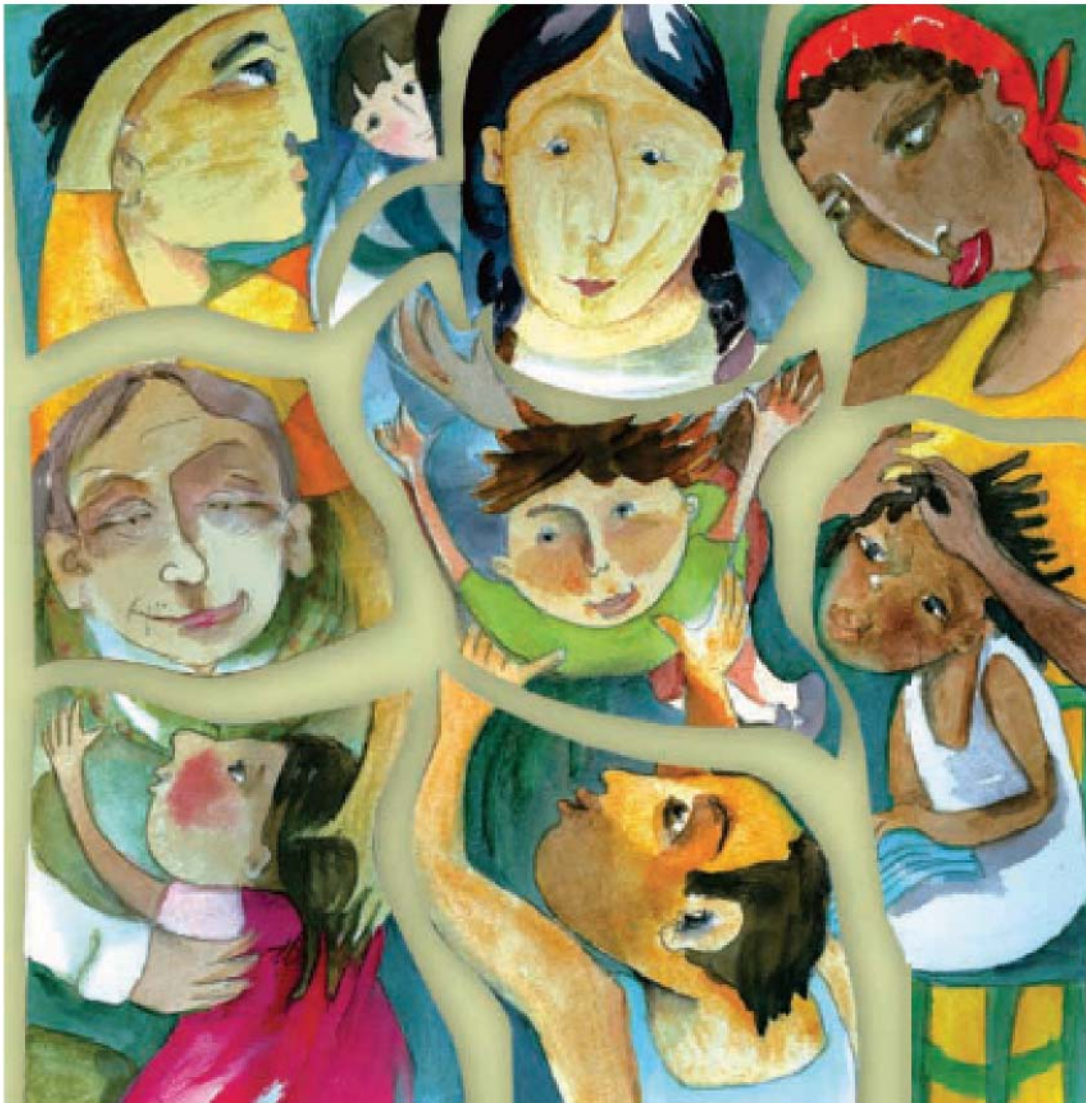


Igualdad de género en materia de salud:

Mayor igualdad y eficiencia en el
logro de la salud para todos



Índice	Recuadros informativos		
I. El asunto y el origen de este folleto	3	Definidos por el género	3
A. ¿Por qué se debe integrar la dimensión de género?	3	Documentos de derechos humanos	4
1. La OMS y la OPS	3		
2. Las convenciones de derechos humanos	4	Componentes recomendados en un programa que integra la dimensión de género	5
3. La buena programación	5	Ejemplo de un programa que tuvo éxito	6
B. ¿Cómo repercute el género en el estado de salud y los resultados sanitarios?	6		
1. La investigación sanitaria	7	Las adolescentes y las barreras sociales	8
2. La pobreza	8		
3. Las políticas de salud reproductiva	8	“Un programa para mujeres”	8
4. Los estereotipos	9	¿Neutro, sensible o transformador en materia de género?	10
C. ¿Cómo responder a los retos?	10	Consideraciones en la recogida de los datos	11
II. Algunos instrumentos de integración de la dimensión de género	11	Consideraciones en el análisis de los datos	12
A. La planificación de programas eficaces	11	Consideraciones en la elaboración de programas	12
1. La recogida de los datos	11		
2. El análisis de los datos	12	Consideraciones para productos y servicios	13
3. La elaboración de programas	12		
4. Elección de los productos y los servicios	13	Consideraciones en la elaboración del presupuesto	16
5. Ejemplos de productos y servicios	14		
B. La ejecución de un programa transformador	16	Ejemplo de un programa transformador	17
1. La movilización de recursos			
2. La puesta en práctica del programa			
C. La vigilancia y la evaluación de la integración del género			
1. La comunicación con los interesados directos	18		
2. Instrumento de evaluación de los programas	18		

Figuras y cuadros

Fig. I: Cuatro esferas estratégicas en la ejecución de la política en materia de igualdad de género	4
Fig. II: La matriz para el análisis de género de la OPS	7

Anexos e información complementaria

Anexo I Algunas concepciones erróneas	20
Anexo II Fuentes consultadas y utilizadas	23

Fig. III: Las contribuciones del análisis de género 10

Fig. IV: La integración de la dimensión de género
en todos programas 11

Texto preparado por Genevieve Grabman y Sara Friedman, maquetación realizada por Rebecca Grabman

I. El asunto y la razón de este folleto

La información que se presenta en este folleto facilita al personal del programa una mejor comprensión del mecanismo por el cual las normas y los roles sociales y la falta de equidad influyen sobre los resultados sanitarios en las mujeres, los hombres, los niños y las niñas. La meta de este folleto es ayudar al personal a integrar la dimensión de género en los programas, los productos y los servicios de manera que estos fomenten cambios progresivos en las relaciones de poder que existen entre las mujeres y los hombres.

Los programas transformadores que facultan a las mujeres y los hombres para la acción son los que:

- reconocen las diferentes normas y roles que existen entre las mujeres y los hombres y la repercusión que tienen en el acceso a los recursos y el control de los mismos y en su contribución al trabajo sanitario;
- tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres;
- abordan las causas de la falta de equidad en cuanto a la salud por razones de género;
- incluyen maneras de modificar las normas, los roles y las relaciones determinados por el género que son perjudiciales; y
- procuran promover la equidad y la eficiencia en el ámbito de la salud.

En las siguientes páginas se presentan instrumentos y estrategias que favorecen la integración de la dimensión de género en cada aspecto de la programación en materia de salud. En el anexo I se examinan algunas de las muchas concepciones erróneas acerca de la integración del género en los programas sanitarios.

Definidos por el género

- El género describe las características de las mujeres y los hombres que son socialmente construidas, mientras que el sexo se refiere a los rasgos que son determinados biológicamente.
- La igualdad de género en materia de salud significa que las mujeres y los hombres tienen oportunidades iguales para comprender sus plenos derechos y el mismo potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.
- La inequidad de género en materia de salud se refiere a las desigualdades entre las mujeres y los hombres con respecto al estado de salud, la atención sanitaria y la participación en el trabajo sanitario que son injustas, innecesarias y evitables. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.
- El análisis de género en materia de salud examina la interacción de los factores biológicos y socioculturales, con el objeto de poner en evidencia como actúan en forma positiva o negativa sobre los comportamientos, los riesgos y los resultados sanitarios y como influyen en el acceso y el control de los recursos y en la participación a la atención de la salud.

