

# 5

## Incorporación del enfoque de género en los programas de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas

Iniciativa de los Pueblos Indígenas  
Mujer, Salud y Desarrollo

abril 1997  
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## ÍNDICE

---

### Introducción

### Resumen

<b>1.</b>	<b>Antecedentes .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Incorporación del enfoque de género en los programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la promoción de la salud de los pueblos indígenas .....</b>	<b>2</b>
2.1	Relaciones de género en los pueblos indígenas: las voces de las mujeres .....	4
2.2	Procedimientos para la incorporación del enfoque de género en los programas y proyectos de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas .....	5
<b>3.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>13</b>

Este documento fue presentado en la 15.<sup>a</sup> Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo - Washington, D.C., 3 a 4 de abril de 1995.



## INTRODUCCIÓN

La incorporación de un enfoque de género en el quehacer de la OPS/OMS es un desafío principal para el programa Mujer, Salud y Desarrollo de la División de Salud y Desarrollo Humano. Trabajar desde un enfoque de género significa satisfacer las necesidades específicas en salud de cada sexo, tomando en cuenta que estas necesidades son determinadas por características biológicas y factores psicosociales. La inequidad en las relaciones entre mujeres y hombres pone en riesgo a uno de los sexos, en la mayoría de las veces a las mujeres, quienes se encuentran generalmente en una situación de desventaja frente al control sobre los recursos necesarios para proteger la salud.

El documento que se adjunta brinda algunas pautas para facilitar la incorporación del enfoque de género en los programas y proyectos de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas, bajo la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA).

La discusión de dicho documento durante la XVª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo en 1995, generó las siguientes recomendaciones para la Secretaría:

- promover el trabajo indicado en la iniciativa SAPIA, haciendo hincapié en la incorporación del enfoque de género y la inclusión sistemática de las mujeres indígenas para que participen activamente, junto con los hombres, en la elaboración, ejecución y evaluación de programas y proyectos emanados de la iniciativa SAPIA;
- colaborar con los Gobiernos Miembros para analizar los datos desglosados no solo por sexo sino también, si es posible, por etnia, a fin de comprender mejor la situación sanitaria particular de los hombres y las mujeres indígenas de distintas comunidades de la Región y promover estudios que aclaren las disparidades entre los hombres y las mujeres de esos grupos;
- servir como puente entre las mujeres indígenas y el sector de salud, en conformidad con la iniciativa SAPIA, asegurándose que se respeten las creencias y costumbres de las mujeres indígenas en la atención de sus necesidades prácticas en el campo de la salud. Eso es imprescindible para reducir al mínimo las barreras culturales que obstaculizan el acceso de los indígenas, tanto hombres como mujeres, a los servicios de salud.

La incorporación del enfoque de género en la iniciativa SAPIA tiene que ser planificada cuidadosamente y con la participación plena y permanente de mujeres y hombres indígenas. No se trata de destruir las características únicas de las relaciones de género en diferentes grupos étnicos, ni mucho menos de imponer una sola visión sobre aquellas relaciones. Más bien, con la incorporación de un enfoque de género, se pretende analizar en qué momentos la construcción social de las relaciones de género perjudica innecesariamente a la salud de uno u otro sexo. Asimismo, se podría identificar cómo la construcción de género en las poblaciones indígenas conlleva factores protectores para el mantenimiento y la promoción de la salud de mujeres y hombres. En el marco de la diversidad étnica y cultural en la Región de las Américas, el análisis de los factores protectores y perjudiciales para la salud de mujeres y hombres indígenas, nos aportará elementos para mejorar la cooperación técnica y la calidad de vida de la población.

## **RESUMEN**

Este documento presenta los procedimientos para facilitar la incorporación de un enfoque de género en los programas y proyectos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la promoción de la salud de los pueblos indígenas.

La primera parte del documento describe brevemente la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas; asimismo, se hace referencia a la problemática de la mujer, la salud y el desarrollo como se ha definido en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998 (OEP). En la segunda parte, se presentan los procedimientos necesarios para garantizar la incorporación del enfoque de género en el trabajo de promoción de la salud de los pueblos indígenas, enfatizando la importancia del diagnóstico de género, el requisito de la participación de las mujeres indígenas en todo el proceso y las implicaciones especiales para los programas y proyectos de la OPS que se dirigen a pueblos indígenas. Finalmente, se presentan algunas conclusiones y se someten recomendaciones para ser consideradas por el Subcomité.





## 1. ANTECEDENTES

---

Este documento responde a la solicitud del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo en su 14ª Reunión, de incluir el tema "Incorporación del enfoque de género en los programas en curso en la OPS para el fomento de la salud de los pueblos indígenas" en el programa de su próxima reunión.

