

MÓDULO 3. INTEGRACIÓN DEL GÉNERO EN LOS PROYECTOS, PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3.1: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES: FUNDAMENTOS PARA LA ACCIÓN

3.1.1: EL GÉNERO EN LA OPS

SECCIÓN 3.2: CATEGORÍAS PARA ANALIZAR LA INCORPORACIÓN DE GÉNERO EN UN PROYECTO, PROGRAMA O POLÍTICA DE SALUD

3.2.1: LA INCORPORACIÓN DE GÉNERO EN UN PROGRAMA, PROYECTO O POLÍTICA DE SALUD

3.2.2 APLICACIÓN DE UNA MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE GÉNERO A UN PROGRAMA, PROYECTO O POLÍTICA DE SALUD

SECCIÓN 3.3: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (*Mainstreaming*)

3.3.1. DESCRIBIENDO A LOS DIFERENTES ACTORES

SECCIÓN 3.4: CONCLUSIONES DEL MÓDULO 3 Y DEL TALLER

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO 3:

El propósito de este módulo es colaborar con la integración del enfoque de género en los proyectos, programas y políticas que emprendan los/as administradores/as en salud utilizando el capital conceptual y reflexivo de los módulos anteriores (1 y 2) para acciones prácticas. Se avanza en la comprensión de porque y como el enfoque de género optimiza la eficacia y calidad de las intervenciones en salud.

OBJETIVOS DEL MÓDULO 3:

Al finalizar este módulo los/as participantes podrán:

- Revisar los lineamientos internacionales que dan marco a la incorporación de género en políticas y programas de salud
- Identificar las principales etapas que desarrolló la OPS en la incorporación de los temas de género en la Cooperación Técnica
- Reconocer problemáticas relativas al género que requieren ser abordadas en la programación y la formulación de programas, proyectos y políticas en salud
- Analizar los componentes del ciclo de un proyecto, programa o política para identificar las modalidades mas adecuada para integrar el enfoque de género considerando su incidencia en la reversión de las inequidades de género en salud.
- Contar con un conjunto de herramientas que faciliten la aplicación del enfoque de género tanto a los programas, proyectos o políticas en curso como en nuevas intervenciones a realizar en el campo de la salud.

MATERIALES

- Diapositiva M3.1 Descripción del Módulo 3
- Diapositiva M3.2 Objetivos del Módulo 3.



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Introduzca el módulo utilizando las diapositivas M3.1 (Descripción del Módulo 3) y M3.2 (Objetivos del Módulo 3).

Descripción del Módulo 3

El propósito de este módulo es colaborar con la integración del enfoque de género en los proyectos, programas y políticas que emprendan los/as gerentes en salud utilizando el capital conceptual y reflexivo de los módulos anteriores para acciones prácticas. Avanzando en la comprensión de porque y como el enfoque de género optimiza la eficacia y calidad de las intervenciones en salud.

Diapositiva M3.1

Objetivos del Módulo 3

Reconocer problemáticas relativas al género decisivas para la programación y la formulación de programas, proyectos y políticas en salud.

Analizar los componentes de un programa, proyecto o política para el enfoque de género y contribuir a revertir las inequidades de género en salud.

Contar con un conjunto de herramientas que faciliten la aplicación del enfoque de género tanto a los programas, proyectos o políticas en curso como a las nuevas intervenciones a realizar en el campo de la salud.

Elaborar un plan de acción para lograr la sensibilización, capacitación y colaborar en la evaluación de proyectos, políticas y programas de salud que integren este enfoque.

Diapositiva M3.2


NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



Puede recordar que en módulos anteriores, se han dado los elementos para comprender como operan los determinantes de género en la salud de las poblaciones, y que se necesita tomar en consideración:

- Las consecuencias de las diferentes normas, valores, ideales, roles, responsabilidades en las condiciones de vida de las mujeres y de los varones dentro de la comunidad en la cual se está ejecutando el proyecto o programa.
- La expresión de las desigualdades de género en los servicios de salud, incluyendo cuestiones actitudinales de los y las profesionales responsables de los programas,
- La o las formas en que un programa, proyecto o política podría abordar las inequidades de género en salud, ya sea mediante el diseño de una nueva iniciativa o la transformación de una existente.
- La efectividad de un programa, proyecto o política para mejorar la situación tanto de las mujeres como de los varones en condiciones de vulnerabilidad, incluyendo la identificación de sus impactos en la superación de las relaciones de desigualdad entre ambos géneros.
- La implementación de acciones orientadas a cambiar roles estereotipados y normas atribuidas a ambos sexos a fin de lograr mejores resultados de salud (transformación en las relaciones de género).
- Las contribuciones reales y potenciales de los varones y las mujeres al programa, proyecto o política.
- La manera en que se están considerando las cuestiones de género en todo tipo de intervenciones en salud mediante el seguimiento, la evaluación y los indicadores de proceso y de resultado.

Añada que en este módulo se abordará las formas de evaluar los programas, proyectos o políticas existentes que han avanzado en la integración de la dimensión de género. ¿Qué aspiramos lograr cuando analizamos la “sensibilidad respecto de los patrones de género” de los programas de salud? Sencillamente, detectar si las intervenciones tienen en cuenta las particularidades en el proceso de salud-enfermedad-atención debidas a diferencias entre los sexos y en particular aquellas que obedecen a los determinantes de género.



Por ultimo, anuncie que en la siguiente sección se hará un repaso de los principales lineamientos que ponen marco a la incorporación de género en políticas y programas de salud.

También se presentará sintéticamente la política corporativa de OPS con respecto al tema, que constituye una base sólida para la inclusión del género en las políticas y programas de salud en el marco de la cooperación técnica.

SECCIÓN 3.1: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES: FUNDAMENTOS PARA LA ACCIÓN

DESCRIPCIÓN:

Desde 1975 distintas conferencias internacionales han dirigido la atención hacia las desigualdades de género y sus efectos sobre muchos aspectos del desarrollo humano, y en especial sobre la salud de los distintos grupos sociales. Si bien al inicio, la preocupación por los temas de salud se focalizó solo en las mujeres, y en especial en las de sectores más pobres, en los últimos años, se avizora una tendencia hacia programas integrales que abarcan los determinantes de género sobre la salud de mujeres y varones, a lo largo del curso de vida y en todos los sectores sociales.

En este apartado se presenta un recorrido de las principales normativas internacionales e institucionales que promueven la no discriminación por motivos de género y la incorporación de este enfoque en la formulación de políticas, programas y proyectos en el campo de la salud.

OBJETIVOS

- Reconocer los aspectos significativos de las normativas internacionales e institucionales que tratan las formas de superar las desigualdades de género en el campo de la salud con el fin de proveer de un marco referencial que legitime las estrategias y acciones que desarrollaremos a lo largo del presente módulo.

MATERIALES

(Los/as facilitadores/as pueden adaptar algunos de los materiales al contexto en el que están dando el curso)

- Diapositiva M3.3 El contexto internacional
- Diapositiva M3.4: Cambio de los enfoques de género
- Hoja informativa M3.1



PROCESO RECOMENDADO

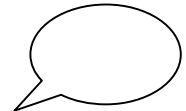
Paso 1



Esta actividad se basa en la presentación de la diapositiva M3.3, seguida de un debate a través de preguntas orientadoras, apoyándose de la lectura de la hoja informativa M3.1



La ratificación de CEDAW (Convención de Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) en 1979 representó un paso importante en el compromiso de los gobiernos para promover la igualdad de género y atender a los problemas de salud de las mujeres. (Ver hoja informativa M3.1).



Posteriormente, entre los eventos más importantes, está la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo (1994) donde se logró incorporar los intereses del movimiento de mujeres reconociendo el derecho a la salud reproductiva como parte del derecho de los pueblos a la salud.

Un año más tarde, en la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer de Beijing, Plataforma de Acción (1995) se define a la salud de la mujer como un área crítica de preocupación, subrayando por primera vez la importancia de la integración de la perspectiva de género. Si bien la Plataforma de Acción puso el énfasis en la salud reproductiva, también se ocupó de señalar otras áreas como salud mental y ocupacional y las enfermedades infecciosas.

El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997) adopta la estrategia de **transverzalización** (“**mainstreaming**”) de género definiéndolo como el proceso por el cual se examinan las implicaciones que las acciones públicas planificadas, incluyendo legislaciones, políticas y programas, tienen para los

varones y las mujeres. Señala que es una herramienta para integrar los intereses y necesidades de ambos géneros en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos, sociales y económicos e **insiste en que se aplique en todas las organizaciones que forman parte de las Naciones Unidas.** (Dedicaremos un apartado de este módulo a indagar las distintas definiciones e interpretaciones de esta estrategia).