A. ¿Por qué se debe integrar la dimensión de género en los programas, los productos y los servicios de salud?

1. Es una exigencia de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la Política de igualdad de género de la OPS encaminada a lograr la igualdad de género con relación al estado de salud y el desarrollo sanitario. La política se aplica en forma transversal a todo el trabajo de la Organización y a la totalidad del personal y los Estados Miembros. Esta política se fundamenta en la política de género de la Organización Mundial de la Salud y en la

constitución de la OMS, en la cual se establece que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

Se puede consultar la política de igualdad de género de la OPS en:

<http://www.paho.org/Spanish/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf>

El plan de acción quinquenal para la ejecución de la política de igualdad de género de la OPS apoya a la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros en el cumplimiento de sus compromisos con la política de igualdad de género. Como se muestra en la figura I, la perspectiva de género se integrará en todas las etapas de las políticas, los programas, los proyectos y la investigación.

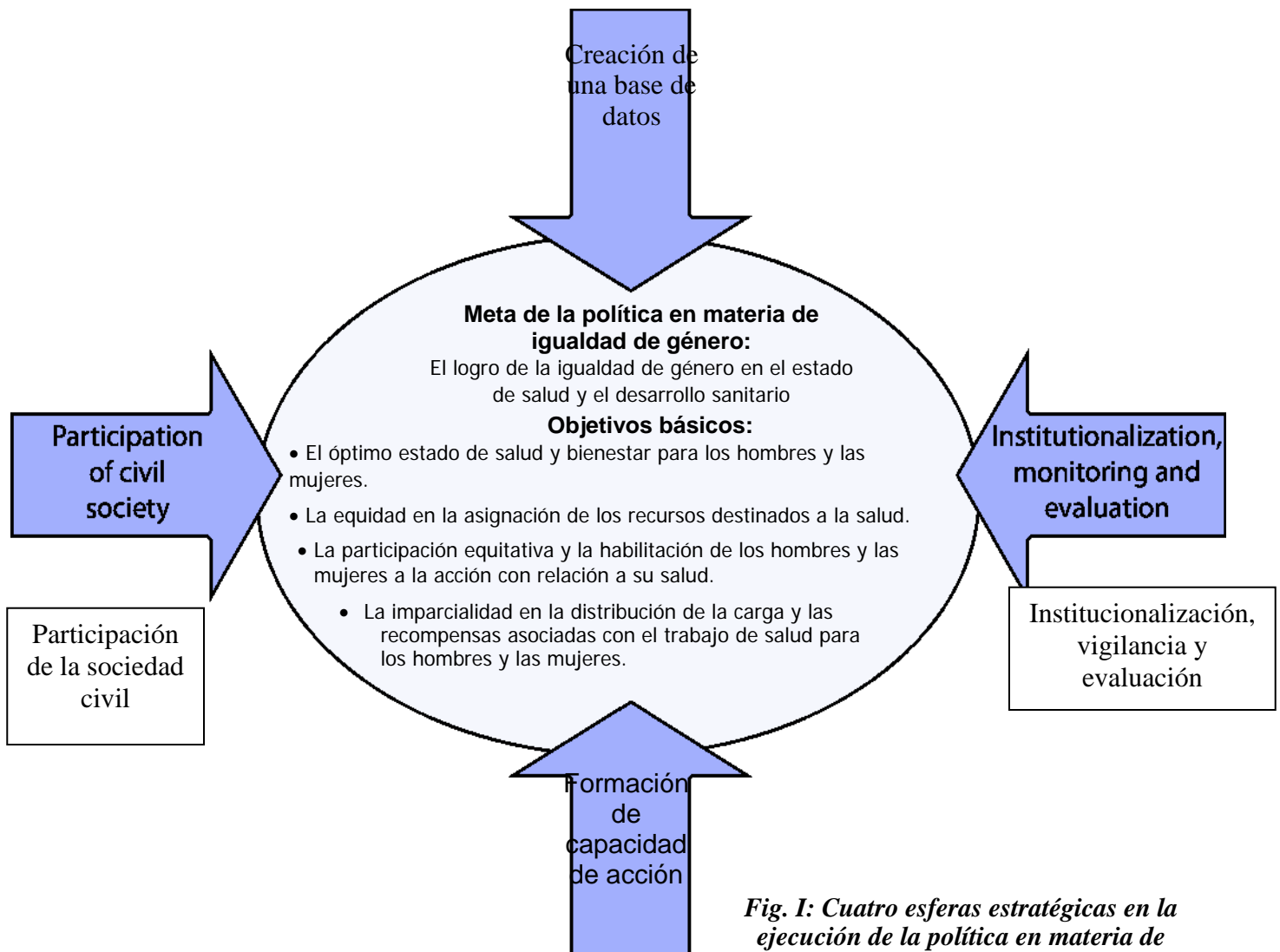


Fig. 1: Cuatro esferas estratégicas en la ejecución de la política en materia de igualdad de género

2. Las convenciones de derechos humanos lo exigen

La Política de igualdad de género de la OPS concuerda con las convenciones y protocolos de derechos humanos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano. Los acuerdos en materia de derechos humanos exigen que los programas de salud reconozcan y aborden las necesidades diferentes de las mujeres y los hombres y de los niños y las niñas, y su acceso desigual a los recursos y al control de los mismos. En el 2008, la Organización de los Estados Americanos exigió la protección de los derechos humanos sin distinción de la orientación sexual o la identidad de género.

DOCUMENTOS DE DERECHOS HUMANOS QUE APOYAN LA INTEGRACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE GÉNERO EN EL DERECHO A LA SALUD

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará)
- Declaración de las Naciones Unidas sobre orientación sexual e identidad de género (propuesta)

3. Constituye una exigencia de toda buena programación

Los programas que abordan igualdad en materia de salud reconocen y cuestionan los roles sociales y la discriminación que influyen sobre el estado de salud de las mujeres y los hombres, y de las niñas y los niños. Los programas de salud que promueven la igualdad de género no procuran eliminar las diferencias entre las mujeres y los hombres. Sin embargo, la eliminación de los prejuicios sexistas evitables contribuirá al logro de la imparcialidad y la justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades.

La integración de la dimensión de género no constituye un programa aislado de salud; es una manera de percibir y atender las necesidades de manera transversal en diversos sectores. Los programas eficaces de salud son aquellos que responden a las diferentes necesidades y situaciones de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y aportan beneficios a todos. La apreciación de las implicaciones y la repercusión que tienen sobre la salud los roles, las normas y la discriminación en materia de género facilitará que los profesionales y los planificadores de salud puedan atender las necesidades de las poblaciones destinatarias de un programa de salud. Por el contrario, los programas de salud que no integren las cuestiones de género no podrán tratar en forma adecuada los problemas de salud y, en consecuencia, serán ineficaces.

Componentes que se recomiendan en un programa de salud que integre la dimensión de género

- Un enfoque de la salud de las mujeres y los hombres que abarque la totalidad del ciclo de la vida a partir del nacimiento.
- Un enfoque integrado, exhaustivo, holístico y multisectorial que abarque al ser humano en su totalidad, más allá de los servicios médicos.
- Investigaciones y ensayos clínicos sobre las enfermedades de las mujeres y sus respuestas, que incluyan a las mujeres como tomadoras de decisiones con respecto a la atención de salud y como autoras de estos trabajos.
- Una base sólida de datos fidedignos que exponga las diferencias determinadas por el género, establezca indicadores de resultados y considere el género como una cuestión transversal al lado de otras fuentes de desigualdad en materia de salud, como la pobreza, la edad, la diversidad étnica y el desarrollo socioeconómico en un contexto específico.
- El control y la toma de decisiones por parte de las mujeres y las adolescentes en relación con sus derechos y salud reproductiva, incluida la planificación familiar, los embarazos peligrosos, los abortos y el espaciamiento de los embarazos.
- La sensibilización del personal sanitario, los funcionarios del gobierno y de la OPS, los hombres y los niños con respecto al daño que causa la violencia contra las niñas y las mujeres y contra sí mismos.
- La educación, la orientación y el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes en relación con sus derechos y la manera de ejercerlos.
- Los servicios suplementarios dirigidos a las mujeres y los hombres más pobres, atentos a la diversidad cultural y las minorías.
- El reconocimiento de la contribución de las mujeres y los hombres a la prestación de atención de salud ya sea en forma remunerada o no remunerada.

Ejemplo de un programa, cuyo éxito fue consecuencia de la integración de la dimensión de género

La prevención y el control de la diabetes en México

En México, la diabetes es la principal causa de defunción en los hombres y las mujeres, y el principal motivo de consulta de ambos. La diabetes afecta a diez por ciento de la población mexicana, pero las mujeres diabéticas tienen mayor probabilidad de morir por esta causa. En el 2003, el gobierno elaboró y distribuyó un folleto destinado a los hombres y las mujeres con el objeto de subrayar la importancia de disminuir la grasa abdominal, el principal factor que contribuye a aumentar el riesgo de padecer diabetes. A pesar de esta campaña, la mortalidad por diabetes siguió aumentando, sobre todo en las mujeres.