El objetivo del documento es presentar los procedimientos para facilitar la incorporación del enfoque de género de una manera sistemática, haciendo hincapié en la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) y los programas y proyectos en desarrollo en la OPS para fomentar la salud de los pueblos indígenas y teniendo como marco las Orientaciones Estratégicas Programáticas 1995-1998 (OEP) de la Organización.

La atención especial a la salud de los pueblos indígenas por parte de la OPS surge en abril de 1992, cuando en la 18ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS se acuerda la realización del Taller Hemisférico sobre la Salud de los Pueblos Indígenas.(1) Posteriormente, se realiza la Reunión de Trabajo sobre los Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá, en abril de 1993. En septiembre de 1993, en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo, se aprueba la Resolución V "Salud de los Pueblos Indígenas" y se adopta la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA).(2)

Los Cuerpos Directivos de la Organización han establecido dos ejes fundamentales para las actividades de cooperación en el marco de la iniciativa SAPIA:

- Participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión de la iniciativa SAPIA desde su etapa inicial;
- Horizontalización de un programa coordinado de actividades de cooperación en SAPIA, implementado a través de las Divisiones y Programas regulares de la Organización.

Cinco principios fundamentales de la iniciativa SAPIA guían la cooperación técnica de la OPS:

- Necesidad de un abordaje integral de la salud;
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas;
- Derecho a la participación sistemática;
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas;
- Reciprocidad en las relaciones.

Vale destacar que mujeres indígenas han estado participando activamente en las actividades preparatorias de la iniciativa SAPIA. Así, por ejemplo, uno de los dos consultores que prepararon el documento básico para la iniciativa, fue una mujer indígena. También, hubo igual proporción de mujeres y hombres participando en la reunión de Winnipeg.

Con referencia a la salud de las mujeres indígenas, en la Reunión de Trabajo sobre los Pueblos Indígenas y Salud de Winnipeg(2) se reconoció que:

El perfil de salud de la mujer indígena, está en buena parte determinado por la situación de doble subordinación en su relación de pareja y con los sectores dominantes de la sociedad local y nacional.

Haciendo referencia a los problemas sobresalientes de salud de hombres y mujeres indígenas, se menciona que para las mujeres además:

. . .se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva (e.g., embarazos en edades tempranas; complicaciones del embarazo y parto; anemia ferropriya) y otros del campo de la salud mental (por ejemplo abusos sexuales y violencias; alcoholismo y abuso de drogas), así como otros más específicos, derivados de riesgos por su trabajo en la agricultura o en el sector urbano informal o de servicios, o en la industria.

Las Orientaciones Estratégicas Programáticas 1995-1998 de la Organización Panamericana de la Salud indican que tanto las mujeres en general, como los pueblos indígenas son considerados grupos prioritarios y han sido reconocidos como tales por los Cuerpos Directivos de la Organización.(3) En el mismo documento, se hace referencia a la mujer, la salud y el desarrollo entre los principales áreas de trabajo de la Organización:

Es preciso asignar mayor importancia a la función que desempeñan las mujeres en el desarrollo humano, en especial la relación entre la salud de aquellas y este. El análisis por sexos debe ser una de las categorías en la planificación y programación de las actividades en todos los sectores, y esto debe tener repercusiones para los programas de salud pública en todos los países.

## **2. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

---

Varios programas y proyectos en la OPS, tanto al nivel central como en los países, han estimulado activamente la participación de mujeres indígenas en las actividades en favor de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas.<sup>1</sup> Sin embargo, no siempre han incorporado el enfoque de género.

La incorporación del enfoque de género en los programas y proyectos de la OPS, tiene como marco general el desarrollo equitativo y sostenible de la salud.

En el centro del nexo entre género, salud y desarrollo aparece la noción de una sociedad igualitaria en la cual hombres y mujeres participan equitativamente en la distribución de los beneficios del desarrollo, y en la producción y encauzamiento de este proceso.(4)

Trabajar desde un enfoque de género, significa analizar las relaciones sociales de inequidad entre hombres y mujeres, teniendo como meta tanto lograr equilibrio y equidad en las relaciones de género como la satisfacción de las necesidades específicas en salud de cada sexo, tomando en cuenta que estas necesidades no son generales sino determinadas por la influencia de etnia, clase social, religión, localización geográfica. No se puede asumir que las relaciones de género de una cierta población indígena tienen características iguales a las que tienen las poblaciones no-indígenas en la misma sociedad: partir de la diversidad en las relaciones de género significa reconocer que no existen recetas únicas para la incorporación del enfoque de género.

Dado que el enfoque de género implica un cambio de actitudes y una transformación social, la incorporación del mismo es un proceso de negociación y debate porque se refiere a la redistribución de poder y recursos dentro de los hogares, la sociedad civil, el estado y el sistema global.