Finalmente, la Declaración del Milenio (2000) y los objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM) representan también un marco de consenso internacional para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la inequidad de género al menos en algunos aspectos: tres de los ocho objetivos, ocho de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores están directamente relacionados con la salud. Asimismo, la salud tiene una influencia importante en la consecución de otros objetivos. Sin embargo cabe destacar que en relación a la salud de la mujer, los objetivos solo hacen referencia explícita a la salud materna.



En la hoja informativa M3.1 muestra algunos segmentos dedicados a salud de las resoluciones establecidas por diferentes conferencias internacionales mencionadas anteriormente, seleccione los que le parecen mas interesantes y coméntelos. Podrá si lo desea preparar una diapositiva

Hoja Informativa M3.1

CEDAW
<ul style="list-style-type: none">• Artículo 12 <p>1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.</p> <p>2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 <i>supra</i>, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>
El Cairo, 1994
Capítulo II
<ul style="list-style-type: none">• Principio 8 <p>Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.</p>

Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.

7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Beijing, 1995

89. La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive. Ahora bien, la mayoría de las mujeres no goza de salud ni de bienestar. El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos. En foros nacionales e internacionales, las mujeres han hecho hincapié en que la igualdad, incluidas las obligaciones familiares compartidas, el desarrollo y la paz son condiciones necesarias para gozar de un nivel óptimo de salud durante todo el ciclo vital.

ECOSOC 1997

45. Todas las entidades del Sistema de Naciones Unidas, incluyendo departamentos del Secretariado de UN y otras entidades que aun no lo han hecho, debe desarrollar políticas de mainstreaming de género para todas sus áreas de responsabilidad [...] Dichas políticas deben ser desarrolladas con el apoyo de las unidades/puntos focales de género, la División para el Avance de la Mujer del secretariado de las Naciones Unidas y el Comité de Mujer y Equidad de Género.

Declaración del Milenio, 2000

19. Haber reducido, para 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.

20. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible.

BEIJING + 5

7. Reafirmar la importancia del mainstreaming de género en el proceso de implementación de los resultados de otras conferencias y encuentros de las Naciones Unidas, y la necesidad de coordinar todas las conferencias y encuentros de los gobiernos, organizaciones regionales, y de todos los

organismos de l sistema de Naciones Unidas y de sus respectivos mandatos.

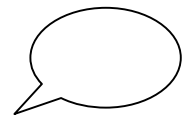
BEIJING + 10

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

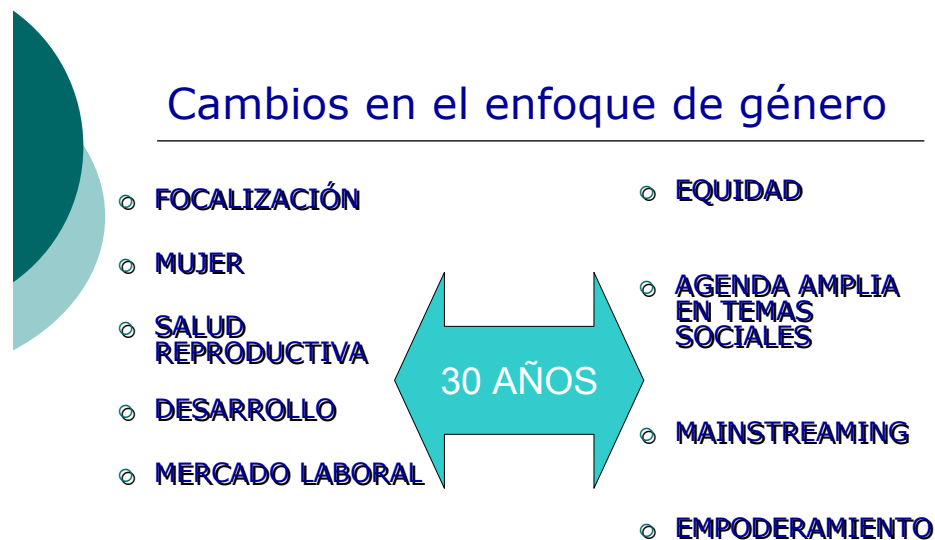
Resolución 49/4: Incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y programas nacionales

1. Reitera que la incorporación de una perspectiva de género es un instrumento para la adopción de políticas eficaces a todos los niveles, pero no puede sustituir a unas políticas y programas dirigidos específicamente a la mujer, a la legislación para lograr la igualdad, a los mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer ni al establecimiento de centros de coordinación en cuestiones de género;
2. Subraya que, a fin de asegurar la aplicación eficaz de la Plataforma de Acción de Beijing y el documento final del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General³⁶ y promover el adelanto de la mujer en los planos nacional, subregional, regional e internacional, los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas y todas las demás organizaciones pertinentes deben intensificar sus esfuerzos para promover una política activa y visible de incorporar una perspectiva de género, entre otras cosas, en el diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de todos los programas y políticas.

Como se puede apreciar en las declaraciones anteriores, ha habido un avance muy significativo desde las propuestas centradas en promover la salud de la mujer, en especial las de sectores más desfavorecidos, que van desde la utilización de una estrategia focalizada en las mujeres, hasta llegar a los actuales modelos integrales y transversales de la perspectiva de género en el abordaje de la salud. Un reto importante es lograr la articulación de estos avances con los enfoques contemporáneos en el campo de la salud pública internacional de modo de otorgarle mayor coherencia tanto en las ideas como en la acción. La falta de “ajuste” entre las concepciones iniciales y los más recientes en el campo de género y salud y los modelos de trabajo de la salud pública internacional puede ser **un gran obstáculo para un progreso sostenido y aceptado por diversos sectores que operan en este campo**. Esta limitación es sumamente relevante y no puede ser suplida por la dedicación, voluntad o compromiso de las personas que estén eventualmente a cargo de un programa con esta orientación¹.



¹ Bonder G. Mainstreaming: Avatares de una Estrategia de Incorporación de la Equidad de Género en las Políticas Públicas. Material preparado para el Diploma de Especialización Superior en Género y Políticas Públicas, Buenos Aires, 2002



Diapositiva M3.4

Para concluir, presente la diapositiva M.3.4 y señale que en las últimas tres décadas de trabajo sostenido de Gobiernos y sociedad civil organizada se han superado las coordenadas que inicialmente se plantearan (focalización en mujer y en el campo temático en salud reproductiva, igualdad en el campo laboral y reconocimiento del aporte de las mujeres en el desarrollo) a un enfoque que prioriza el género como herramienta para la búsqueda de la equidad, que lo incorpora en una agenda amplia de temas sociales, que postula el empoderamiento como la herramienta para el re-posicionamiento de las mujeres en la sociedad y que adopta la estrategia de transversalización



Paso 2

Ejercicio sobre los compromisos internacionales



Organice un debate en plenaria cuyo objetivo es reconocer las interrelaciones entre los compromisos internacionales en materia género y salud y la adopción de una conducta proactiva para fortalecer esta articulación

a) Indague con los/as participantes si los países donde están trabajando han formulado un plan de acción de alcance nacional o local en consonancia con la Plataforma de Acción de Beijing (o cualquiera de las otras normativas que impulsan la causa del género y la salud).

b) Aliéntelos/as a tomar parte activa en el proceso de debatir críticamente sobre como evalúan los planes formales y las declaraciones internacionales y hasta que punto se han volcado en acciones concretas y resultados en los sistemas de salud.

3.1.1 EL GÉNERO EN LA OPS/OMS 1980-2008: ELEMENTOS PARA UNA POLITICA COORPORATIVA²

DESCRIPCION

Los países miembros de la OPS, en seguimiento de los acuerdos internacionales trajeron el tema de salud de la mujer y el desarrollo a la atención de los Cuerpos Directivos, en la década de los ochentas. La Organización asumió el compromiso y trabajó de manera sistemática por tres décadas consecutivas, logrando importantes resultados tanto en las políticas corporativas como en la cooperación técnica. En esta sección se presentan resumidamente las principales acciones y los resultados identificando etapas por las que se transitó desde salud de la mujer hasta la transversalización de género.

OBJETIVO

- Conocer el trayecto recorrido por la OPS-OMS en la inclusión de esta perspectiva de modo de fortalecer su rol institucional.