Un estudio del 2006 reveló que las mujeres y los hombres tienen diferentes criterios y costumbres de alimentación, actividad física y cuidado de sus cuerpos. Con base en este estudio, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México preparó una nueva maquetación del folleto informativo y publicó uno dirigido a las mujeres y otro a los hombres. El folleto y el DVD conexo dirigidos a las mujeres abordaban ideas comúnmente aceptadas como que el ejercicio no es una actividad femenina y sugerían una serie de ejercicios divertidos, sencillos y sin costo alguno. El folleto y el DVD de los hombres hacían hincapié en los estereotipos que llevan a los hombres a adoptar conductas arriesgadas y a no dar importancia a los síntomas de las enfermedades. Los folletos y los DVD se distribuyeron a los usuarios masculinos y femeninos de los servicios de salud.

Estos folletos dirigidos específicamente a cada sexo fueron muy eficaces. En los grupos de discusión se elogió el material y los hombres y las mujeres afirmaron recordar los mensajes de salud del folleto que les estaba destinado. En el 2008, las autoridades sanitarias informaron que los hombres y las mujeres solicitaban en forma específica el folleto “para los hombres” o “para las mujeres” y que globalmente había aumentado su difusión.

Se pueden consultar otras prácticas ejemplares sobre la integración de la perspectiva de género en los programas de salud en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=457&Itemid=259&lang=es

B. ¿Cómo repercuten las cuestiones de género en el estado de salud y los resultados sanitarios?

Los resultados en materia de salud son, por una parte, función de las consideraciones biológicas y, por otra, de los factores socioculturales. La diferencia en las características biológicas de las mujeres y los hombres tiene implicaciones evidentes sobre la salud. En la actualidad, se cuenta cada vez con más datos en favor de la influencia que tienen sobre la salud los roles sociales y las relaciones basadas en la posición social, los valores y el comportamiento que se atribuyen a los hombres y las mujeres.

Se puede usar la matriz del análisis de género de la OPS con el fin de revisar los aspectos biológicos y socioculturales que influyen sobre las diferencias entre las mujeres y los hombres con respecto a los riesgos para la salud, el acceso a la atención de la salud y los resultados sanitarios. Cuando se aplican las perspectivas de análisis de género en el examen de los problemas sanitarios, se puede determinar si existen diferencias entre los sexos en materia de riesgos, comportamiento de búsqueda de atención, respuesta de los profesionales de salud, cumplimiento y finalización del tratamiento, resultados sanitarios o en las consecuencias sociales y económicas de un problema de salud. Un estudio que adopte la matriz para el análisis de género presentada en

la figura II, contribuye a definir las intervenciones eficaces que responden a las necesidades de salud y al mismo tiempo promueven la igualdad de género.

Problema de salud	Ópticas del análisis de género	
	¿Cómo influyen las diferencias biológicas y fisiológicas entre los hombres y las mujeres en sus respectivos problemas de salud?	¿Cómo influyen las normas y los valores determinados por el género en los problemas de salud de los hombres y las mujeres (de los niños y las niñas)?
Riesgos para la salud y vulnerabilidad		
Capacidad de acceder y usar los servicios y los recursos de salud		
Resultados sanitarios y consecuencias del problema de salud (por ejemplo, económicas y sociales)		

Fig. II: Matriz para el análisis de género de la OPS

Cuatro ejemplos que demuestran la interacción entre el género y la salud son la investigación sanitaria, la pobreza, las políticas y la legislación sanitarias y los estereotipos. Con la aplicación de la matriz de género en el análisis de estos ejemplos se ponen en evidencia las siguientes consideraciones.

1. La investigación sanitaria

Durante decenios, en la investigación y los ensayos clínicos de tratamientos y medicamentos recetados a los hombres y las mujeres participaron solo hombres. Sin embargo, es un error suponer que las mujeres y los hombres perciben la enfermedad y reaccionan a los medicamentos de la misma manera.

Las características anatómicas y fisiológicas de los hombres y las mujeres determinan los riesgos de padecer diferentes enfermedades y las respuestas distintas a las mismas enfermedades, medicamentos o tratamientos. Por ejemplo, el cáncer cervicouterino y la maternidad son exclusivos de la función reproductiva y la anatomía de las mujeres, como el cáncer de la próstata y testicular se refieren solo a la anatomía de los hombres. Las estructuras del cuerpo femenino exponen a las niñas y las mujeres a un mayor riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por las relaciones heterosexuales; la fisiología masculina expone a los hombres a un mayor riesgo de transmisión del VIH por las relaciones sexuales con hombres. Asimismo, aunque la enfermedad coronaria se presenta en ambos sexos, las arterias más pequeñas de las mujeres hacen que la angioplastia sea un tratamiento de mayor riesgo para ellas.

Las normas en materia de género también influyen en los comportamientos, los factores de riesgo y la respuesta a la enfermedad de las mujeres y los hombres. Por ejemplo, los hombres pueden fumar con el fin de sentirse machos; las mujeres pueden fumar con el objeto de sentirse atractivas. Los hombres consumen en forma desproporcionada bebidas alcohólicas y tabaco, y sufren traumatismos o mueren en accidentes de tránsito o hechos violentos. Las mujeres refieren más depresión. Las tradiciones que promueven las relaciones sexuales entre los hombres mayores y las adolescentes dan lugar a altas tasas de embarazos no planificados y tasas más altas de infección por el VIH en las niñas.

La investigación neutra en materia de género quizás se basa en realidad en la fisiología y las normas masculinas y da lugar a tratamientos inapropiados o ineficaces para las mujeres y los hombres.

2. La pobreza

El círculo vicioso de la pobreza y la salud precaria afecta sobre todo a las mujeres y lo perpetúan los roles definidos por razón del sexo.

En América Latina y el Caribe las niñas alcanzan una mejor educación que los niños. En general, la educación se correlaciona con una mayor riqueza. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, las mujeres ganan un tercio menos que los hombres y son desproporcionadamente más pobres. Las mujeres trabajan en los sectores informales con salarios más bajos y toleran la mayor carga de las tareas domésticas y la asistencia domiciliaria no remuneradas. Los setenta y cinco millones de mujeres indígenas de la región son pobres y presentan pésimos resultados sanitarios. Por ejemplo, la mortalidad materna global en Panamá es de 70 por 100.000 nacidos vivos, pero 658 mujeres indígenas mueren por 100.000 nacidos vivos.

Las mujeres pagan más por su atención de salud, con lo cual multiplican su desventaja económica. Los servicios de salud que se prestan a las mujeres no son más costosos que los dirigidos a los hombres, pero es menos probable que el empleo de las mujeres prevea un seguro de enfermedad, con lo cual ellas deben pagar la atención de salud por cuenta propia. La mayor longevidad y la función reproductiva de las mujeres exigen más

Las adolescentes y las barreras sociales

Las expectativas de comportamiento casto dan lugar a leyes estrictas y a la negación de los servicios de salud y la información sexual a las adolescentes. Estas restricciones hacen caso omiso de la realidad de la actividad sexual y los riesgos que corren las adolescentes. La práctica frecuente y socialmente aceptada de tener relaciones sexuales con hombres mayores tiene como consecuencia embarazos no planificados y peligrosos y, en muchos países, una tasa de incidencia de infección por el VIH que es el doble de la tasa de infección en las cohortes de varones adolescentes. La opinión, desautorizada por los datos científicos, de que suministrar información y servicios solo promovería la promiscuidad es responsable de la limitación del desarrollo y de la salud precaria de muchas adolescentes.

“UN PROGRAMA PARA MUJERES” no equivale a la integración de los aspectos de género. Los programas deben tratar los desequilibrios de poder y la forma como estos afectan a las mujeres y los hombres.

atención de salud a lo largo de su vida, a fin de responder a la maternidad y las afecciones crónicas. Estas desventajas combinadas, ponen en marcha una espiral descendente que disminuye la capacidad de las mujeres para costear los medicamentos y la atención, limita su uso de los servicios básicos de salud y aumenta su pobreza. A su vez, una mayor pobreza reduce aun más la capacidad de pago de los servicios necesarios y agrava el estado de salud de las mujeres.