Si bien la incorporación del enfoque de género no es una tarea fácil, la iniciativa SAPIA contiene varios elementos que facilitan la tareas: la descentralización, el consiguiente trabajo a nivel local y, como eje fundamental, la participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión de la iniciativa. Asimismo, el respeto, que es uno de los cinco principios fundamentales de la iniciativa, es un requisito para la incorporación del enfoque de género en los programas y los proyectos de la OPS que promocionan la salud de los pueblos indígenas: respeto a su cosmovisión, sus formas de vivir, pensar, relacionar, formular y conceptualizar el proceso de salud-enfermedad. En el mismo sentido, se necesita que los trabajadores de salud y de la OPS respeten la diversidad de las relaciones de género que existen dentro de los pueblos indígenas.

---

<sup>1</sup> Cabe hacer hincapié en que este documento se limita a tomar como ejemplo solamente a algunos de los proyectos en curso en la Organización sobre promoción de la salud de los pueblos indígenas.

## 2.1 Relaciones de género en los pueblos indígenas: las voces de las mujeres

A pesar de que varias mujeres indígenas han reclamado por la situación de inequidad en las relaciones de género dentro de las poblaciones indígenas, existe mucha cautela de parte del personal de la OPS y de los trabajadores de salud para empezar a discutir tal inequidad, por sentir que la relación de género es parte integral de la cultura en la que no se tiene derecho a intervenir. Empero, la situación de inequidad indicada por las mujeres indígenas, merece la misma acción que realiza la OPS ante cualquier manifestación de inequidad que perjudique innecesariamente y sin justificación el estado de salud de un grupo de la población.

La colonización y consiguiente historia en la Región han influenciado de manera importante la forma en la que se han transformado las relaciones de género en los pueblos indígenas. Una mujer indígena del Ecuador indica:

Antes de la invasión española, se consideraba que las mujeres tenían los mismos derechos que los hombres y su carga de trabajo era igual a la de ellos.(5) *(Traducido de OPS del informe final)*

La realidad actual es diferente. Como lo señala otra mujer indígena de Perú:

Sin embargo, hoy en día en nuestras comunidades se observa el mismo tipo de maltrato hacia las mujeres que existe en el resto del Perú. (...) Pero esta situación no refleja nuestro verdadero modo de ser y, además, se trata de un camino peligroso. Ahora, gracias a nuestras organizaciones y a las experiencias que hemos tenido nos damos cuenta de cuánto nos han humillado y engañado tantas cosas que nos vienen de fuera. Ahora que estamos recuperando el orgullo de ser quienes somos, no podemos permitir que nos engañen de nuevo. El machismo, el maltrato, la falta de respeto y la marginación de las mujeres indígenas constituyen una nueva invasión cultural que nos perjudica y que nuestros hombres aceptan porque tienen una mente estrecha y se avergüenzan de mostrar nuestra realidad, que es mucho más digna. El machismo, al igual que la religión y la cultura, nos lo han impuesto desde fuera. Nos divide, nos debilita y nos humilla.(5) *(Traducido por OPS del informe final)*

El Informe de la Primera Conferencia Internacional de Mujeres Indígenas, organizado por la Comisión de Mujeres Indígenas del Consejo Mundial de Pueblos Indígenas en 1993, concluye que las mujeres son marginalizadas doblemente, como indígenas y como mujeres.

Se observó que las mujeres indígenas sufren discriminación a todos los niveles, desde el individual hasta el nacional. A menudo, nuestra situación social tradicional como mujeres dentro de nuestras comunidades se deteriora debido a normas externas sobre las relaciones entre los sexos, lo cual favorece la instauración del machismo y la falta de respeto hacia las mujeres.(6) *(Traducido por OPS del informe final)*

Existe una clara consciencia por parte de estas mujeres indígenas de que las relaciones de género, hoy en día, son inequitativas. En consecuencia, resulta urgente analizar el impacto de esta inequidad sobre la situación de salud de la mujer y, por esta razón, se necesita incorporar el enfoque de género de una manera estructurada.

## 2.2 Procedimientos para la incorporación del enfoque de género en los programas y proyectos de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas

El proceso de incorporación del enfoque de género consiste en la implementación de procedimientos que utilizan e incorporan herramientas metodológicas que se derivan de los principios de la planificación con enfoque de género.<sup>(7)</sup><sup>2</sup>

Al iniciar cualquier actividad, es necesario integrar en el proceso de planificación un diagnóstico de género, que identifica las implicaciones particulares que tienen los problemas de salud y desarrollo contextualmente específicos para las mujeres y los hombres, así como para la relación entre éstos. El diagnóstico es una actividad continua que se realiza en todos los puntos claves del ciclo de planificación de un proyecto. A partir de este diagnóstico, se pueden formular los objetivos de género, que proporcionan las bases para una agenda específica.