MATERIALES

- Diapositiva M3.5: El género y la OMS
- Diapositivas M3.6 a, b, c y d: Política de Género en la OPS



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Comience señalando que la integración de la perspectiva de género implica no solo atender la forma en que ciertas enfermedades o problemas de salud pueden afectar a mujeres y varones de manera diferente, sino también el proceso a través del cual las instituciones (en nuestro caso la OPS/OMS) abordan la gestión institucional, incluyendo las políticas de recursos humanos, la ejecución presupuestaria y los programas de cooperación, entre otros aspectos que hacen a su misión.



² Preparado por Cristina Torres Oficina de Género, Etnicidad y Salud (AD/GE, OPS/OMS)

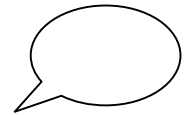


El género y la OMS

- 1995: Documento de la OMS sobre Salud de la Mujer, creación de la Unidad de Mujer, Salud y Desarrollo.
- 1997: Creación del Grupo de Trabajo Inter-departamental de Género
- 1998: Documento Técnico de OMS sobre Género y Salud
- 2000: Creación del Departamento de Salud de la Mujer en FCH; el trabajo de Género continua separadamente en EIP
- 2002: Creación del Departamento de Salud de la Mujer. Adopción de la Política de Género de la OMS.
- 2005: Desarrollo de la Estrategia Global de Género y Salud a ser lanzada al Consejo Ejecutivo (EB) en 2007

Diapositiva M3.5

El trabajo en materia de género, mujer y salud en la OPS lleva más de 20 años de desarrollo y de cierta manera es pionero en la OMS, presente la diapositiva M3.05 donde se sintetiza la incorporación del tema en la sede de la OMS en Ginebra. Quizás quiera mencionar también, que la Directora General de OMS rinde cuentas ante el Secretario General de las Naciones Unidas en lo respectivo a la integración de la perspectiva de género



Continúe señalando que un análisis de las acciones por la equidad de género, desarrolladas por OPS en los últimas 3 décadas, deja claro que la Organización ha estado atenta al tema de forma sostenida.

Este complejo proceso de incorporación de diferentes herramientas de políticas para lograr la igualdad de género, se remonta a la década de los 70s, cuando importantes iniciativas se hicieron realidad. Con la declaración del Año Internacional de la Mujer en 1975 y el Decenio Internacional de la Mujer: igualdad, desarrollo y paz en 1976, los estados miembros introdujeron a la organización el tema de salud de la mujer, definiéndola más allá de las funciones reproductivas.

En 1980 la resolución CD 27.R17 de 1980, solicita al Director formular un plan Regional de Acción sobre Mujer, Salud y Desarrollo, y crear un programa regional. También la mencionada resolución recomienda la creación del Subcomité especial del Comité Ejecutivo³ para que revise el Plan de Acción regional y monitoree sus avances a la luz del Plan de Acción Mundial propuesto en Copenhague.

En 1982 la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana⁴ aprueba una resolución que designaba puntos focales a nivel de país.

También se recomendó la adopción de pautas para la consideración de mujeres en el proceso de reclutamiento de personal técnico⁵. Esta última medida reflejó la sensibilidad de la organización en el

³ Establecido por la resolución XVII de la XXVII reunión del Consejo Directivo, se conforma de tres miembros que son nombrados por un periodo de tres años. El sub-comité se reúne dos veces por año. En 1985 se aumenta a cinco los miembros del subcomité, reuniéndose una vez al año. A partir de 1996 el Sub-comité tiene una frecuencia de reunión bianual hasta 2004

⁴ CSP21.R2. Septiembre 19982

⁵ Resolución XII de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana

tema de igualdad de oportunidades que había movilizado a los grupos del movimiento de mujeres desde el comienzo de los 80 en el mundo y en la región.



Instrumentos de la política	Resultados
1980- Creación del Subcomité de Mujer Salud y Desarrollo del CE ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de espacios políticos • Creación de espacios técnicos • Información documentación de brechas • Adopción de instrumentos para reducir las brechas corporativas <p style="text-align: right;">Diapositiva M3.6a</p>
1981-Primer Plan Regional quinquenal de Acción sobre Mujer en la Salud y el Desarrollo (1981-85) Otros temas: reclutamiento y desarrollo de carrera para lograr el 30 % de los puestos seniors	
1981- recomendación de Modificación en Políticas de reclutamiento	
1982-Establecimiento de un Programa Regional de Mujer y Salud en HQ y de puntos focales nacionales Establecimiento de puntos focales a nivel nacional	
Creación del Comité Interno de la Mujer (CAM)	
Creación del Comité de la Mujer en la Asociación de Personal	

La década de los 80 tendrá como resultados

1. La expresión de una fuerte voluntad política de los países miembros expresada en al constitución del sub-comité,
2. La creación de espacios internos en el organigrama para promover el tema, y
3. La generación de evidencia sobre las brechas. En esta etapa podemos calificar la política como específica, en beneficio de las mujeres y buscando la disminución de la brechas corporativas y en la cooperación técnica

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



Década de los 80: inicio de la política de Género en OPS

Se adoptan en este periodo Importantes instrumentos que se listan a continuación:

- 1980 Creación del Subcomité de Mujer Salud y Desarrollo del CE. El subcomité se avoca a la tares de diseñar el Primer Plan Regional quinquenal de Acción sobre Mujer en la Salud y el Desarrollo (1981-85), que es aprobado por el Consejo Directivo. El sub-comité conformado por tres miembros, comienza sus labores con una frecuencia de reuniones bi-anales.
- Otro tema de este periodo es asegurar que no exista discriminación en reclutamiento y estimular el desarrollo de carrera para lograr el 30 % de los puestos de alta gerencia. Para lograr estos fines se modifica la política de reclutamiento: se establece la política de cuotas en el número de candidatos

⁶ Establecido por la resolución XVII de la XXVII reunión del Consejo Directivo, se conforma de tres miembros que son nombrados por un periodo de tres años. El sub-comité se reúne dos veces por año En 1985 se aumenta a cinco los miembros del subcomité, reuniéndose una vez al año. A partir de 1996 el Sub-comité tiene una frecuencia de reunión bianual hasta 2004

que deben estar inscriptos en un concurso. Si la convocatoria no alcanza el 30% de las candidatas se abre nuevamente a concurso la vacante.

- Se promueven participación en comités internos, seminarios y actividades de capacitación a personal femenino.
- También en este periodo se establece un Programa Regional de Mujer Salud y Desarrollo en OC. Inicialmente ubicado en la oficina de la subdirectora (AD), que funciona mas como un centro de información para las oficinas y socios en salud de mujer y como secretaría para el Sub-comite.. El programa esta inicialmente a cargo de un P2 se transforma en 1989 en P4 y continúa adscrito al AD. Se identificaron puntos focales a nivel de los países. Su función es mas de diseminación de información y mainstreaming.
- El programa se encarga de la producción, publicación y difusión de la publicación científica "La salud de la mujer en las Américas".
- En 1988 se crea Comité Interno de la Mujer (CAM), como cuerpo asesor del Director: Sus objetivos son monitorear la cooperación técnica y promover un perfil del personal que refleje la representación equitativa de las mujeres especialmente a nivel de toma de decisiones, mejorar las condiciones de trabajo que apoyen a las mujeres y las carreras de estas y cambiar prácticas y actitudes para crear una cultura institucional que valore la contribuciones de las mujeres (Lo que se convertirá mas tarde en una de las componentes de las políticas de acoso).
- Creación del sub-Comité de la Mujer en la Asociación de Personal

En los 90s, estas instancias consultivas y asesoras llegan al máximo de su potencialidad y la implementación de sus recomendaciones impulsa cambios corporativos con impacto en el organigrama. Una preocupación constante durante los primeros años es el fortalecimiento de los puntos focales nacionales y por último los esfuerzos en esta etapa están también centrados en la adopción de una agenda temática para guiar la cooperación técnica que excede los límites de la salud reproductiva (embarazo, parto y puerperio). Los principales temas de la agenda fueron: violencia, producción de evidencia a través, de la producción y recopilación de información estadística y el papel de las mujeres en la reforma de salud





Instrumentos de política	Resultados
1990. Directiva sobre inclusión del tema de Salud e la Mujer en “ Salud de las Américas”: (1990 y en todas las ediciones sucesivas)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del programa Regional • Establecimiento de puntos focales • Adopción de una agenda con: violencia contra la mujer, violencia intra-doméstica, producción de evidencia y reforma de salud • Se adopta un enfoque de equidad de género
Fortalecimiento del Programa Especial de Mujer, Salud y Desarrollo	
Re-ubicación de la Unidad en La División de Desarrollo Humano, con un enfoque de equidad en Salud	
Establecimiento de puntos focales Puntos focales en países seleccionados Resolución de los CD Reconociendo la Violencia contra las mujeres como un problema prioritario.	
1996. Comité inter programático regional sobre Mujer, Género y Salud	

Diapositiva M3.6b

En los 90s los principales resultados se relacionan con el fortalecimiento del programa regional creando alianzas con socios del gobierno y ONG sobre reforma en CA. Se desarrollan proyectos en Chile/Perú para incluir políticas de igualdad de género en los procesos de la reforma e incluir las ONG de mujeres en los debates. Se crean dos Observatorios de Género y Salud establecidos en Chile para monitorear Reformas.