3. Las políticas y la legislación en materia de salud reproductiva

En ningún campo ejercen una mayor repercusión los roles establecidos por razón del sexo, que en las políticas y la legislación en materia de salud reproductiva. Hacer caso omiso de las necesidades de salud específicas de las mujeres y las niñas las margina aun más y pasar por alto las necesidades de los hombres y los niños pone en

peligro su propia salud y la salud de sus parejas sexuales.

Aunque la sociedad respalda las funciones y las responsabilidades reproductivas de las mujeres, a menudo se erigen barreras contra su salud reproductiva. Miles de las mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por abortos peligrosos, hemorragias, trabajos de parto obstruidos, eclampsia y fístulas. La mayoría de estas muertes maternas se puede evitar completamente mediante un tratamiento oportuno, pero siguen siendo limitadas las inversiones que se asignan al transporte, los consultorios y las parteras capacitadas que se necesitarían con el fin de prestar una atención adecuada.

Las actitudes de los profesionales de salud también pueden inhibir la búsqueda de asistencia sanitaria. Los hombres pueden evitar procurarse los preservativos o no aceptar las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual debido a las actitudes despectivas del personal sanitario. Asimismo, como las mujeres indígenas prefieren dar a luz de pie, una posición más tradicional, es posible que rehúsen ir a una maternidad donde se insiste en atar a una cama a las mujeres durante el trabajo de parto.

Muchos gobiernos restringen los servicios de salud reproductiva cuando tipifican el aborto como delito y prohíben la prestación de anticoncepción de urgencia. Estas prohibiciones legales de información sobre la planificación familiar, la anticoncepción y el aborto no solo infringen el derecho humano de definir el espaciamiento de los embarazos y la cantidad de los hijos, sino que además contribuyen a muchas defunciones.

4. Los estereotipos

Los modelos estereotipados de la masculinidad favorecen el ejercicio del poder sin oposición y la toma agresiva de riesgos que perjudican la salud de los hombres y las mujeres.

Como consecuencia de este comportamiento, los hombres y los niños se encuentran en mayor riesgo de sufrir traumatismos y morir en accidentes o por causas violentas. Los hombres también presentan tasas mayores de abuso de sustancias psicotrópicas y sus consecuencias, como el cáncer de pulmón, la cirrosis hepática y comportamientos sexuales más arriesgados. Las reglas rígidas de la masculinidad pueden disuadir a los hombres de adoptar comportamientos de búsqueda de asistencia sanitaria que los proteja de los traumatismos o que les permitan cumplir con el tratamiento de las enfermedades. El machismo también priva a los hombres de explorar y disfrutar la crianza y la compasión, y los disuade de tomar parte activa y contribuir a la planificación y el cuidado de su familia.

Cuando se atribuyen prioridades aún más altas a la hipermasculinidad, se llega a estigmatizar a los hombres y los niños que no cumplen con estas normas. El rechazo a los homosexuales en América Latina y el Caribe impone un gran costo a la salud de los hombres homosexuales, bisexuales y transexuales. Si bien en ningún país de la región se considera la homosexualidad como un delito, los hombres que tienen relaciones homosexuales todavía se avergüenzan, sufren aislamiento, despidos laborales y exclusión de muchas actividades, lo cual los hace renuentes a buscar atención de salud. Las relaciones sexuales entre hombres constituyen el principal modo de transmisión del VIH en la región y el rechazo a los homosexuales representa claramente un obstáculo considerable a la respuesta eficaz contra la epidemia y al bienestar general de los hombres y los niños.

Es alarmante que cerca de un tercio de las mujeres en América Latina y el Caribe haya sido víctima de violencia sexual, física o emocional por parte de sus compañeros íntimos. Si bien todos los países de la región ratificaron la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, no se enjuicia enérgicamente a los autores de violencia por razón del género. La sociedad y los sistemas jurídicos perciben en forma incorrecta la violencia como un hecho normal y no como un delito.



C. Cómo responder a los retos que plantean la salud y el género: Los programas de salud transformadores

Los programas de salud transformadores en materia de género tienen en cuenta las experiencias socioculturales y biológicas únicas y las necesidades de las mujeres y los hombres con miras a cumplir con la meta de la igualdad. El logro de la igualdad en materia de género en el ámbito de la salud es un proceso a largo plazo que tendrá que superar muchos obstáculos, incluida la resistencia al cambio que se observa en las personas, las instituciones, las estructuras y los presupuestos. Sin embargo, conservar el *statu quo* reproducirá, reforzará y perpetuará las normas que marginan a las mujeres y perjudican la salud de todos.

Se puede aplicar el análisis de género a fin de cambiar el enfoque neutro de los programas de salud, por una estrategia transformadora en materia de género.

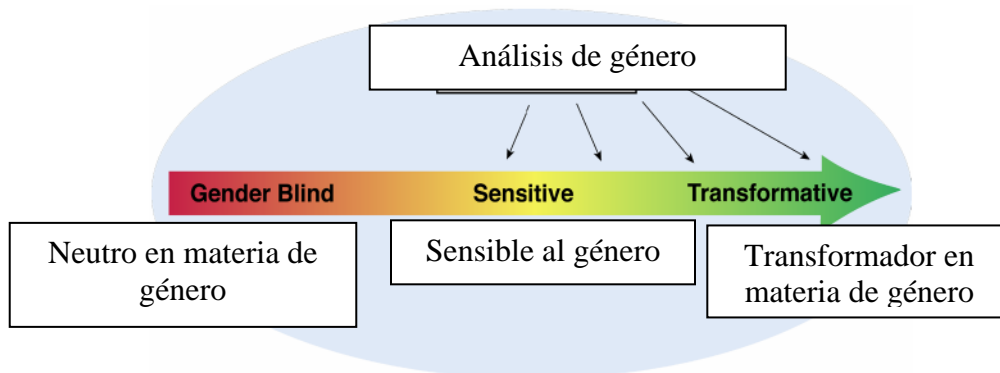


Fig. III: El análisis de género contribuye a la comprensión y la transformación de los problemas relacionados con la desigualdad entre los hombres y las mujeres.

¿Es el programa de salud neutro, sensible o transformador en materia de género?

Los programas neutros en materia de género...

- no consideran que las cuestiones de género sean importantes en los resultados de desarrollo;
- no modifican para bien ni para mal las normas y los roles de género ni las relaciones entre los hombres y las mujeres; y
- no comportan intervenciones que aborden las cuestiones relacionadas con el género; en cambio, las actividades se dirigen a la población general y se llevan a cabo asumiendo el acceso y la participación equitativa de todos.

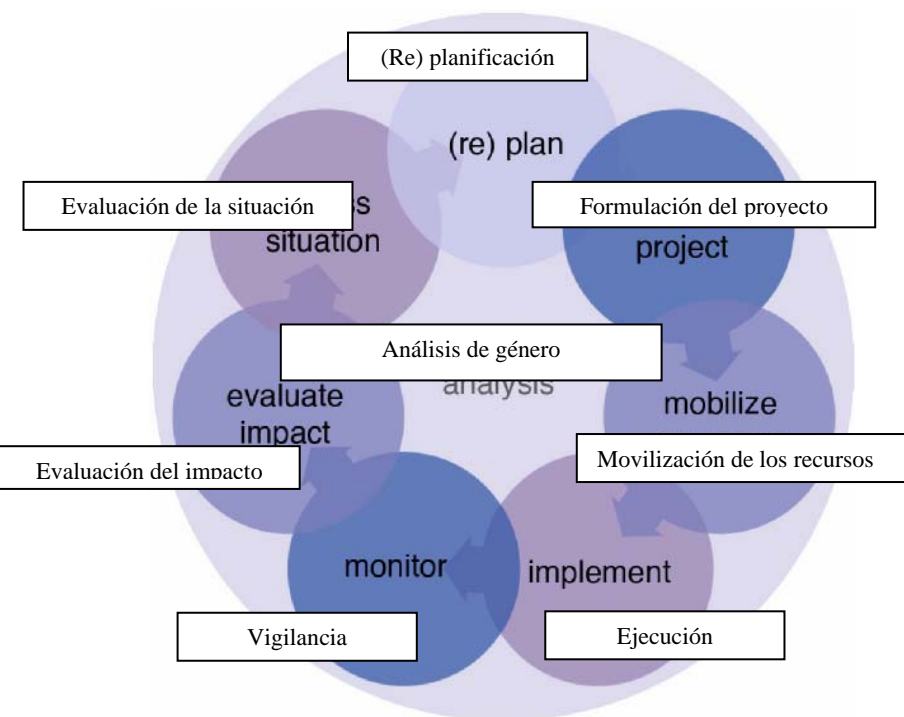
Los programas sensibles a las cuestiones de género...