Cabe hacer énfasis en que la incorporación del enfoque de género no se logrará sin la consulta y participación de las mujeres en todas las etapas del proyecto, teniendo como objetivo fortalecer la capacidad de las mujeres para una participación en la conducción y la gestión de las actividades de la OPS en lo que concierne a la salud de los pueblos indígenas, principio que fue establecido por los Cuerpos Directivos para la iniciativa SAPIA.

Realizado el diagnóstico sobre la base de la consulta y participación de las mujeres y definidos los objetivos, se llegará a la formulación de una estrategia de entrada.

A continuación, se presentan los principios y herramientas necesarias para hacer el diagnóstico de género y su relación con la situación en salud de los pueblos indígenas.

---

<sup>2</sup> El marco general para la planificación en las actividades de desarrollo con un enfoque de género proviene de Caroline Moser. Favor tomar nota que MSD se encuentra en el proceso de adaptación de este marco al área de la salud. Los lineamientos elaborados hasta la fecha por MSD han sido incorporados en este documento.

### 2.2.1 *Diagnóstico de género*

La recolección y el análisis de la información desagregada por sexo y etnia es indispensable para un diagnóstico de género. Generalmente, no se dispone de información sobre los perfiles de salud diferenciales de mujeres y hombres indígenas a nivel nacional o regional. Por esta carencia de información, resulta difícil analizar la situación en salud de las mujeres indígenas en la Región. En este sentido, el proyecto Salud de las Mujeres Indígenas de Guatemala tiene como uno de sus tareas principales asegurar que los servicios de salud colecten y analicen los datos obtenidos desagregados por sexo y etnia.(8)

El diagnóstico de género se realiza sobre la base de la identificación de los roles de género, la definición de acceso y control sobre los recursos y la evaluación de las necesidades prácticas y los intereses estratégicos, a partir de una desagregación de datos por sexo.

*Roles de género.* Los roles de género son las divisiones del trabajo existentes, que se ponen de manifiesto a través de los diferentes roles jugados por mujeres y hombres. La identificación de roles de género es la herramienta que hace visible el trabajo previamente invisible de la mujer que, por ser invisible, generalmente no es valorado. Solo el rol productivo de la mujer, o sea, las actividades que producen ingresos personales y para el hogar, es valorado como trabajo. No se valora como trabajo el rol reproductivo, o sea la reproducción biológica y todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de los individuos que componen el hogar, ni el rol de gestión comunal que consiste en el trabajo, generalmente voluntario, que se realiza para contribuir al desarrollo de la comunidad o de la organización. El propósito de la identificación de roles de género no consiste solamente en distinguir las diferentes tareas que cumplen mujeres y hombres sino, además, asegurar una valoración igual de estas tareas.

Una vez que se han identificado las diferencias entre los roles que desempeñan los hombres y las mujeres, se necesita responder de una manera diferenciada a las necesidades de cada actor social. Ello ocurre porque la división de trabajo conlleva diferentes factores de riesgo y protección en el proceso de salud-enfermedad para mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, que generalmente tienen adjudicado un triple rol, la carga que supone balancear simultáneamente estos roles las limita severamente y es una situación muchas veces ignorada. Para poder responder adecuadamente a las necesidades de las mujeres, en vista de su triple rol, se necesita una planificación ligada intersectorialmente, que enlace las diferentes actividades que ellas desempeñan. Es importante reconocer que existe muchas veces el supuesto por parte de la OPS y de los trabajadores de salud de que las mujeres indígenas cuentan con tiempo libre para desarrollar actividades de trabajo voluntario o participar en cursos de capacitación, no tomando en cuenta el triple rol de las mismas.

Lo anterior no es contradictorio con el intento de involucrar a las mujeres indígenas en las actividades de la OPS; por el contrario, esta participación resulta de interés para las mismas mujeres, quienes están en la búsqueda de una mejora en el bienestar y la salud de su familia y de ellas mismas. De allí que, el diagnóstico de la división de roles de género proporciona la información necesaria para planificar mejor las actividades y para evitar sobrecargar a las mujeres.

Si no se realiza el diagnóstico de la división de trabajo por género, existe el real peligro de que los trabajadores de salud partan de estereotipos sobre la división de trabajo, no reconociendo que la diversidad cultural tiene influencia en la forma en que han sido construido los roles de género. Así, por ejemplo, pocas veces se ha considerado el rol de la mujer indígena en lo que concierne a la agricultura y el cultivo de plantas medicinales, su rol como líder religioso en las fiestas y ritos, o su rol en el trabajo comunal, por ejemplo en las huertas comunales.