También el Programa de Regional se dedicó a la producción de perfiles de salud de hombres y mujeres de todos los países CA.

Se instaló un programa de difusión de información GENSALUD que alcanza a más de 1,000 usuarios. Se producen hojas de información y otra información de género y salud

Se comenzó a fortalecer el trabajo a nivel de país a través de la identificación de puntos focales en países seleccionados, (todos los de Centro America, Chile y Bolivia, Ecuador y Perú sobre la base de proyectos con fondos extra-presupuestario).

NOTAS PARA EL/ LA FACILADOR/A



Década de los 90s: fortalecimiento del Programa Regional y programación en violencia, reforma y producción de evidencia

- En esta década se produce un **fortalecimiento** del Programa Regional de Mujer, Salud y Desarrollo: en donde reconoce un alcance de actuación en la cooperación técnica, incorporación de nuevas áreas. Las áreas principales de trabajo fueron: formulación de políticas de género, capacitación, investigación y abogacía. También el fortalecimiento se da a nivel financiero ya que el I Programa

Regional Mujer, Salud y Desarrollo, obtuvo fondos de cooperación internacional (SIDA/NORAD/Holanda) para abordar la violencia contra las mujeres en 10 países. Se logró así el desarrollo e implementación del modelo integral para abordar la violencia contra las mujeres en 10 países (7 de CA, BOL, PER, ECU) y en 6 países por el BID.

- Para mediados de la década de los 90s, se logra otra de las metas establecida por el sub-comité en relación al aumento de fondos de operación y se reporta que ha existido un aumento de los fondos de operación un millón a mediados de los 80s a diez millones.
- El Sub-comité propone la inclusión del tema en la publicación científica cuatrienal “Salud de las Américas”, y en 1990 se incluye por primera vez un capítulo sobre “Salud de la mujer”, con posterioridad los países empiezan a incluir datos desagregados por sexo en sus capítulos nacionales. El resultado fue que desde ese año y en todas las ediciones sucesivas “Salud de las Américas” abordara los temas de género.
- En 1993, los cuerpos directivos adoptan la Resolución reconociendo la violencia contra las mujeres como un problema prioritario de derechos humanos y de salud pública, en concordancia de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Belén do Para. Los temas que se incorporan, siguiendo las agendas regionales, son: Violencia de género, Violencia intra-doméstica y la Reforma de Salud.
- En año siguiente, 1994, se logra el establecimiento de consultoras a nivel de país de Mujer, Salud y Desarrollo. Lo que permitió impulsar diferentes proyectos Campañas inter- agenciales contra la violencia, análisis de legislación y políticas, capacitaciones intersectoriales, protocolos, sistemas de información. Redes de apoyo, sistemas de referencia. - Consolidar los logros del Modelo Atención en CA Debates con socios del gobierno y ONG Dos Observatorios de Género y Salud establecidos en Chile para monitorear Reformas. - Producción de perfiles de salud de hombres y mujeres de países de Centro América. Se crea GENSALUD que alcanza a más de 1,000 usuarios
- En 1996 se crea el Comité inter -programático regional sobre Mujeres Género y Salud⁷. Este comité está conformado por 10 miembros de las siguientes áreas: ambiente, análisis de situación, investigaciones, enfermedades transmisibles, adolescentes, desarrollo de sistemas, planificaciones estratégica, salud mental y enfermedades de transmisión sexual y sida, enfermedades no transmisibles. Se reúne cuatro veces por año. Establecido para colaborar con el programa regional HDW. Con los aportes del comité se amplía la agenda de la Unidad:
 - Continuación en implementación del Modelo Integral de Violencia
 - Fortalecer las evidencias y sistemas de información en salud y género con productores y usuarios de información.
 - Trabajo inter programático en VIH, Salud Materna
 - Incorporación de la igualdad de género en las políticas de salud, en especial de la reforma
 - Establecer una estrategia de comunicación GENSALUD para apoyar a socios y países

En este período, las políticas de la OPS en relación a género se pueden caracterizar todavía como “específica” ya que prioriza el tema de las mujeres tanto a nivel técnico como corporativo

- La presente década esta marcada por la elección y asunción de la primera directora y una marcada presencia femenina en los cargos del nivel de gerencia ejecutiva (D, AD,DD) y la adopción por los Cuerpos directivos de la política de igualdad de género.

⁷ MSD17/9. Sub-Comité especial sobre Mujer Salud y Desarrollo de 1,2 abril 1997.



Instrumento de política	Resultados
2002 Elección de la primera Directora Mujer de la OPS	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la alta gerencia • Herramientas corporativas completarías a las actividades de AD/GEH • Aprobación de la Política • Redefinición de funciones del equipo de AD/GEH <p style="text-align: right;">Diapositiva M3.6c</p>
2004 Adopción de la política de prevención y resolución de situación de acoso en el lugar de trabajo	
2005 Adopción por los Cuerpos Directivos de la Política de Igualdad de Género	
2005 Creación de la Unidad de Género, Etnicidad, Salud (GEH) y su reubicación con la Sub Directora (AD)	
2005 Establecimiento de sala de lactancia	
En 2007 alcanza la paridad en personal profesional a nivel de OC. Todo los miembros del nivel mas alto gerencial está a cargo de mujeres Todas los oficinas de países de la región cuentan con puntos focales	
Adopción de Género y Etnicidad como eje transversal en el Plan Estratégica de la OPS (2008 – 12) Identificación de nuevos puntos focales	
2008 Creación TAG Creación del Grupo Interno Preparación del Plan de Acción Personal y principales contrapartes en proceso de capacitación	

La OPS en la presente década adopta (2004) la política de prevención y resolución de situación de acoso en el lugar de trabajo, que sin duda constituye con la oficina del Odbusman, y el Comité de ética, espacios institucionales de resolución de conflictos que contribuyen a crear un clima de respeto. También se inaugura la sala de lactancia, que responde a una necesidad desde el punto de vista del cuidado de la madre y el niño, constituyendo un beneficio adicional para el personal femenino de la OC.



Este periodo esta marcado por un mandato claro en seguimiento a la política, en el sentido de que los esfuerzos institucionales se concentren en la transversalización, para lo cual se produce un cambio en el organigrama de la ubicación de la entidad responsable de los temas de género.

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A

Década del 2000 hacia “la transversalización de género”



- En 2002, Elección de la primera Directora Mujer de la OPS: La Directora prioriza la Igualdad de Género y se adoptan nuevos instrumentos de políticas corporativas:
 - género y etnicidad como una de los seis ejes transversales en el Plan Estratégico de la OPS (2008 – 12).
- En 2004, Creación de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud (GEH) y su reubicación con la Sub Directora (AD). La función prioritaria es transversalizar la igualdad de género y etnicidad en la OPS. El tema de Violencia contra las mujeres se transfiere a la Oficina de Riesgos y Violencia, en un claro signo de focalizar los esfuerzos del equipo técnico en los temas de transversalización.
Sus 4 Resultados esperados actuales relacionadas al Resultado esperado 7.5 del Plan Estratégico de la OPS son:
 - Integrar la perspectiva de género en la OPS y sus estados miembros (plan de acción, capacitación, planes de coloración técnica, con Oficinas de la OPS, desarrollo y seguimiento de planes nacionales de integrar género en el sector de salud).
 - Integrar Igualdad de Etnicidad en el trabajo de la OPS.
 - Fortalecer las evidencias e información sobre salud, etnicidad y género (capacitación, perfiles nacionales, subregionales, regional).
 - Montar una plataforma de conocimiento en Género, Etnicidad y Salud para apoyar a los países y socios
- En 2005 se aprueba la **Política de Igualdad de Género**, cerrando así el ciclo de actuación del sub-comité. La política tiene como objetivo lograr la igualdad de género en la situación de salud y en el desarrollo a través de incluir la perspectiva de género en las políticas, programas, investigación y sistemas de monitoreo de la OPS y sus países miembros. También hace un llamado a la Directora para que se promueva el desarrollo de un Plan de Acción para su implementación y a establecer un Grupo Técnico Asesor (TAG) para guiarle en el proceso de su transversalización. Como Estrategia de implementación se comienza con procesos de capacitación del personal, para lo cual se adaptan Módulos de Capacitación de OMS en Género y Salud y se organizan talleres subregionales con funcionarios, Minsa y socios de abogacía para la igualdad de género