- utilizan las cuestiones de género con el objeto de cumplir los objetivos de desarrollo;
- abordan las funciones, las normas establecidas por razón del género y el acceso a los recursos en la medida en que intervienen en el cumplimiento de las metas de los proyectos; e
- introducen las cuestiones de género en las intervenciones cuando son necesarias al cumplimiento de las metas de los proyectos; procuran que las actividades sean accesibles a las mujeres y los hombres.

Los programas transformadores en materia de género...

- consideran central la promoción de la equidad en materia de género y el logro de resultados positivos de desarrollo;
- modifican las desigualdades de las relaciones entre los hombres y las mujeres, con el objeto de fomentar la repartición del poder, el control de recursos, la toma de decisiones y como un respaldo a la habilitación de las mujeres a la acción; y
- comportan intervenciones que sensibilizan al estado de desequilibrio del poder, con el fin de promover la transformación de las relaciones; y sus actividades fomentan una mayor autoridad y autonomía de las mujeres.

II. Algunos instrumentos de integración de la dimensión del género en los programas de salud



El conocimiento de la forma como las cuestiones de género interactúan con los factores biológicos constituye un potente instrumento en la disminución de la carga de morbilidad, el mejoramiento de la salud de las mujeres y los hombres y la valorización de la situación social y económica de la mujer. Es preciso integrar la dimensión de género en todas las etapas de un programa de salud, desde la recogida de los datos y la elaboración inicial del programa, hasta la ejecución y la movilización de los recursos, pasando por la vigilancia y la evaluación del mismo, en las cuales participen en forma activa los hombres y las mujeres, como se esquematiza en la figura IV.

Fig. IV: Integración de la dimensión de género en todos los programas de salud

A. La planificación y la formulación de un programa eficaz que integre las cuestiones de género

El diseño de un programa de salud que integre las cuestiones de género comporta cinco etapas: la definición del problema de salud mediante la recopilación de datos desglosados por sexo; el análisis de los datos sobre este problema de salud con una perspectiva de género; la creación de un programa acorde con las normas internacionales en materia de género; y la elección de los productos previstos (productos y servicios) encaminados a corregir las inequidades y mejorar la salud.

1. La recogida de los datos y las cuestiones de género

Con el objeto de integrar las cuestiones de género en la recogida de datos, se deben usar diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas de recopilación: las encuestas, las evaluaciones rápidas y los grupos de discusión. Es importante ampliar la recopilación de datos más allá de las estadísticas existentes. Es posible que sea necesario completar "los datos oficiales", pues puede haber históricamente omisión o recuento incompleto de las mujeres, los grupos indígenas u otras minorías étnicas o sexuales.

Los grupos de discusión y las entrevistas personales son métodos de recopilación de datos particularmente valiosos. Algunas mujeres y hombres pueden ser incapaces de anotar sus experiencias y evocaciones, pero las pueden comunicar en una conversación.

Consideraciones en la recogida de los datos

- ¿Permitió la recopilación de datos la plena participación de las mujeres y los hombres de diferentes edades y grupos étnicos?
- ¿Se llevó a cabo la recopilación de datos en un ambiente seguro?
- ¿Incluyen los datos recogidos información sobre las mujeres y los hombres, la sociedad civil, los líderes comunitarios, etc.?

Otro factor primordial es la persona que recoge los datos. Las mujeres quizá estén más dispuestas a suministrar información a una entrevistadora y los hombres a un entrevistador. Se debe analizar la dinámica de poder entre las mujeres y los hombres en el centro de la recopilación de datos. Tal vez se deban entrevistar por separado las mujeres y los hombres, sobre todo cuando los hombres tienden a dominar las reuniones o cuando las mujeres vacilan en participar. Los entrevistadores deben tener el cuidado de plantear preguntas apropiadas, especialmente acerca de la violencia por razones de género y permitir que surjan las opiniones y los sentimientos.

2. El análisis de los datos y las cuestiones de género

Una vez que se han recogido los datos, se deben analizar con el fin de determinar quién corre el riesgo de tener un problema de salud y por qué. Desde una perspectiva de género, un paso vital del análisis es el desglose de los datos. Los investigadores deben desglosar los datos por sexo, edad, situación social y económica, ubicación geográfica, grupo étnico e identidad sexual con el propósito de poner en evidencia los múltiples vínculos.

Los resultados deben presentarse a los interesados directos clave y a las mujeres y los hombres, las niñas y los niños de la comunidad donde se recogieron los datos. Se debe fomentar el análisis de los resultados en la comunidad, a fin de verificar si corresponden a lo que los miembros conocen o saben sobre los verdaderos problemas de salud que los afectan.

3. La formulación de programas y las cuestiones de género

Una vez que se han recogido y analizado los datos se puede elaborar un programa de salud que corrija las deficiencias y optimice el acceso a la atención de salud y las respuestas. Se debe buscar la participación de las mujeres y los hombres que se verán afectados por el programa, en su planificación, diseño y promoción.

Cuando los datos revelan una deficiencia en el acceso a los servicios de salud o la existencia de un problema sanitario, se debe consultar en primer lugar la sabiduría de los derechos y los acuerdos internacionales en busca de orientación. Los documentos sobre derechos humanos ofrecen información que contribuirá a que los programas de salud reconozcan y cuestionen los roles de género que dan lugar a un deterioro de la salud. Además, las normas de género descritas como obligaciones vinculantes pueden aportar a los programas de salud la formalidad necesaria para obtener financiamiento y modificar la estructura de programas verticales.

Consideraciones en el análisis de los datos

- ¿Corresponden los datos a la situación de las mujeres y los hombres de diferentes edades y culturas (grupos étnicos, inmigrantes, orientaciones sexuales)?
- ¿Demuestran los datos recogidos sobre quién recae una mayor carga de morbilidad, cuya salud quizá sea más vulnerable y corra mayores riesgos?
- ¿Explican los datos la influencia de los roles de género en la salud de los hombres y las mujeres en estos grupos?

Consideraciones en la elaboración del programa

- ¿Guardan relación la vulnerabilidad, la enfermedad o el trastorno de salud con los roles definidos biológicamente o por razón de género?
- ¿Dónde se presenta este trastorno de salud?
- ¿Quién se enferma?
- ¿Cuál es el comportamiento de búsqueda de asistencia sanitaria de las personas afectadas por el trastorno?
- ¿Cómo influyen el acceso y el control de los recursos en la prestación de la atención?
- ¿Cómo satisfacen los servicios de salud las necesidades de las mujeres y los hombres afectados por el trastorno?
- ¿Cuál son los resultados sanitarios y sociales predominantes de este trastorno?
- ¿Qué dicen los documentos de derechos humanos acerca de este trastorno o de los roles de género que lo afectan?

El programa no se debe limitar a prestar igual atención a las mujeres y los hombres en nombre de la neutralidad en materia de género. En cambio, debe centrar su interés en las necesidades y las experiencias dispares de las mujeres y los hombres, que revelaron los datos y el análisis que fundamentaron el programa. El programa debe procurar modificar las actitudes y los comportamientos definidos por el género, que ponen en peligro la salud o que generan un riesgo de aparición del problema de salud o limitan el acceso a la atención.

El programa de salud también se debe esforzar por incluir a las poblaciones menos accesibles, las personas que se han pasado por alto en los anteriores intentos de tratar el problema de salud específico.

4. La elección de los productos y los servicios y las cuestiones de género

En los planes de trabajo bienales de la OPS, los productos y los servicios representan los resultados directos de un programa de salud, ya sean actividades o materiales. La elección de los productos y los servicios se basa en los conocimientos y la información obtenidos con los datos fidedignos recogidos y el diseño del programa.

Los productos y los servicios que integran la dimensión de género mejoran los comportamientos de búsqueda de asistencia sanitaria y amplían el acceso a los servicios de salud. Entre los productos apropiados de un programa de salud que integre las cuestiones de género se encuentran el nombramiento de mujeres para los cargos decisorios en materia de salud, la capacitación del personal sanitario con respecto a las actitudes que modifican los prejuicios existentes y la provisión de información sanitaria y materiales educativos convenientes a los hombres, las mujeres, los niños y las niñas de diversas poblaciones.