Dado que sobre las mujeres indígenas recae muchas veces la responsabilidad particular de la protección de la salud y el mantenimiento del hogar a partir de la división de trabajo por género, ellas están más conscientes que los hombres de las necesidades prácticas en el área de la salud.

En el terreno de la salud, son las mujeres indígenas, en su calidad de principales prestadoras de cuidados, quienes soportan la carga física, emocional y económica de las enfermedades curables y la malnutrición que asolan a nuestros niños.(6)  
*(Traducido de OPS del informe final)*

Lamentablemente, varias iniciativas han debilitado el rol de las mujeres indígenas en la promoción de la salud, por no tomar en cuenta ni valorar su rol de educadoras y transmisoras de la cultura, la salud y el respeto por el medio ambiente. La revitalización de las culturas indígenas, uno de los principios de la iniciativa SAPIA, es de suma importancia para la incorporación del enfoque de género; por lo tanto, se recomienda que se intente fortalecer el rol de las mujeres mediante una capacitación que trate de enriquecer sus conocimientos, desde una perspectiva que evite sobrecargarlas más, como se señalara anteriormente.

La OPS cooperó en 1994 en el Simposio Regional de América Latina "Políticas y Sistemas Tradicionales de Salud Pública", en el que hubo un amplio reconocimiento del importante rol de la mujer indígena en la producción de la salud. Según el Consejo Mundial de Pueblos Indígenas allí presente, la mayoría de los practicantes de la medicina tradicional son mujeres; asimismo, destacaron que la mujer tiene una posición central en la familia y en la comunidad en cuanto a su conocimiento sobre la salud y plantas medicinales.(9)

A la vez de fortalecer el rol de las mujeres, se debería involucrar también a los varones, intentando llegar a una co-responsabilidad para la salud. En este sentido, a partir del análisis de la división de trabajo por género, se podría definir, en conjunto con las mujeres indígenas, la forma en que se movilizará a los hombres indígenas a favor de la transformación social y el mejoramiento del estado de salud de mujeres y hombres de una forma equitativa. En el proyecto Salud de las Mujeres Indígenas de Guatemala, se incluye el desarrollo de una estrategia puesta en práctica por los grupos de mujeres para involucrar a los varones indígenas en los aspectos de la promoción de la salud. Se espera que, al mismo tiempo de garantizar la autonomía de los grupos de mujeres, se cree un ambiente de co-responsabilidad para la salud entre los géneros y se reduzca la reserva de los varones respecto a la participación de las mujeres en las actividades del proyecto.(8)

El fomento de la participación y el respeto para las culturas indígenas trae aparejado también la reciprocidad en las relaciones entre los trabajadores del sistema occidental de salud y los trabajadores en salud tradicional: el aprendizaje y apoyo mutuo, llegando a una reciprocidad en las relaciones, otro principio fundamental de la iniciativa SAPIA, necesita de un cambio de actitud de los trabajadores de salud. Generalmente, la cooperación técnica ha sido unilateral; sin embargo, la diversidad cultural exige además de respeto, dichos intercambios y aprendizajes mutuos para tomar en cuenta la riqueza de los conocimientos indígenas sobre la salud.

De la misma manera en que se va a fortalecer la capacidad técnica de las mujeres indígenas —que son trabajadoras de salud tradicionales— se sugiere que se tome en consideración su conocimiento y cosmovisión sobre la salud de la mujer indígena y la interrelación entre las variables de género y la salud de los pueblos indígenas. Se recomienda que se incorpore a las mujeres indígenas en la formación y capacitación del personal de salud, tanto a nivel de educación formal como a nivel local, para que estos últimos estén sensibilizados sobre la condición y posición específica de mujeres indígenas. En algunos de los países de la Región, la OPS ha estimulado activamente esta idea.

*Distribución intrafamiliar de recursos.* El segundo principio del diagnóstico de género se refiere a la distribución intrafamiliar de recursos en términos de asegurar una simetría en el control sobre los recursos y el poder de decisión entre mujeres y hombres dentro del hogar. La herramienta necesaria es la información desagregada por sexo al interior del hogar. Se necesita identificar las diferencias entre mujeres y hombres respecto al acceso a y control sobre los recursos (por ejemplo, tiempo, dinero, información y poder de decisión).(10) Se trata de asegurar que las mujeres, tanto como los hombres, tengan acceso a y control sobre los recursos necesarios para proteger la salud.