Por último se da un nuevo énfasis a la Identificación de nuevos puntos focales Fundamentalmente se incorporan países de América del Sur: Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú Venezuela, Uruguay

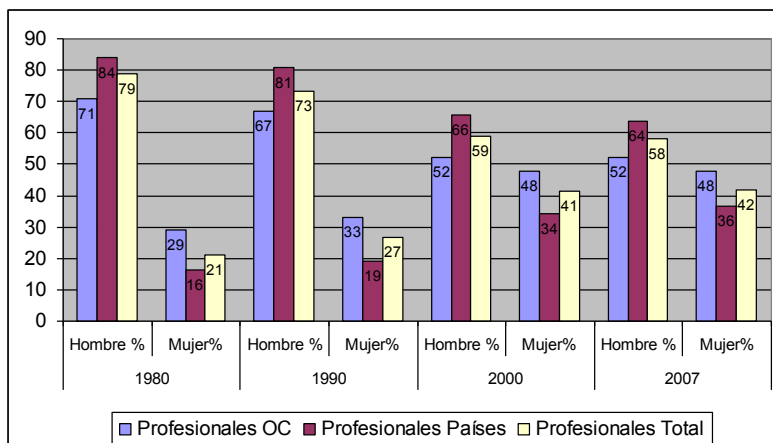
- En la presente década la OPS completa los objetivos de las políticas sensitivas y se comienza a identificar objetivos de transformación de género.
La inflexión en la política esta dada por la re-ubicación de la entidad en la OC y la redefinición de su función, acompañada de la selección de los puntos focales de ambos sexos, funcionarios de planta. El foco es mas cualitativo en el sentido de propiciar un ambiente de respeto y reconocimiento que esta respaldado por instancias tales como: el comité de ética, el comité anti-acoso y el odbusman.

En 2007 alcanza la tan buscada paridad en personal profesional y la representación de las mujeres en el espacio de gerencia

En materia de equiparación de la plantilla de trabajadores por sexo vemos a continuación algunos resultados



Política de Género en OPS Personal profesional por sexo 1980 - 2007



Diapositiva M3.6d



A modo de conclusión señale que se ha presentado las herramientas de políticas adoptadas en las tres últimas décadas, quedando en evidencia que la diversidad de los campos en que se trabajó, desde la política de reclutamiento y la selección de gerentes de alto nivel, desarrollo de carrera, la creación de comités asesores, la consulta permanente a los países miembros, la renovación y adecuación de áreas temáticas siguiendo la agenda regional, hasta la capacitación de personal. Se hace evidente analizando los mismos que la OPS constituye una institución que ha incorporado las buenas prácticas que promueve en su quehacer diario

Paso 4

Trabajo grupal opcional

Una vez finalizada la presentación, se sugiere conformar grupos pequeños para trabajar sobre las siguientes consignas:

- Compartir información sobre el tiempo que lleva cada uno/a en la Organización. y explicar, en que área, departamento, unidad o programa vienen desarrollando su actividad profesional dentro de la Organización a fin de contar con un mapa temporal e institucional de grupo.
- Solicitar que evalúen cada uno/a de los/as integrantes del grupo que ha hecho su respectiva área, unidad o programa con relación a los mandatos generales de Naciones Unidas y de OPS/OMS en materia de género durante los últimos 5 años. Describan cada uno de los mandatos y en una escala de 1 a 10 valoren el grado de avance o de implementación de los mismos.

- Destacar cuales han sido los factores políticos contextuales, institucionales (a nivel de toda la organización) o de la meso-gestión (aquella vinculada con el espacio íntimo de trabajo) que han actuado como facilitadores o barreras para dichos avances.

SECCIÓN 3.2: CATEGORÍAS PARA ANALIZAR LA INCORPORACIÓN DE GÉNERO EN UN PROYECTO, PROGRAMA O POLÍTICA DE SALUD

OBJETIVOS

Presentar las categorías de análisis apropiados para incorporar el enfoque de género de una intervención de políticas, programas y proyectos de salud, o evaluar estas intervenciones si están en fase de implementación

MATERIALES

- Diapositiva M3.7: Sensibilidad y proactividad
- Diapositivas M3.8 a M3.15: Conceptos útiles para evaluar los determinantes de género en las políticas y programas, con ejemplos
- Rotafolio.



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Inicie la sesión resumiendo el significado de las expresiones “sensibilidad de género” y “proactividad frente a las inequidades de género” (*gender responsive*).

Utilizando la diapositiva M3.7 y destaque lo siguiente:

A menudo oímos expresiones tales como “sensible frente al género” y, más recientemente, “proactivo frente a las inequidades de género”. Comparta con los/as participantes qué significan estas dos expresiones. Explique que, en último término, tenemos que avanzar hacia aquellas estrategias que muestran una actitud proactiva frente a las cuestiones de género, ya que son las que en realidad pueden transformar los patrones de género perjudiciales.



Sensibilidad y Proactividad

Sensible a las cuestiones de género: se han considerado las normas y las funciones de género así como las desigualdades.

Se conocen los problemas, pero esto no significa necesariamente que luego se hace algo al respecto.

Ejemplo: una personalidad conocida pronuncia un discurso con motivo del lanzamiento de una iniciativa importante y menciona las cuestiones relativas al género.

Proactivo ante las cuestiones de género: se han considerado las normas y las funciones de género, así como las desigualdades y se han tomado medidas para abordarlas activamente.

Va más allá de la mera sensibilidad, o la concientización, para en realidad hacer algo.

Ejemplos:

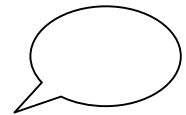
Creación de áreas de examen separadas en los establecimientos de salud para asegurar la privacidad y la comodidad de los pacientes.

Organización de eventos con participación de la comunidad teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de mujeres y hombres —que se llevarán a cabo en espacios donde tanto mujeres como hombres pueden asistir.

Preparación de materiales de educación sanitaria que presentan a mujeres y a hombres en sus funciones tanto productivas como reproductivas.

Diapositiva M3.7

El posicionamiento ideológico y actitudinal frente a la perspectiva de género puede variar desde su omisión o desconocimiento, adoptar comportamientos discriminatorios o asumir una actitud abiertamente antidiscriminatoria y transformadora



Con el transcurso del tiempo ha surgido un lenguaje común para describir estos distintos enfoques, que pueden:

- Propiciar la desigualdad de género (deliberada o inadvertidamente)
- Mostrar indiferencia frente al género
- Centrarse en un género en particular (habitualmente en las mujeres)
- Demostrar voluntad y compromiso transformador frente a las inequidades género.

Los conceptos sobre los que se construyen estos enfoques se explican a continuación

Paso 2.

Explique los cuatro conceptos utilizando las diapositivas M3.8 a M3.15: Conceptos útiles para evaluar las políticas, programas y proyectos y los ejemplos de cada tipo de política. Elijan un programa o política y analícenlo aplicando los conceptos descritos hasta el momento.



Concepto	Característica
Desigual en cuanto al género	<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece a un género por sobre el otro. En función de las relaciones patriarcales, mayoritariamente ocurre que se favorece a los hombres con respecto a las mujeres. ○ Las desigualdades están claras, no disfrazadas y se transmiten como “hechos de la naturaleza”. ○ Reconoce a los hombres sus derechos y oportunidades más que a las mujeres <p style="text-align: right;">Diapositiva M3.8</p>

Algunos Ejemplos	
<p>Si la política de contratación de los gerentes superiores de un departamento de salud exige a todos que tengan un PhD y en ese país hay aún dificultades para el acceso de las mujeres a altas instancias de graduación académica o que la misma pueda realizarse sólo fuera del país lo cual en las mujeres aún tiene más restricciones debido a que muchas veces se enfrentan a la opción de o salir del país o conservar la familia/pareja. Pues las familias y parejas en AL aún acompañan más las trayectorias masculinas que las femeninas.</p> <p>El programa comunitario de atención para enfermos de sida dice que el sistema de asistencia sanitaria no puede asumir la responsabilidad del cuidado de las personas enfermas de sida, de manera que debe instituirse la asistencia domiciliaria. No se hace ningún esfuerzo para incluir a los hombres en la asistencia domiciliaria. Por ende, sin intención, el programa coloca la carga de la atención sobre las mujeres.</p> <p style="text-align: right;">Diapositiva M3.9</p>	
Concepto	Característica
Insensible/neutro al género	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasa por alto las normas de género; es insensible a las diferencias en la asignación de funciones y recursos; no es intencionalmente discriminatorio pero refuerza la discriminación por razones de género. ○ A menudo pasa por alto la falta de oportunidades y la discriminación que sustentan lo que parece ser un método justo. <p style="text-align: right;">Diapositiva M3.10</p>

Algunos Ejemplos

Una política sanitaria ocupacional impide que las mujeres trabajen en lugares que son peligrosos para su salud reproductiva sin preocuparse en incluir mayores normas de seguridad que puedan incluir en forma segura a mujeres sin ese costo en su SR.