Un producto o servicio que integre las cuestiones de género no consiste en una actividad independiente destinada a las mujeres o relacionada con ellas. No es simplemente un folleto dirigido a las mujeres o su asistencia a una conferencia. No es una intervención de salud destinada a los niños o los lactantes, a menos que estas actividades se dirijan específicamente a los niños o las niñas. Tampoco es un producto que integre las cuestiones de género aquel que solo aborda la "discriminación".

En cambio, un producto o servicio que integra la dimensión de género aborda los roles definidos por el género, tiene vínculos con otras actividades y es un componente integral de un programa transformador en materia de género. Cuando estos productos sensibles al género buscan combatir la discriminación, abordan en forma específica la discriminación contra la mujer, los homosexuales, los bisexuales o los transexuales.

Consideraciones con respecto a los productos y los servicios

- Responden a las diversas necesidades de los hombres y las mujeres, las niñas y los niños de diversas poblaciones.
- Los destinatarios de las actividades y la información se definen con el objeto de abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres y los hombres a una enfermedad o afección de salud.
- Modifican las actitudes de los profesionales de la salud.
- Responden a los obstáculos del acceso a la atención.
- Abordan los roles definidos por razón de género que modifican los comportamientos en materia de salud.

5. Ejemplos de productos y servicios sensibles a las cuestiones de género

A continuación se presentan algunos ejemplos demostrativos de productos y servicios transformadores en materia de género procedentes de los planes de acción bienales 2010-2011.

Objetivos estratégicos: Resultado previsto a nivel de la Región	Producto o servicio recomendado
<i>OE 1 Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La provisión de instalaciones sanitarias separadas para niñas, en las escuelas privadas.
<i>OE 2 Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Las leyes, los reglamentos o las políticas que velen por un acceso equitativo a los preservativos masculinos y femeninos para los hombres, las mujeres y los adolescentes.
<i>OE 3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un mecanismo de financiamiento de los servicios y el acceso adecuado a la justicia y la reparación de las víctimas de la violencia • contra la mujer. Un plan nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino, con especial interés en las mujeres de zonas rurales.
<i>OE 4 Reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la salud en las etapas clave de vida como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover un envejecimiento activo y saludable de todas las personas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de salud materna capacitados en planificación familiar.
<i>OE 5 Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, los desastres, las crisis y los conflictos y reducir al mínimo sus repercusiones sociales y económicas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La promoción de la anticoncepción de urgencia.
<i>OE 6 Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, los regímenes alimentarios malsanos, la inactividad física y el comportamiento sexual arriesgado, que afectan el estado de salud.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un módulo de capacitación dirigido a los hombres sobre los riesgos del abuso de sustancias psicotrópicas. • La cooperación técnica en la elaboración de advertencias sanitarias gráficas de los productos del tabaco que tengan en cuenta el género y los grupos étnicos.
<i>OE 7 Abordar los factores determinantes sociales y económicos de la salud, mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de educación de adultos dirigidos a las mujeres encaminados a mejorar sus conocimientos sobre la salud.

<p><i>OE 8 Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios de amenazas ambientales específicas con el fin de determinar la diferencia de sus repercusiones en las mujeres y los hombres.
<p><i>OE 9 Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y como respaldo a la salud pública y el desarrollo sostenible.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas que describen y abordan los riesgos de seguridad que tienen como consecuencia la pérdida de los alimentos de los hombres o las mujeres.
<p><i>OE 10 y 11 Mejorar la organización, la gestión y la prestación de los servicios de salud; fortalecer el liderazgo, la gobernanza y las bases de datos científicos de los sistemas de salud.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los planes comunitarios respaldados por sistemas adecuados de comunicación, establecimientos y transporte, que pongan en contacto a las mujeres que trabajan con los servicios de atención obstétrica, especialmente en zonas donde la pobreza, los conflictos, las grandes distancias y los sistemas de salud saturados dificultan estos esfuerzos.
<p><i>OE 12 Garantizar mejor acceso y calidad y un mayor uso de los productos médicos y las tecnologías sanitarias.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La adquisición y la distribución equitativas de los métodos anticonceptivos, los medicamentos y los equipos.
<p><i>OE 13 Garantizar la existencia de personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promociones, incentivos y capacitación dirigidos a los profesionales de la salud de la mujer.
<p><i>OE 14 Ampliar la protección social mediante un financiamiento equitativo, adecuado y sostenible.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los pagos de seguridad social para las mujeres que ejercen un trabajo domiciliario no remunerado o como parte de la fuerza laboral ignorada.
<p><i>OE 15 y 16: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y otros interesados directos, a fin de cumplir el mandato de la OPS/OMS.</i></p> <p><i>Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible basada en el aprendizaje, facilitándole los medios necesarios para llevar a cabo su gestión de manera más eficiente y eficaz.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La participación y la asistencia de las mujeres a los talleres o las presentaciones y el ejercicio de liderazgo en las reuniones y las conferencias.

B. La ejecución de un programa de salud transformador en materia de género

Una vez que se ha diseñado un programa con una perspectiva de género, los ejecutores deben asignar los recursos humanos y económicos y definir las especificidades de la puesta en marcha del programa. Cada paso de la ejecución debe integrar la dimensión de género.

1. El análisis de género en la movilización de los recursos

Desde su misma creación, los programas deben prever la necesidad de movilizar los recursos destinados a las actividades de integración de las cuestiones de género. Con demasiada frecuencia, las actividades relacionadas con el género se agregan a un programa a última hora. Sin presupuesto o sin personal, estos programas no pueden tener una repercusión significativa en los resultados sanitarios o la equidad en materia de género.

Los proyectos y las iniciativas de recaudación de fondos deben especificar las maneras como el programa abordará las cuestiones de género. (Cuando el análisis de género documentó el diseño del programa, será sencillo describir a los financiadores la forma como el programa aborda el género.) Aunque los programas multisectoriales integrados son los que mejor responden a las cuestiones de género, su financiamiento puede ser difícil. A menudo el financiamiento se asigna a programas verticales que combaten enfermedades específicas. Quizás se pueda reunir el financiamiento proveniente de diferentes fuentes y destinarlo a apoyar los productos que integran la perspectiva de género en todo el programa.

El presupuesto del programa también debe prever el financiamiento del tiempo del personal destinado a realizar las actividades y los objetivos del programa relacionados con el género. Se debe asignar una cantidad concreta de tiempo del personal y salarios a los productos y los servicios que integran cuestiones de género. Cuando el personal existente no cuanta con el tiempo para ejecutar estas actividades, se debe prever un sueldo destinado al funcionario que se dedicará a los proyectos y los productos asociados con los aspectos de género.

CONSIDERACIONES EN LA ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO

- ¿Se incluyen partidas presupuestarias destinadas a las actividades de igualdad en materia de género o a las iniciativas en favor de la salud de la mujer?
- ¿Se ha asignado tiempo del personal y presupuesto con el objeto de llevarlas a cabo?
- ¿Existe paridad en la plantilla y tiene el personal masculino y el femenino derecho a beneficios equivalentes?
- ¿Se ha consultado a las mujeres y los hombres de las comunidades y las organizaciones asociadas con el fin de definir los costos planificados?
- ¿Tienen en cuenta los planes de movilización de recursos la importancia de abordar en forma sistemática la igualdad en materia de género? De no ser así, ¿cómo se recaudarán los fondos destinados a la ejecución de las actividades sobre la igualdad de género o la salud de la mujer?

Se deben planear las asignaciones presupuestarias destinadas a la participación de las mujeres, los hombres, los niños y las niñas locales en la ejecución, la vigilancia y la evaluación del programa. En los gastos previstos para la consulta de las comunidades se encuentra el apoyo económico destinado a compensar el tiempo del personal, los refrigerios, el transporte y el cuidado de los niños. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los incentivos o los beneficios que se pagan a personas de un solo sexo pueden reforzar las desigualdades existentes en materia de género. Además, puede ser necesario invertir en determinados grupos a fin de cumplir con la equidad.

2. El análisis en materia de género en la ejecución del programa

Las estrategias programáticas y de comunicación no deben defender los estereotipos acerca de los hombres y las mujeres. Por consiguiente, las mujeres y también los hombres deben colaborar en la ejecución de los programas de salud; además se deben brindar oportunidades de liderazgo y avance profesional a ambos sexos.

El equipo del programa debe estar de acuerdo con métodos comunes de trabajo que sean aceptables para todos los que participan. El personal del programa podría definir un código de conducta atento a las cuestiones de género, que aborde el acoso sexual y la violencia dentro del programa y las actividades en el terreno. Las sesiones de capacitación podrían reforzar las competencias en el análisis de las cuestiones de género y abordar los prejuicios que existan a este respecto.