El diagnóstico previene que los estereotipos que se tienen sobre la distribución de recursos dentro de la unidad doméstica indígena, conduzcan a acciones que perjudiquen a las mujeres indígenas por no tomar en cuenta la forma particular en que se expresa en cada contexto étnico-cultural la distribución de recursos. Así, por ejemplo, se tendría que analizar si existe inequidad en la distribución de alimentos y atención médica entre los hijos e hijas en el hogar.

*Necesidades e intereses de género.* Las necesidades prácticas en salud se formulan a partir de las condiciones concretas de hombres y mujeres, responden a necesidades inmediatas percibidas y específicas y son resueltas a través de la provisión de bienes y servicios. Además de necesidades en salud compartidas, las mujeres tendrán necesidades en salud diferentes de las de los hombres, no sólo por razones biológicas sino, también, por la división de trabajo y los roles de género existentes.

Mejorar la condición de la mujer mediante la respuesta a necesidades prácticas, no lleva necesariamente al logro de mayor equidad en las relaciones de género. Para ello, se necesita identificar, conjuntamente con las mujeres, sus intereses estratégicos con los que buscan un equilibrio en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, o sea, los intereses que afectan la posición de la mujer frente al hombre cuya respuesta se dirige a un desarrollo equitativo y sostenible de la salud para mujeres y hombres.



En las actividades llevadas a cabo hasta la fecha con el apoyo de la OPS, se puede observar que los programas y proyectos responden a las necesidades prácticas de las mujeres indígenas. Para la iniciativa SAPIA, es un nuevo desafío incorporar en la propuesta una línea de acción que, al mismo tiempo que responda a las necesidades prácticas en salud, contribuya a reducir las inequidades de género que se encuentran en la raíz de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres mediante la incorporación de una respuesta a los intereses estratégicos.

Una de las características que une a la diversidad de poblaciones indígenas en la Región de las Américas es su cosmovisión holística sobre la salud. El enfoque de género facilitará este abordaje integral es que, al mismo tiempo que se atienden las necesidades prácticas urgentes, se responde a los intereses estratégicos de género en salud relacionando la condición de las mujeres indígenas con su posición frente a los hombres y frente a la sociedad más amplia, que produce situaciones de inequidad debido a la discriminación por étnica y de clase.

### 2.2.2 *Participación*

El último componente se refiere a la igualdad entre mujeres y hombres en el proceso de planificación de la cooperación técnica, mediante la incorporación de las mujeres y organizaciones conscientes de la problemática de género en todo el proceso, para asegurar que las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres sean identificadas e incorporadas.

La OPS propone profundizar la iniciativa SAPIA dentro del escenario de los sistemas locales de salud (SILOS) porque la participación social es uno de los ejes centrales de los mismos y porque a partir de ellos se reconoce la necesidad de desarrollar una relación horizontal y simétrica con las organizaciones y comunidades indígenas. El desarrollo de la iniciativa SAPIA a nivel local, ofrece espacio para la realización de un diagnóstico de género con participación de los beneficiarios en todo el proceso; asimismo, da apertura para una planificación que responda a las necesidades prácticas e intereses estratégicos de hombres y mujeres.

Los testimonios de las mujeres indígenas que forman parte del Comité de las Mujeres del Centro de Información de Sur y Mesoamérica,<sup>(5)</sup> indican que las organizaciones de mujeres han estado hasta ahora muy aisladas de los medios de comunicación, las redes de apoyo y los recursos que podrían apoyar el fortalecimiento de sus organizaciones. Asimismo, mencionan que existe una ausencia casi total de mujeres en los cuerpos directivos de organizaciones indígenas, en los congresos y las reuniones: esa falta de representación y participación es considerado por muchas mujeres indígenas como uno de sus problemas principales.

En los proyectos y programas de la OPS a nivel regional y a nivel de los países, se han desarrollado varios proyectos que incluyen la participación de mujeres indígenas. Por ejemplo, se han llevado a cabo cursos de capacitación para parteras y curanderas y se han involucrado a las mujeres indígenas en actividades de promoción de la salud materno-infantil. Resulta indudable que estas actividades han contribuido a la promoción de la salud de los pueblos indígenas.

La participación de las mujeres indígenas en los proyectos de la OPS podría resultar un aporte para construir una relación más equitativa entre hombres y mujeres y una mejor salud para ambos. Sin embargo, este resultado no siempre es automático. Si la participación de las mujeres no se planifica con un enfoque de género, existe el real peligro de que se utilice el trabajo y el tiempo de ellas como un medio para lograr otro fin (mejorar por ejemplo el estado nutricional de sus hijos), sin que se mejore el estado de salud de las mismas mujeres o que haya mayor equidad en las relaciones de género.