Una política de abastecimiento de agua establece un mecanismo para colocar grifos cerca de los pueblos a fin de que las mujeres no tengan que caminar demasiado para buscar el agua, sin incluir otros mecanismos de provisión que sean también cómodos para los varones y no quede la provisión solo en manos femeninas.

Una política del lugar de trabajo prevé una guardería para las empleadas que tienen bebés y no excluye esa posibilidad para los empleados varones con bebés o niños pequeños.

Diapositiva M3.11

Concepto	Característica
Relacionado específicamente con el género	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconoce las diferencias en las funciones y las responsabilidades de género, así como en el acceso a los recursos y las tiene en cuenta al concebir las intervenciones. ○ Políticas o programas específicos de género no tratan de cambiar las causas subyacentes de estas diferencias entre los sexos.

Diapositiva M3.12

Algunos Ejemplos

Una política agraria elimina las restricciones en el derecho de las mujeres a heredar la tierra.

Un programa de información, educación y comunicación (IEC) dirigido a mujeres y hombres preconiza el respeto mutuo y la igualdad de derechos en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad como una forma de promover prácticas sexuales de menor riesgo.

Diapositiva M3.13

Concepto	Característica
Transformador en cuestiones de género	Reconoce las diferencias entre las funciones y las normas de género, así como en el acceso a los recursos y trata activamente de modificar esa situación para promover la igualdad de género.

Diapositiva M3.14

Algunos Ejemplos

Asegurarse en relación a una acción en salud que tanto a los varones como a las mujeres se les conceda el poder para tomar decisiones y para desempeñar funciones importantes, con lo cual se contrarrestan la tradicional división jerárquica entre varones y mujeres en el trabajo

Incluir el trabajo “invisible” de las mujeres como ítem en los presupuestos (por ejemplo el cuidado de los hijos) para garantizar su participación activa.

Incluir costos para los/as afiliados/as a un estudio, prueba o proyecto para compensar por el tiempo en que están ausentes del trabajo remunerado, los viajes y otros pagos afines.

Diapositiva M3.15

- Cuando se examinen las estrategias con poder transformador frente a las inequidades de género, reitere que las mismas pueden ser las más eficaces para contrarrestar los efectos de los determinantes de género en la salud de los varones y las mujeres. Sin embargo, son las que presentan mayor dificultad, ya que implican una renegociación profunda de las normas, funciones, identidades, vínculos basados en el género. Como vimos en el Módulo 1 a menudo, todos estos factores suelen ser percibidos como normales, tradicionales u obligatorios, como resultado “natural” de las diferencias biológicas y las tradiciones culturales.
- Mientras da ejemplos de cada “tipo” de programa o política, pídale a los/as participantes que aporten otros tomados de su propio contexto. Anímelos a dialogar sobre las posibilidades de desarrollar visiones y actitudes sensibles y proactivas. Que elementos serían necesarios para alcanzar estas dos cualidades.



Paso 3

Concluya la sesión poniendo de relieve lo siguiente:



- Las estrategias con poder transformador de las inequidades de género requieren que se efectúen cambios en las relaciones de poder que existen actualmente, no solo entre las mujeres y los varones, sino también entre las diferentes entidades encargadas de tomar decisiones.
- Para ponerlas en práctica es necesario que la comunidad se interese y participe activamente en la formulación de políticas y programas, para así lograr el máximo beneficio y resultados sostenibles. Muchos/as encargados/as de tomar decisiones no están habituados/as a esto. Según vimos en el Módulo 1, la integración de la perspectiva de género consiste en cambiar el proceso de toma de decisiones y la información que las fundamentan, y cómo nuestro trabajo se ve afectado por ello. Poner en práctica efectiva estas estrategias transformadoras es una meta a largo plazo. Es esperable que demande trabajar con tensiones y resistencias de las personas y las instituciones (integradas por personas), con avances y retrocesos. Para que esas estrategias den buenos resultados, pueden complementarse con otras de corto y de mediano plazo dirigidas a cada género en particular.
- Las acciones con enfoque de género reconocen las diferentes normas, funciones, expectativas, sanciones que se aplican a las mujeres y varones y el hecho de que éstas pueden afectar el acceso y

control sobre los recursos, Consideran a su vez sus necesidades específicas y sus saberes previos dentro de un programa o política.

3.2.1: LA INCORPORACIÓN DE GÉNERO EN UN PROGRAMA, PROYECTO O POLÍTICA DE SALUD⁸

OBJETIVOS:

- Avanzar en la comprensión de la incorporación de la dimensión de género en cada una de las etapas de formulación de un programa, proyecto o política

MATERIALES

- Diapositivas M3.16 y M3.17 La diferencia entre un programa, un proyecto y una política
- Diapositiva M3.18 El ciclo de la gestión del programa o proyecto
- Diapositiva M3.19 Red de Elementos claves para estrategias de planificación (Caren Levy)



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Utilizando las diapositivas M3.16 y M3.17 analice brevemente las diferencias que existen entre un programa, un proyecto y una política.

La diferencia entre un proyecto, un programa y una política

Un proyecto es una iniciativa de duración limitada que se centra en un servicio único y tiene un comienzo y un final definitivos. Por ejemplo, el objetivo de la Iniciativa de la OMS sobre la infección por el VIH, cuyo lema es "tres millones en el 2005", es el de suministrar tratamiento a tres millones de personas en el año 2005.

Mientras que un programa es amplio, tiene objetivos de mayor alcance y es constante y continuo. Por ejemplo, un programa nacional de vacunación.

Diapositiva M3.16

⁸ Este material fue elaborado por: Gloria Bonder (Coordinadora), Raul Mercer y Carlota Ramírez (Consultores), Débora Tájér y Anabella Benedetti (colaboradoras).

¿Qué es una política?

Una **política** es una guía de acción dirigida a cambiar un aspecto de la realidad (social, institucional). Implica una decisión sobre prioridades y asignaciones de recursos.

Las **políticas de salud** de orden institucional y de carácter público, pueden expresarse en planes o normas u otro proyecto con sentido nacional o alcance regional; puede contener formas regulatorias para la acción pública o privada; estarán enfocadas al logro de objetivos y resultados del sector salud

Diapositiva M3.17

Paso 2.

Presente la Diapositiva M3.18 *El ciclo de gestión del programa o proyecto.*



Describa las distintas etapas que conforman el ciclo gestión del programa o proyecto y como la perspectiva de género puede incorporarse en cada etapa del ciclo.

En el desarrollo y la ejecución de un programa o proyecto hay una serie de actividades continuas y complementarias. Este proceso es lo que se conoce tradicionalmente como el ciclo de un programa o proyecto. Constituye un instrumento para la planificación. Dentro de las fases es posible analizar las actividades y estrategias. Veamos a continuación algunas fases que conviene considerar para integrar la perspectiva de género en cada una de ellas:

- **Análisis de situación**

Si no se conocen las condiciones sociales en las que viven las mujeres y los varones y la forma en que estos/as configuran sus relaciones y estilos de vida, se corre el riesgo de pasar por alto inequidades de género y salud que los programas tienen la responsabilidad de abordar. Por lo tanto, al evaluar la situación local es importante tener en cuenta lo siguiente:

- a) Analizar porqué y cómo las mujeres y los varones se ven afectados/as específica y diferencialmente en su salud
- b) La incidencia del género en la salud de ambos sexos
- c) Las formas de percepción, representaciones, expresiones y conductas frente a temas de salud-enfermedad de varones y mujeres de diversos grupos sociales mediante la aplicación de metodologías cualitativas

Para hacer este análisis, es necesario contar con datos confiables, actualizados y desagregados (por sexo, edad, condición socioeconómica, etnia, orientación sexual) a fin de tener un panorama completo de la salud de la comunidad en cuestión. Sugerimos consultar los datos de OPS⁹ o de la Unidad de Género de CEPAL¹⁰. Otras fuentes de información pueden ser: investigaciones existentes realizadas por grupos académicos, o realizar estudios cualitativos en base a entrevistas en profundidad, grupos focales, etc.

