conseguir que los usuarios y los productores de las estadísticas en el gobierno y la sociedad civil participen en la definición del contenido y los procesos para la producción, difusión, análisis y vigilancia de la información sobre género y salud (19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).
- Elaborar y aplicar políticas, programas y adiestramiento para detectar, atender y prevenir la violencia por razón de género dentro del sector de la salud, así como en otros sectores (Beijing, El Cairo y Belém do Pará).
- Velar por que el enfoque de género sea un componente explícito del marco de salud mental de la OPS (19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo); por que los servicios de salud mental se integren en los sistemas de atención primaria de salud para tratar las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres; y por que la violencia por razón de género sea incluida en la atención y las políticas de salud mental (Beijing).
- Alentar y facultar a los hombres para que asuman la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo y sus funciones sociales y familiares, y para que aumenten su participación y compartan la responsabilidad en la práctica de la planificación familiar (El Cairo).
- Promover y fortalecer la participación social de las mujeres en las estructuras locales para la toma de decisiones acerca de la salud, sin aumentar su carga de trabajo (18.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo).
- Garantizar que los programas de las facultades de medicina y otros programas de formación sanitaria incluyan cursos sobre la salud de la mujer generales, obligatorios y que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género (Beijing).

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

HDW se creó para ayudar a los Estados Miembros a lograr la equidad de género en sus políticas y programas sanitarios. Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado varias resoluciones (CSP22.R12, de la 22.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, y CD32.R9, CD33.R6 y CD34.R5, del 32.<sup>o</sup>, 33.<sup>o</sup> y 34.<sup>o</sup> Consejo Directivo, respectivamente) que definen el mandato y funcionamiento de HDW). Una meta fundamental de HDW es integrar la perspectiva de género en los programas y las políticas de la OPS, las Representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros a fin

de reducir las inequidades de género en el campo de la salud dentro del contexto de los principios de equidad y panamericanismo.

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

El mandato de HDW apunta a alcanzar la redistribución de las responsabilidades y el poder entre los hombres y las mujeres para mejorar el bienestar físico, psicológico y social de la población. Dentro de este marco, HDW procura identificar y reducir las inequidades en el estado de salud; mejorar el acceso a la asistencia sanitaria apropiada, y promover una participación más equitativa en el trabajo de atención de la salud. El Programa se adhiere a los siguientes compromisos transversales:

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

### **5.1 *Áreas estratégicas de colaboración técnica***

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

- incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas;
- formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud;
- elaborar y aplicar modelos que aborden integralmente las inequidades de género en el ámbito de la salud;

- apoyar las actividades de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, así como materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento, y
- colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

Estas áreas estratégicas se discutieron ampliamente con la red de puntos focales nacionales de HDW y las organizaciones regionales de mujeres, y proporcionan la base para el plan bianual de HDW para 2002-2003. En las siguientes secciones se describen los aspectos destacados de la labor del Programa en estas áreas, así como los planes para el trabajo en curso.

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

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

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

En los próximos tres años, el Programa pondrá en práctica su estrategia de información sanitaria en cuatro países centroamericanos, y además en Chile y Perú. Dicha estrategia tiene como finalidad fortalecer la capacidad de los formuladores de políticas, los usuarios y los productores de la información para propugnar por la producción de los datos, identificar indicadores de género y salud pertinentes, producir y difundir información, y usarla para formular y vigilar políticas.

*Propugnar por mejorar el análisis de la situación de género y salud.* La mejora del análisis de la situación de género y salud fue el tema de la 19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo (marzo, 2001). El Subcomité presentó varias recomendaciones al Comité Ejecutivo, entre las que figuran:

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

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

HDW es miembro del Grupo de Estudio de las Herramientas y los Indicadores para el Impacto, el Análisis, la Vigilancia y las Evaluaciones de Género, coordinado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El grupo de estudio está elaborando indicadores para vigilar el cumplimiento por parte de las Naciones Unidas de los convenios de Beijing y El Cairo. Como parte de esta iniciativa, en 2001 la OPS, UNIFEM y CEPAL celebraron una reunión regional en Bolivia para definir los indicadores de la violencia de género. El Programa patrocinó a los participantes de siete países que han estado implantando los sistemas de vigilancia de la violencia de género y

colaborará con ellos para fortalecer los sistemas de información y remisión en los países centroamericanos y andinos del proyecto.