Los encargados de ejecutar el programa deben considerar los obstáculos que pueden encontrar los beneficiarios, las mujeres y los hombres en el acceso a los productos y los servicios. El personal debe consultar a la comunidad local acerca de una ubicación aceptable para el programa y la forma de prestar los servicios. Los centros deben ser accesibles y aceptables para todos o pueden existir múltiples centros de prestación que atiendan a poblaciones diferentes.

Por ejemplo, los hombres pueden rechazar los servicios de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Ejemplo de un programa de enfermedades transmisibles diseñado con el objeto de ser transformador en materia de género

Los datos recogidos indican una tasa creciente de infecciones por sida en América Latina y el Caribe. Los datos se desglosan por sexo y revelan que los hombres, especialmente los que tienen relaciones sexuales con otros hombres, presentan mayor frecuencia de infección. Con frecuencia, estos hombres están casados con mujeres y no se perciben a sí mismos como homosexuales. El análisis de los datos pone en evidencia que los factores de riesgo de infección por el VIH incluyen las relaciones sexuales extramatrimoniales, incluidas las de los hombres con otros hombres. En la planeación de un programa de salud, se realizan entrevistas con los interesados directos y se encuentra que los hombres que tienen relaciones homosexuales parecen ser especialmente vulnerables al VIH porque las medidas preventivas contra la infección no se aplican, no se comprenden o no están al alcance de esta población. Aunque el acceso de los hombres que tienen relaciones homosexuales a los servicios de salud es deficiente debido al estigma social contra ellos, las normas internacionales exigen que no se discrimine el acceso a la prevención o el tratamiento con base en la orientación sexual.

Con estos datos, análisis y conocimientos, se planea un programa de prevención de la infección por el VIH dirigida a los hombres que tienen relaciones homosexuales. Entre los productos y los servicios previstos en este programa se encuentra modificar las leyes y los procedimientos locales a fin de que cumplan con las normas internacionales que proscriben la discriminación; dirigir los programas de atención de la salud reproductiva y los programas contra el sida a los hombres que tienen relaciones homosexuales; preparar materiales de promoción de la causa que sean receptivos a las necesidades de esta población; conseguir la participación de hombres que tienen relaciones homosexuales como líderes del programa y en su planificación, con el fin de lograr que los programas de atención de la salud reproductiva y los programas contra el sida sean verdaderamente agradables y sensibles a las necesidades de esta población; y fomentar el análisis sobre las necesidades, las vulnerabilidades, la prevención, la atención y el tratamiento de los hombres que tienen relaciones homosexuales.

que se encuentran exclusivamente dentro de un hospital de maternidad o un consultorio de planificación de la familia; tal vez sea más eficaz la ubicación de los servicios dirigidos a los hombres en el lugar de trabajo o en las clínicas de deportes.

C. La vigilancia y la evaluación de la integración de las cuestiones de género en un programa de salud

La finalidad de todo programa de salud es que los beneficios del programa estén integrados y sean sostenibles. Es necesario supervisar los programas con miras a que cumplan con sus objetivos y evaluarlos a fin de determinar si las metas se hubiesen alcanzado mejor por otros medios. Los destinatarios de un programa de salud constituyen supervisores y evaluadores valiosos y versados de la sostenibilidad del programa y de su eficacia en la transformación de las cuestiones de género.

1. El análisis de género en la comunicación con los interesados directos

Cuando se evalúa la factibilidad y la idoneidad de un programa, sus actividades y sus productos deben participar en las conversaciones las mujeres y los hombres, las niñas y los niños. Se deben establecer mecanismos de participación de los interesados directos durante toda la puesta en práctica del programa. Como se señaló anteriormente en la sección sobre la recopilación de los datos, puede ser necesario acercarse de manera diferente a las mujeres y los hombres, con el fin de estimular su retroalimentación acerca del programa. Las comunicaciones del programa que se dirigen solo a los encargados nacionales o internacionales de la toma de decisiones, la comunidad académica o los medios de comunicación escritos pueden excluir a los miembros de la comunidad que no tienen acceso a estas estructuras de poder. Es importante verificar que los métodos de comunicación lleguen a las mujeres y los hombres que deben ser los beneficiarios del programa de salud.

El intercambio de la información debe ocurrir en dos sentidos: del programa hacia la comunidad acerca de los progresos programáticos y los resultados, y de la comunidad hacia el programa acerca de su repercusión. Además, el intercambio de información no debe ser solo una formalidad. Es importante que los interesados directos tengan la oportunidad de hacer aportes significativos sobre la factibilidad y lo adecuado de las actividades desarrolladas.

2. El instrumento de análisis de la dimensión de género para evaluar los programas

Los evaluadores pueden utilizar el instrumento de análisis de los aspectos de género con el fin lograr la evaluación rápida de un programa de salud. Este instrumento comporta 26 preguntas que permiten determinar la capacidad que tiene un programa de responder a las cuestiones de género. Una respuesta afirmativa a 11 preguntas o más, entre la pregunta 1 y la 20 significa que un programa es transformador en materia de género. Una respuesta afirmativa a dos o más preguntas, entre la pregunta 21 y la 26 podría indicar ya sea que el programa es insensible a las cuestiones de género o que es parcial. El personal técnico puede usar los resultados aportados por el instrumento como parte del control de la calidad del programa. Cuando este instrumento lo indique, se deben implementar cambios inmediatos al programa en curso y luego se pueden ejecutar estas modificaciones. Los resultados de la aplicación del instrumento también pueden constituir insumos en la planeación de la continuación del programa o de los pasos a seguir. Por último, el instrumento de evaluación de las cuestiones de género puede facilitar la notificación sobre el logro de la integración de la perspectiva de género en el programa.

Instrumento de evaluación de la dimensión de género

1. ¿Existe un compromiso explícito con la promoción o el logro de la igualdad de género como parte de la perspectiva, las metas o los principios del programa?
2. ¿Incluye el programa el sexo en los criterios importantes de selección de la población destinataria?
3. ¿Demuestra el proyecto una comprensión clara de la diferencia entre el sexo y el género?
4. ¿Se prevé en forma deliberada la participación de hombres y mujeres en la población destinataria?
5. ¿Participan mujeres y hombres en las etapas de formulación, ejecución, vigilancia y evaluación del programa?
6. ¿Se han tomado medidas encaminadas a lograr la participación de las mujeres y los hombres en pie de igualdad?
7. ¿Incluye el equipo del proyecto a hombres y mujeres que tienen igual voz y voto en la orientación de las actividades?
8. ¿Tiene en cuenta el proyecto o el programa las condiciones de vida de las mujeres y los hombres de la población destinataria?
9. ¿Se han analizado las necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres (o los cambios operados en ellas), el acceso a los recursos y el control de los mismos?
10. ¿Se han analizado las necesidades prácticas y estratégicas de los hombres (o los cambios operados en ellas), el acceso a los recursos y el control de los mismos?
11. ¿Se han realizado ensayos preliminares de los métodos y los instrumentos del proyecto en personas de ambos sexos?
12. ¿Considera el proyecto o el programa la dinámica de la familia o el hogar y se anticipan las diferentes consecuencias y oportunidades para cada integrante (por ejemplo, la asignación de los recursos dentro del hogar)?
13. Cuando el programa se dirige solo a hombres o a mujeres, ¿se definió la meta principal de manera que aborde la falta de equidad en salud provocada por los prejuicios sexistas y los roles negativos que se detectaron anteriormente?
14. ¿Cuenta el proyecto con asociados en los organismos afiliados del gobierno, las organizaciones nacionales no gubernamentales y populares que tengan experiencia sólida en las cuestiones de género?
15. ¿Se recogen y presentan desglosados por sexo los datos probatorios generados por el programa o los datos que lo documentaron?
16. ¿Se basan en un análisis de género los datos probatorios generados por el programa o los datos que lo documentaron?
17. ¿Se tuvo en cuenta en la formulación y la planificación del programa el contexto de las vidas de los hombres y las mujeres y sus diferentes necesidades de salud?
18. ¿Existen indicadores cuantitativos y cualitativos de los productos que permitan supervisar la participación de las mujeres y los hombres en los procesos consultivos y decisorios a nivel del proyecto?
19. ¿Se ha analizado la división del trabajo en función del sexo y los cambios que se han operado en la materia? (roles reproductivos, productivos, de gestión comunitaria y política; el trabajo asalariado y sin remuneración).
20. ¿Se han tenido en cuenta las dinámicas de la familia o el hogar con respecto a las diferentes repercusiones y oportunidades para cada integrante (por ejemplo, la asignación de los recursos dentro del hogar)?