Para asegurar la participación real de las mujeres indígenas en todo el proceso, se tienen que evaluar las diferentes destrezas de mujeres y hombres para la participación y la organización, sus formas de expresión y comunicación y, especialmente, su estilo de negociación. Muchas veces, los grupos de mujeres tienen un grado menor de organización que los hombres, por lo cual se tendría que pensar en incorporar una capacitación específica de las mujeres para fortalecer sus destrezas en estas áreas. Se recomienda analizar si existen formas organizativas tradicionales de mujeres indígenas, antes de iniciar a crear nuevas formas de organización. La participación desde el enfoque de género significa que las mujeres no solamente tienen acceso a la participación sino, también, al control sobre la toma de decisiones en todo el proceso (que es justamente uno de los ejes centrales de la iniciativa SAPIA).

En el proyecto Salud de las Mujeres Indígenas de Guatemala, se busca la consolidación de un rol permanente de los grupos de mujeres, con poder de decisión, en el grupo técnico responsable para la planificación en salud a nivel local en las comunidades del proyecto. Hasta la fecha, la participación de mujeres indígenas en los servicios de salud ha ocurrido muchas veces de una manera instrumental y utilitaria. Los servicios oficiales de salud no han involucrado los grupos de mujeres como coparticipantes en la tarea de identificación de problemas en salud.(8)

Al iniciarse la implementación del proyecto Extensión de Servicios de Salud a Grupos Étnicos del Departamento de Tarija, Bolivia, ha podido observarse que, a pesar de contarse con la participación de las mujeres indígenas, ello no significó automáticamente que las mismas tuvieran un mayor control sobre todo el proceso. Esta situación podría obedecer, entre otras causas, a que el personal de salud no estaba preparado para tomar en cuenta a las mujeres como agentes de desarrollo. A partir del análisis del desenvolvimiento de este proyecto, podría afirmarse que no es tarea fácil el logro de la participación plena de las mujeres en la gestión de los procesos de desarrollo.(11)

La OPS puede cooperar en la promoción de la salud de las mujeres indígenas mediante el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres, con el fin de facilitar una participación efectiva en la toma de decisiones en el área de la salud. Se recomienda, en primera instancia, el fortalecimiento del grado de organización de las mujeres indígenas a nivel local, proporcionando la posibilidad de un intercambio de experiencias entre mujeres de diferentes comunidades o regiones del país. La diversidad de pueblos indígenas y su consiguiente variedad de organizaciones, hacen indispensable

que la OPS se asocie y consulte con el máximo número posible de organizaciones. El trabajo a nivel local, en el marco de los SILOS, hace más fácil esta tarea.

### 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

La incorporación del enfoque de género es un proceso que recién se está iniciando en la Región y en la OPS: varios programas y proyectos de la Organización han incorporado a las mujeres indígenas en las acciones para la promoción de la salud pero las intervenciones han respondido generalmente a las necesidades prácticas de las mujeres indígenas. Para la OPS, la incorporación dentro de sus actividades de líneas de acción que, al mismo tiempo de responder a las necesidades prácticas en salud contribuyan a reducir las inequidades de género que se encuentran en la raíz de las desigualdades de salud entre mujeres y hombres, representa un nuevo desafío. Hasta la fecha, el programa Mujer, Salud y Desarrollo (MSD) ha cooperado técnicamente con varios programas y proyectos de la OPS que han solicitado su ayuda para la incorporación de un enfoque de género en sus actividades con pueblos indígenas.

Una manera más estructurada de cooperación técnica, que el programa Mujer, Salud y Desarrollo está realizando con las representaciones y a nivel de la Sede, provee el proceso de capacitación en el enfoque de género en salud. Este proceso apoyará en gran medida la sensibilización del personal de la OPS y de los trabajadores de salud y ofrecerá las herramientas que facilitarán la planificación del trabajo desde una perspectiva de género al personal de la OPS y a los trabajadores de salud.

Para lograr que los programas y proyectos de la OPS que trabajan en la promoción de la salud de los pueblos indígenas integren el enfoque de género, es imprescindible que las mujeres indígenas y los hombres indígenas participen igualmente en la toma de decisiones en todo el proceso.