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

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

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

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

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

HDW desarrolló esta estrategia en consulta con expertos de grupos regionales de mujeres (en particular, la red de Salud de la Mujer para el Caribe y América Latina), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las universidades de varios países, durante una reunión regional de expertos en género y reforma sanitaria (1998). En consultas posteriores, HDW, con otros programas de la OPS, la OMS, el Gobierno de Chile, el UNIFEM, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la CEPAL, organizó el primer taller internacional sobre la inclusión de indicadores de género en las cuentas sanitarias nacionales (Chile, 2001). La equidad de género y la reforma sanitaria fue el tema de la 18.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo (1999), que recomendó que la OPS apoyara, y los Estados Miembros incluyeran, los criterios de equidad de género y la participación de los interesados directos en sus procesos de reforma sanitaria en curso.

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

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

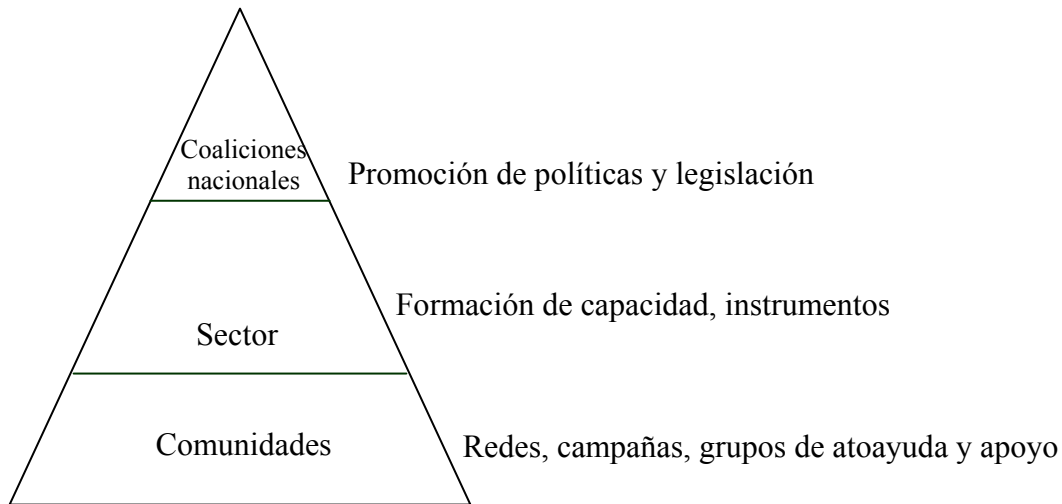
HDW preparó la "Guía de indicadores para analizar y vigilar la equidad de género en la salud" y la "Guía para evaluar la equidad de género en la salud" e incorporó indicadores de género en instrumentos de la OPS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) para evaluar la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

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

En Chile, el proyecto facilitó la participación de los interesados directos a escala nacional y provincial para debatir las políticas de reforma sanitaria recién formuladas. En Chile, el equipo del proyecto de la OPS brindó apoyo decisivo al Comité Consultivo sobre Asuntos de Género convocado por la Ministra de Salud para lograr que el concepto de género se tuviese en cuenta en todo el proceso de reforma. El comité preparó un documento de estrategia que la ministra presentó a la Comisión Nacional de Reforma de Salud y que, bajo su liderazgo, se debatió con participación de la sociedad civil a nivel central y en dos provincias. En todo momento, el equipo del proyecto impartió capacitación para involucrar a las organizaciones como interesados directos en el debate sobre la reforma sanitaria. La Ministra de Salud, la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y los legisladores participaron en estos debates.