- **Convocar a la participación de los/as socios/as**

Cuando los/as planificadores y equipos técnicos van a trabajar con socios/as para formular un programa en particular, es importante incluir una gran variedad de socios/as y de interesados/as directos/as. Debe haber mujeres y varones de la localidad, grupos u organizaciones no gubernamentales, además de trabajadores/as de salud y entidades normativas, educadores, investigadores de las universidades locales a fin de lograr que se incorporen todas las perspectivas mientras se avanza en la planificación de los programas. Nuclear a todos los actores y establecer las condiciones para un diálogo productivo no resulta sencillo. Muchas veces se lleva a cabo de manera formal, cumpliendo un mandato, pero sin voluntad real de establecer trabajo colaborativo. Por ello es importante pensar en las condiciones y recursos con los que se cuenta para emprender esta importante tarea.

- **Formulación de programas y proyectos**

Los resultados del análisis de situación y el diálogo con diversos/as socios/as e interesados/as directos/as debieran ser la base del diseño y/o rediseño del programa. Cuando se permite que mujeres y varones participen en él, es más probable que satisfaga sus necesidades de salud debido a que son receptivas sus características culturales, económicas y de poder, específicas.

⁹ <http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/HSA2006.htm>

¹⁰ www.eclac.cl

- **Mobilización y asignación de recursos**

La movilización y asignación de recursos también abarca la asignación apropiada de fondos del programa para abordar cuestiones relativas al género, tanto en la dotación de personal, como en el contenido técnico del trabajo, la producción de materiales de difusión, sensibilización y campañas.

- **Implementación del programa**

La puesta en práctica de un proyecto o programa nos confronta con la existencia de barreras asociadas a los determinantes de género que pueden limitar su impacto e incluso, llevarlo al fracaso. A modo de ejemplo, enunciemos aquellas normas sociales que restringen la participación de las mujeres: que las reuniones organizativas sean en horarios nocturnos, en sociedades en las cuales las mujeres casadas deben estar en esos horarios con sus familias o pagar altos costos familiares por preferir participar, la existencia de códigos implícitos de diálogo por los cuales los varones tienden a monopolizar el uso de la palabra, que en las reuniones se deleguen en las mujeres tareas domésticas como servir el café y no aquellas vinculadas con otras capacidades o la toma de decisiones¹¹. Asimismo, hay que prestar atención a la agenda de actividades para adaptarla a la carga de trabajo de las mujeres y los varones. Es importante contemplar estos y otros factores para lograr que tanto ellas como ellos participen activamente del proceso¹².

- **Desarrollo de actividades de seguimiento y evaluación**

Las actividades de seguimiento deben dirigirse tanto a mujeres como a varones y encaminarse a monitorear si el programa está involucrando e influyendo adecuadamente en ambos. Los indicadores usados para las evaluaciones deben elegirse en función de su capacidad para captar diferencias y desigualdades de género dentro del programa (ver más adelante la sección sobre indicadores). Por último, observe que el ciclo también puede aplicarse a la formulación de políticas, aunque podría ser necesario modificar algunos pasos.



Para ampliar la información sobre este tema, recomendamos acceder a los siguientes materiales:

- http://www.paho.org/English/DD/AIS/BI_2007_ENG.pdf
- <http://www.paho.org/English/DD/GE/GenderBrochure05.pdf>
- http://www.paho.org/cdmedia/ge_cp/index.html
- Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud, elaborada por la OPS.

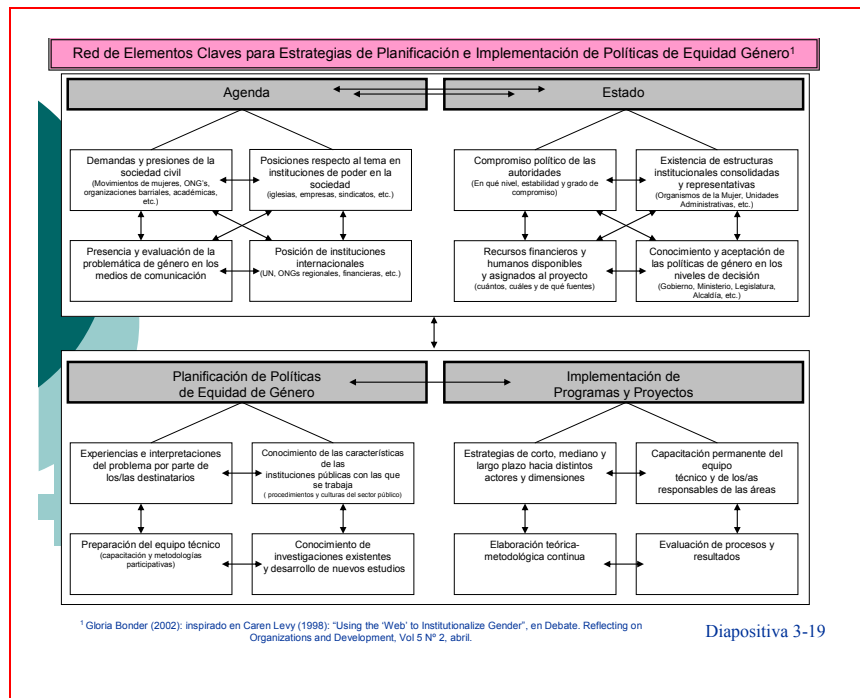
Paso 3

Red de Elementos claves para estrategias de planificación e implementación de políticas de equidad de género.

Utilizando la Diapositiva M3.19 introduzca el Modelo que Propone Caren Levy para identificar los elementos claves para elaborar estrategias con miras a la equidad de género.

¹¹ Anderson J. "Participación y reforma de la salud: nuevas expectativas y viejas formas" en Costa A.M., Tajer D., Hamman E. "Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas". Organizadores. Editorial Universidad de Brasilia, ALAMES, ABRASCO, Brasil, 2000

¹² Sen G., Östlin P et al "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it" Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, June 2007, Women and Gender Equity Knowledge Network



Los distintos elementos que aparecen en este modelo, conformando una red, representan sitios o aspectos a considerar en los cuales las relaciones de género se articulan con otras relaciones sociales. Cuando se planifica una acción con el objetivo de cambiar un elemento particular de esta red, las relaciones de género subyacentes pueden ofrecer tanto oportunidades como resistencias para el cambio. El poder en cada uno de estos elementos no solo se expresa de forma visible, sino también en valores y motivaciones implícitas o no visibles que, sin embargo, influyen en los resultados de la acción y la organización que lo ejecuta.

Según Levy estos elementos no deben considerarse como una lista de variables sino como una red interrelacionada. Para una integración sustentable del enfoque de género todos los elementos deben estar presentes ya que cada uno refuerza a los otros de maneras positivas o negativas. Asimismo están influidos por diferentes grupos sociales que actúan en esferas de actividad relacionadas. Un tema crítico en este sentido es que un individuo puede usualmente influir sólo en uno o pocos elementos de la red dependiendo de la posición y el poder que detenta. Para intervenir en toda la red se requiere de una acción colectiva que se cree a través de la resolución de conflictos, la cooperación, consulta y negociación en diferentes niveles, entre actores relevantes.

Por último, es importante entender que la red se inscribe en contextos específicos, en un lugar y tiempo particular y con un foco preestablecido (general, particular local, nacional, regional). El conocimiento de cada contexto indica por donde comenzar y cual será la dinámica entre los elementos más conveniente.

Paso 4

Actividad Grupal: Instrumentos de verificación para evaluar las cuestiones de género

- Organice los grupos proveyendo el listado de Indicadores Básicos elaborado por OPS¹³ y CEPAL¹⁴ (última versión disponible).
- Solicite que se analice si los indicadores propuestos son suficientes para aplicarlos en su trabajo
- Sugieran otros indicadores y recomienden otras instituciones que proveen información de alta calidad sobre indicadores de género y salud para disponer de un repertorio de recursos en este aspecto y comparen diferentes fuentes de información de indicadores

Paso 5

Actividad grupal

Veamos ahora, a través de dos ejemplos, que enseñanzas nos dejan el análisis de género usando las categorías presentadas en la sección anterior de dos iniciativas vinculadas con la salud. Sugerimos leer las hojas informativas M3.2 y M3.3, debatirlas y compararlas frente a iniciativas similares de los respectivos países.