21. ¿Se ha adoptado el patrón masculino como la “norma”? (por ejemplo, ¿se analizan las enfermedades con base en la existencia de síntomas que se han detectado solo en los hombres?)
22. ¿Se excluye del proyecto (en forma deliberada o no) a uno de los sexos pero se parte del supuesto que las conclusiones se aplicarán a ambos sexos?
23. ¿Se excluye en el proyecto a las personas de un sexo, de esferas que tradicionalmente se consideran de interés para el otro sexo solamente (por ejemplo, la salud materna, la salud profesional)?
24. ¿Se trata a las mujeres y los hombres como grupos homogéneos en casos en que los productos podrían dar resultados diferentes en subgrupos de mujeres y hombres (por ejemplo, las mujeres pobres y las mujeres ricas, los hombres empleados y los desempleados etc.)?
25. ¿Representan los materiales o las publicaciones del programa a los hombres como indiferentes y a las mujeres como sumisas (u otros estereotipos definidos por razón de género)?
26. ¿Excluye o privilegia el lenguaje utilizado en el proyecto a las personas de un sexo?

Anexo I Algunas concepciones erróneas acerca de la integración de las cuestiones de género

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: La integración de la perspectiva de género constituye un derecho humano, no un tema de salud pública.

REALIDAD: Es ambos. Si bien las intervenciones de salud sensibles a las cuestiones de género no pueden hacer que algo sea legal, sí presentan datos fidedignos que respaldan la necesidad de cambios jurídicos, sociales o económicos. Además, la comunidad de la salud pública cuenta con formidables competencias, recursos y experiencia en la recopilación y el análisis de los datos, la búsqueda de las causas subyacentes de la falta de salud y la sustentación de un caso con miras al cambio. Hay gran necesidad de este tipo de competencias y sería sencillo transponerlas a la comprensión y el análisis de los factores relacionados con el género que determinan la salud. De igual manera, como los factores económicos y sociales tienen consecuencias en la salud de los hombres y las mujeres, el mejoramiento de la salud de todos tiene una gran influencia en el desarrollo económico y social de las mujeres y los hombres.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: La programación atenta a las cuestiones de género no se orienta a la obtención de resultados.

REALIDAD: La búsqueda de igualdad entre los sexos es sinónimo de búsqueda de la salud y el bienestar para todos. La discriminación, los estigmas, la violencia por razón de género y los roles de género son todos elementos que repercuten directamente en la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas, que constituyen la mitad la población y afectan en forma directa al bienestar de toda la comunidad. La obtención de los resultados sanitarios previstos, por ejemplo, disminuir la tasa de embarazo de las adolescentes, la mortalidad materna y la discordancia de las tasas de infección por el VIH en las adolescentes y los adolescentes, depende de la comprensión de las normas sociales, culturales y económicas subyacentes y de la forma como se responda a ellas.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: La integración de las cuestiones de género es demasiado difícil de medir.

REALIDAD: Es sencillo medir si se han generado los productos y los servicios que integren la dimensión de género que estaban previstos. Las competencias de salud pública en la formulación de estadísticas sobre los factores de distribución de las enfermedades también se traducen sin problema en la producción de datos desglosados por sexo y otros factores sociales determinantes de la salud. Esto requerirá una nueva clase de medición, centrada en los datos cualitativos; las entrevistas a las mujeres y los hombres, las niñas y los niños, encaminadas a captar sus perspectivas y experiencias únicas, facilitarán la elaboración de indicadores que alimenten bases de datos fidedignos, las cuales respaldarán nuevos enfoques de prevención, atención y tratamiento.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: El género es simplemente un sinónimo o una referencia disimulada a las mujeres.

REALIDAD: La adopción de un enfoque sensible a las cuestiones de género permite definir en qué medida los programas de salud no están satisfaciendo las necesidades de las mujeres y los hombres o las niñas y los niños. Aunque la programación sensible al género empezó por exponer cómo las normas de género afectaban a la salud de la mujer (y sigue respondiendo en forma predominante a la salud de la mujer), se ha obtenido un mejoramiento considerable en la comprensión de las repercusiones perjudiciales que tienen las funciones sociales en la salud de los hombres y los niños. En estas funciones sociales se cuentan la homofobia que afecta a

los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y a los homosexuales y el machismo, que afecta a hombres que afirman su poder de dominación, lo cual genera violencia y perturba la capacidad decisoria.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: Las cuestiones de género fueron importantes hace un decenio, ahora no son un tema de interés, ya se ha superado.

REALIDAD: Apenas ahora se comienza a comprender y establecer las bases de datos fidedignos sobre la estrecha relación entre la salud y las relaciones entre los hombres y las mujeres. Se está apenas en el punto de partida del diseño y ejecución de programas eficaces que aborden las funciones definidas por el género. Solo recientemente se ha comprendido que las políticas "equitativas" pueden marginar a las mujeres y los hombres de grupos étnicos o indígenas específicos. Las respuestas eficaces a los problemas de salud abarcan todos los aspectos de la exclusión social.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: La integración de la perspectiva de género confunde las ideas y desvía el trabajo de su objetivo real que es prevenir, tratar y eliminar las enfermedades.

REALIDAD: Algunos todavía piensan que el género es "blando," femenino y secundario, pese a la evidencia de su capacidad de repercutir en los comportamientos relacionados con la salud y los resultados sanitarios. La integración de la perspectiva de género contribuye a prevenir, tratar y eliminar las enfermedades al mirar la salud con una óptica diferente. Esto es, mirar más allá de los límites de las causas y las soluciones epidemiológicas y médicas de las enfermedades hasta sus causas y soluciones sociales.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: La integración de la perspectiva de género solo conseguirá aumentar el costo de la atención de salud.

REALIDAD: La integración de la perspectiva de género podría comprender el uso de los datos con el objeto de fundamentar la transferencia y el uso de los recursos de una manera más eficaz y apropiada. Los programas focalizados son la forma más eficaz de llevar a cabo la programación de salud. Cuando se conocen los grupos vulnerables a un determinado trastorno de salud, se puede trabajar con ellos a fin de prevenir el trastorno.

CONCEPCIÓN ERRÓNEA: Centrar la atención en los aspectos de género solo llevará a acentuar las diferencias entre los sexos, separarlos y crear un obstáculo al cumplimiento de la "salud para todos."

REALIDAD: La meta máxima de la salud para todos no consiste en eliminar las diferencias, sino en reconocerlas y eliminar las que generan inequidad y falta de salud. La plena integración de la perspectiva de género es un proceso gradual y a largo plazo, pues modificar las actitudes y las estructuras que reflejan siglos de creencias antiguas toma tiempo. Sin embargo, modificar la salud exige también un cambio en las funciones fundamentales. La integración de las cuestiones de género y la promoción de la salud pueden tener lugar en forma simultánea, paso a paso, de manera que se cumpla con las metas de salud.

Anexo II: Fuentes consultadas y utilizadas

Deborah Caro, Interagency Gender Working Group, A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition) 2009

Department of Gender, Women and Health, WHO, Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach (2009).

Genevieve Grabman, Human Rights Matrix (2003), se puede consultar en <http://www.policyproject.com/matrix/>.

Genevieve Grabman et al., A human rights approach to HIV/AIDS policy development and reform, Abstract no. ThPeG8244 *Int Conf AIDS* (2002).

PAHO, Gender Mainstreaming in Priority Health Programs: The Case of the Diabetes Mellitus Prevention and Control Program in Mexico, *Best Practices in Gender, Ethnicity, and Health* (2008).

OPS, Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud (2009).

OPS, Política de igualdad de género (2005).

OPS, Taller sobre género, salud y desarrollo: Guía para facilitadores (1997), se puede consultar en <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gendertraining.htm>.

Julie Pulerwitz et al., Promoting more gender-equitable norms and behaviors among young men as an HIV/AIDS prevention strategy, Horizons Final Report (2006).

United Nations, High-level Event on the Millennium Development Goals, Fact Sheets (2008), se puede consultar en <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%206%20FINAL.pdf>.

United Nations, Gender, Water and Sanitation: Case Studies on Best Practices (2006).

Women's Health Council, A Guide to Creating Gender-Sensitive Health Services (2007), se puede consultar en http://www.whc.ie/documents/40_gender_manual.pdf.

WHO, Mainstreaming gender into operational planning: gender responsive assessment scale (GRAS), junio del 2009.