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

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



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

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

*Aspectos destacados a nivel regional*

- Se organizó el Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas con cinco organismos de las Naciones Unidas y dos organizaciones no gubernamentales asociadas. Su "llamado a la acción" instó al sector sanitario y otros sectores a fortalecer las políticas y la capacidad de detectar y prevenir la violencia de género y asistir a las mujeres y las familias afectadas por esta.
- Se facilitó la cooperación entre cinco países del Caribe y tres centroamericanos con el objetivo de intercambiar experiencias y adaptar el modelo integrado en cinco países caribeños.
- Se promovieron proyectos de intercambio técnico entre seis países, de los que resultó la producción de mejores materiales de adiestramiento y programas de estudios, un mayor número de grupos de apoyo dirigidos por mujeres de la comunidad y plantillas de notificación estandarizadas.
- Se incluyó la prevención de la violencia de género en foros de política regionales y subregionales, como la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), el Parlamento Latinoamericano (Parlatino), reuniones de Primeras Damas y cumbres regionales.

***Aspectos destacados a nivel de política nacional***

- Se establecieron coaliciones multisectoriales en 10 países, lo cual dio lugar a la sanción de leyes en 10 países, la creación de organismos de vigilancia en seis países centroamericanos y la incorporación del modelo de violencia de género en la reforma sanitaria de cinco países.
- Se publicaron los resultados de estudios para dar elementos de juicio a los formuladores de políticas e influir en ellos, y para mejorar los servicios: los resultados de la investigación "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina", que se efectuó en 10 países; en Bolivia, un estudio de la prevalencia de la violencia que afecta a las mujeres y del papel de los hombres; y en Perú, una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas.
- Se elaboraron y aplicaron instrumentos (normas y protocolos en 10 países, sistemas de vigilancia en 5 países y módulos de adiestramiento en 10 países); y se adiestró a más de 15.000 representantes del sector de la salud y otros sectores cada año.
- Se llevaron a cabo campañas de prevención de la violencia de género en 10 países para promover modos de vida sin violencia.
- Se incluyó el estudio de la violencia en los programas de estudios de la enseñanza primaria en Belice y Perú, y en los de la universidad en tres países.

***Aspectos destacados a nivel local***

- Se formaron 100 redes comunitarias que apoyan, remiten y asisten a las mujeres y las familias que viven en situaciones violentas; están formadas por los sectores de salud, de educación y judicial, la policía, iglesias, líderes de la comunidad y organizaciones de mujeres.
- Se dio capacitación a grupos de apoyo comunitarios que están funcionando en ocho países; en cinco países funcionan grupos de apoyo para mujeres y hombres.

*Involucramiento de los hombres en la salud reproductiva.* En Centroamérica, con apoyo del Gobierno de Alemania, HDW y el Programa de Salud de la Familia y Población (HPF) están elaborando modelos para involucrar a los hombres en la salud reproductiva. El proyecto se echó a andar en 2001 en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; empezó por realizar encuestas participativas de conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres con respecto a la salud reproductiva propia y la de su familia. Basándose en los resultados, HDW y HPF se coordinarán con los ministerios de salud, grupos de hombres y otros copartícipes para elaborar modelos en centros de salud, recreativos o deportivos.

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

Uno de los objetivos clave de HDW es proporcionar información actual, capacitación y materiales educativos a su red de puntos focales, contrapartes, interesados directos, profesionales de salud y género, y promotores de la causa en toda la Región.

*Facilitar acceso a la información para la promoción de la causa y el adiestramiento por medio del sitio web de la OPS.* A través de su nuevo sitio web interactivo GENSALUD (<http://www.paho.org/genderandhealth>), HDW proporciona publicaciones, una base de datos sobre cursos y expertos en género y salud, hojas informativas mensuales y carpetas para la promoción de la causa. El servidor de listas de distribución de GENSALUD ([gensalud@paho.org](mailto:gensalud@paho.org)) de HDW actualmente proporciona a más de 500 suscriptores información sobre sitios web, publicaciones, conferencias y otros aspectos pertinentes, así como las hojas informativas mensuales.