Se solicita al Subcomité Especial para la Mujer, la Salud y el Desarrollo tomar nota de las observaciones aquí recogidas y considerar las siguientes recomendaciones:

- Que el personal de la OPS y los trabajadores de salud que inicien un programa o proyecto con pueblos indígenas, realicen un diagnóstico de género, conjuntamente con las mujeres indígenas, identificando la división de trabajo por género, los roles de trabajo asignados a cada uno de los sexos, la evaluación del acceso y control sobre los recursos y la evaluación de las necesidades prácticas e intereses estratégicos de cada sexo;
- Que la OPS y los sistemas de salud colaboren con la recolección y el análisis de información sobre la salud de los pueblos indígenas, desagregando los datos por sexo y por etnia, con el objetivo de poder analizar y utilizar la información para hacer posible la incorporación del enfoque de género, tal como fue recomendado en las OEP 1995-1998 de la Organización. Asimismo, se tendría que definir en cuáles áreas se necesitaría urgentemente apoyar iniciativas de investigación, para poder contar con información sobre el perfil de salud actual de mujeres y hombres indígenas y el impacto de la inequidad en las relaciones de género sobre el mismo;

- Que los puntos focales de la iniciativa SAPIA y el programa Mujer, Salud y Desarrollo en las Representaciones, en conjunto con sus contrapartes en los ministerios de salud, realicen una acción coordinada para la incorporación del enfoque de género en el trabajo con poblaciones indígenas;
- Que se tome en cuenta la incorporación del enfoque de género en todo el proceso de descentralización y de fortalecimiento de los SILOS que funcionan en áreas con población indígena, tanto a nivel de las políticas diseñadas como a nivel de las actividades propuestas;
- Que se busque la participación activa de los puntos focales del programa Mujer, Salud y Desarrollo en las Representaciones para la formulación del Plan General en Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Este Plan está a cargo de la Comisión de Monitoreo para la iniciativa SAPIA. Vale la pena destacar que cuatro de los siete miembros elegidos de la Comisión eran mujeres;(12)
- Que la OPS coopere financiera y técnicamente para garantizar la participación de las organizaciones de mujeres indígenas en el diseño y la implementación del Plan General en Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. A nivel regional, se recomienda la activa participación del programa Mujer, Salud y Desarrollo en la cooperación técnica prestada para dicho Plan;
- Que la OPS apoye la realización de reuniones de intercambio y capacitación en los áreas de salud, género y fortalecimiento de la organización, entre mujeres indígenas a nivel local y regional. La OPS y los trabajadores de salud tendrían que incorporar la capacitación en habilidades tales como negociación y comunicación en su trabajo educativo con las mujeres indígenas. Asimismo, se tendrían que fortalecer las redes de mujeres indígenas y las de ellas con otras redes de mujeres;
- A la luz de lo anterior, se recomienda que el programa Mujer, Salud y Desarrollo presente una propuesta que ofrezca lineamientos para el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres indígenas en el área de la salud;
- Que el programa Mujer, Salud y Desarrollo elabore un documento que presente en forma más detallada los pasos a seguir para la incorporación del enfoque de género en los programas y proyectos de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Informe Ejecutivo. *Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud*. Washington, D.C.: OPS; 1994. (OPS/HSS/HSL/94.01).
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. 1993;34. (HSS/SILOS-34).
- (3) Organización Panamericana de la Salud, Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. *Orientaciones estratégicas y programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998*. Washington, D.C.: OPS; 1994. (SPP23/3).
- (4) Gómez Gómez, Elsa. *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Washington, D.C.: OPS; 1994. (OPS/PWD/94-003).
- (5) Women's Committee of the South and Meso American Indian Information Center (SAIIC). *Daughters of Abya Yala: testimonies of indian women organizing throughout the continent*. Oakland: SAIIC; 1992.
- (6) World Council of Indigenous Peoples, ed. *Report on International Indigenous Women's Conference, International Conference of Indigenous Peoples and WCIP VII General Assembly*. Ontario: WCIP; 1994.
- (7) Moser, Caroline. *Gender planning and development. Theory, practice and training*. New York: Routledge; 1993.
- (8) Pan American Health Organization. *Indigenous women's health in Guatemala*. Washington, D.C.: PAHO; 1994. (PAHO/PWD/94-009).
- (9) Schutter, Martine de. *Informe de viaje a Venezuela*. Washington, D.C.: OPS; 1994.
- (10) Canadian Council for International Cooperation, MATCH International Centre and Association. Québécoise des organismes de coopération internationale. *Two halves make a whole. Balancing gender relations in development*. Ottawa: Canadian Council for International Cooperation; 1991.
- (11) Schutter, Martine de. *Informe de viaje a Bolivia*. Washington, D.C.: OPS; 1994.
- (12) Canadian Society for International Health. *Summary record of the meeting, Monitoring Commission on the Health of Indigenous Peoples in the Americas. Managua, Nicaragua. October 29-31, 1994*. Ottawa: CSIH; 1994.

- (13) Organización Panamericana de la Salud. *Informe final del Taller Piloto Subregional Andino de Salud para los Pueblos Indígenas. Santa Cruz, Bolivia*. Washington, D.C.: OPS; 1994. (OPS/HSL/94.16).
- (14) Organización Panamericana de la Salud. *Salud de los pueblos indígenas en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: 1993. (Documento de trabajo OPS/HSS).