*Establecimiento de un centro virtual de información sobre mujer, género, salud y desarrollo.* La biblioteca virtual de GENSALUD está en proceso de transformarse en un centro regional de información virtual sobre mujer, género, salud y desarrollo, como parte de la Biblioteca Virtual en Salud de OPS/BIREME. El sistema actual brinda acceso a una base de datos bibliográfica (<http://www.metabase.net/miembros/vermiembros.phtml/GENSALUD-OPS>).

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

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

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

En los dos últimos años, HDW ha abogado por que se incluyan indicadores desglosados por sexo en la base de datos básicos de la OPS, administrada por el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), y ha incorporado indicadores de género a las herramientas de seguimiento de las reformas del sector sanitario de la OPS (División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), así como en los sistemas de vigilancia de la violencia (División de Enfermedades No Transmisibles). Junto con la División de Salud y Ambiente, el Programa ha integrado la perspectiva de género en el adiestramiento, las actividades y las políticas de un proyecto de Centroamérica, PLAGSALUD, y en la formulación de normas sanitarias para los trabajadores en las industrias de exportación. HDW está colaborando con el Programa de Salud Mental para fortalecer los enfoques comunitarios con respecto a la equidad de género y la salud mental.

Durante el próximo bienio, HDW colaborará con la División de Prevención y Control de Enfermedades para fortalecer su labor de extensión con los grupos de mujeres, a fin de empoderar a estas para promover comportamientos sanos encaminados a prevenir la infección por el VIH/SIDA y enfermedades crónicas, como el cáncer cervicouterino.

## **6. Conclusiones**

La conmemoración del Centenario de la OPS brinda una oportunidad excelente para que HDW, la OPS y los Estados Miembros renueven el compromiso de corregir la inequidad de género en las Américas. El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo se compromete a alcanzar este objetivo mediante el mejoramiento de la información para prestar especial atención y vigilar las políticas y programas encaminados a reducir estas inequidades; elaborar y fortalecer modelos y enfoques integrados; proporcionar información para la promoción de la causa y la capacitación, e integrar la perspectiva de género en los programas y políticas de la OPS.

**7. Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana**

Se invita a la Conferencia Sanitaria Panamericana a que considere la resolución CE130.R14 anexa recomendada por el Comité Ejecutivo.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 130.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

---

Anexo

## *RESOLUCIÓN*

### *CE130.R14*

#### **LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO**

##### ***LA 130.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CE130/18),

##### ***RESUELVE:***

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

##### ***LA 26.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CSP26/16);

Teniendo en cuenta las carencias de que adolecen los sistemas de información y vigilancia actuales para documentar la situación sanitaria y las tendencias de la salud de la mujer y las inequidades por razón de género existentes en este ámbito;

Consciente de que, para formular políticas encaminadas a reducir las inequidades por razón de género, se necesita información, y

Teniendo presente las iniciativas en curso de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas,

***RESUELVE:***

- 1 Instar a los Estados Miembros a que :
  - a) asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo;
  - b) promuevan la participación de los usuarios y los productores, tanto del gobierno como de la sociedad civil, en las cuestiones de género y salud.
2. Solicitar al Director que:
  - a) estimule y apoye la producción, difusión y análisis de datos sanitarios desglosados por sexo;
  - b) apoye la producción periódica de boletines estadísticos y perfiles sanitarios acerca de género, salud y desarrollo;
  - c) estimule y respalde la cooperación técnica entre países para el desarrollo, análisis y uso de la información sobre género y salud;
  - d) prosiga los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en el trabajo de la Organización, particularmente en el proceso de planificación estratégica y su seguimiento.