Hoja informativa M3.2

Análisis de Género del programa de internación domiciliaria

Se nos plantea realizar un análisis de género de un programa altamente difundido en la región que son los de **internación domiciliaria**. Los mismos se han propiciado en base a dos propósitos fundamentales: a) uno de carácter económico para disminuir los costos de internación y b) otro de carácter ideológico- humanitario para no institucionalizar innecesariamente el proceso salud-enfermedad-atención. El hecho es que en nuestros países con fuerte construcción patriarcal de las familias en la distribución de los roles, las cuidadoras domiciliarias siempre son las mujeres¹⁵. Por lo tanto si realizamos estas acciones sin programas que fomenten el desarrollo de las habilidades de cuidado en los hombres, el empoderamiento femenino, el apoyo profesional/técnico por parte del sistema y la posibilidad de implementación de remuneración de los cuidados domésticos en salud estaremos omitiendo un principio de igualdad de género¹⁶.

El sistema de salud forma parte de la pedagogía de género desde el comienzo de la vida, ya que se piensa en la mujer como la capacitada para cuidar adecuadamente la salud de los hijos y del resto de la familia. Se asume que parte de la “especialización de género” es el lugar de mediadoras entre el enfermo y la institución¹⁷. Esto es importante de destacar puesto que se da en este momento la coexistencia de prácticas más innovadoras propuestas por el movimiento de mujeres e incorporadas por los gestores sensibles en salud tales como: la desmedicalización de los procesos vinculados a la salud reproductiva, la decisión informada, la valoración del trabajo doméstico como carga ocupacional con una tendencia de signo opuesto que retoma el papel tradicional femenino para cubrir lo que las instituciones no realizan.

¹³ www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf

¹⁴ Estadísticas para la Equidad de Género. Magnitudes y tendencias en América Latina. Vivian Milosavlevik. CEPAL-UNIFEM. 2007. Cuadernos de la CEPAL 92.

¹⁵ Ver Serie completa de cuadernos OPS/OMS “Género, equidad y reforma de la salud en Chile”, 2002

¹⁶ Durán MA “Los costes invisibles de la enfermedad” Fundación BBVA, Madrid, 2ª edición, 2002

¹⁷ Garduño Andrade, M.A. “Poros y grietas en los modelos de gestión de salud” en Costa A.M. Tajer, D. Op cit



Hoja informativa M3.3

Análisis de género de la Reforma de los esquemas de aseguramiento en salud para trabajadores/as del sector formal

A partir la Reforma Sectorial de Salud (RSS) los esquemas de aseguramiento para trabajadores/as del sector formal se dividen en la mayoría de los países de la región entre dos tipos a) de fondos solidarios b) de aseguradoras de riesgo. Existiendo una tendencia a traspasar los fondos de los primeros (los solidarios) a los segundos¹⁸. Los esquemas de aseguramiento de riesgo están gerenciados por compañías de seguros privadas. En lo que a “costes de género” concierne, esta tendencia presenta ciertas particularidades importantes de destacar. Las aseguradoras de riesgo, aun las mejores reguladas, funcionan sobre las bases clásicas del riesgo comercial, y por ende el precio de las primas de las coberturas aumentan en función del gasto relativo según el sexo, la edad y el número de personas a cargo del/a titular del seguro. Para el caso de Latinoamérica, el efecto de inequidad de género del modelo de aseguramiento por riesgo ha sido muy bien estudiado en Chile.

Estos estudios¹⁹ evidencian que las mujeres en edad reproductiva deben pagar una prima extra para tener cubierto los costos reproductivos o en caso contrario aceptar una menor cobertura costeadando los mismos mediante pago de bolsillo. Estos planes con cobertura completa implican un costo de hasta 3 veces mayor que los correspondientes para mujeres de la misma edad sin cobertura para los costos reproductivos y/o para los varones de la misma edad. Paradójicamente según lo revelan los mismos estudios, la incapacidad de una mujer frente a la maternidad- por ejemplo por una histerectomía- no se traduce automáticamente en una disminución del precio del plan, a pesar que ha desaparecido el riesgo para la ISAPRE²⁰ de concurrir al financiamiento de prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

A su vez, estos esquemas de aseguramiento son inadecuados para compensar el impacto de las diferencias que las mujeres y los varones tienen en el mercado laboral. Estas diferencias están basadas en el hecho que los patrones e historias laborales femeninas son mas diversificadas y fragmentadas que las de los varones, por lo tanto presentan mayores periodos de quiebre de cobertura, lo cual implica tiempo de carencia de cobertura de algunas prácticas a veces por períodos de hasta 18 meses, además de que las mujeres suelen concentrarse mayoritariamente en los segmentos de menos paga y de contratos más flexibles, lo cual tiene como efecto una discriminación de acceso por género femenino. De hecho para el caso de las ISAPREs para el año 2001 los varones representaban el 66,4% de los cotizantes (846.430) y mientras que las mujeres solo el 31,8% (448.033)²¹.

¹⁸ Fundamentalmente de los/as trabajadores/as con mayores ingresos

¹⁹ OPS/OMS “Discriminación de las mujeres en el Sistema de Instituciones de Salud Previsional. Regulación y perspectiva de Género en la Reforma” Serie Género, equidad y reforma de la salud en Chile, cuaderno 1,2002

²⁰ Instituciones de Salud Previsional

²¹ Ibidem

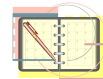
3.2.2: APLICACIÓN DE UNA MATRIZ DE ANÁLISIS DE GÉNERO A UN PROGRAMA, PROYECTO O POLÍTICA DE SALUD

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

Presentar los conceptos de una matriz para el análisis de los problemas de género a los participantes para utilizarla en programas, proyectos y políticas.

MATERIALES

- Hoja de trabajo M3.1 Matriz para el análisis de los problemas de género en un programa/proyecto;
- Hoja informativa M3.4: Aplicación de la herramienta de la matriz de análisis de los problemas de género en una intervención de prevención de la malaria;
- Fotocopias de las matrices de análisis de los problemas de género que se llenaron como resultado del trabajo en grupo en el Módulo 2.

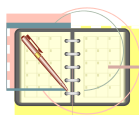


PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Presente brevemente los conceptos de la matriz para el análisis de los problemas de género a los participantes diciéndoles que consulten la hoja informativa M3.4: Matriz para el análisis de los problemas de género en un programa/proyecto. Puede recordar que los conceptos incluidos en la matriz fueron definidos en la sección 3.2.1 cuando se analizó el ciclo de gestión.





Hoja de trabajo M3.1
Matriz de Análisis de Género
Para programas, proyectos o políticas

Área de trabajo	Variables consideradas en el análisis			
	Desigualdad de Género	Insensible/neutro al género	Específica/sensitivo al género	Género transformativo
Análisis de situación				
Alcance, diseño y planificación incluyendo visión y propósito				
Mobilización de recursos				
Implementación				
Monitoreo				
Evaluación				
Re-Planificar				

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



- Esta matriz es una manera de organizar los conceptos que hemos considerado antes en este módulo y clasifica tanto áreas programáticas como las cuestiones relativas al género presentadas en las secciones anteriores. Esta combinación ayudará a ejecutar programas y proyectos sensibles a las cuestiones de género.
- Las características de esta matriz son:
 - en el eje x , conceptos/aspectos relacionados con un programa/proyecto;
 - en el eje y, consideraciones relacionadas con el género.
- No es necesario aplicar los conceptos en forma de matriz, pero es útil tener en cuenta las preguntas clave al considerar programas, proyectos y políticas nuevas o existentes.
- Por último, dígame al grupo que consulte la hoja informativa M3.4: Aplicación de la herramienta de la matriz para el análisis de los problemas de género en una intervención de prevención de la malaria.



Paso 2

Trabajo en grupo: Divida a los participantes por país, equipos de administración/acción, o grupos programáticos de especialistas. Como alternativa, pídeles a los participantes que trabajen en el tema que sea potencialmente más útil según su situación de trabajo. **Utilice las matrices contestadas del análisis de los problemas de género de la actividad en grupo final del Módulo 2.**

Paso 3



Sesión de retroalimentación del grupo

- Esta es una sesión interactiva. Los grupos presentarán planes de trabajo terminados, harán comentarios sobre el proceso y los retos que encontraron, y hablarán sobre las adaptaciones y la utilidad.
- Si puede, fotocopie las contribuciones de cada grupo.



Hoja informativa M3.4

Aplicación de la herramienta de la matriz de análisis de los problemas de género en una intervención de prevención de la malaria

Zona del programa o proyecto	Desigualdad de género	Neutro al género	Específica de género	Transformadora de género
<p>Alcance, diseño y formulación de la planificación (incluida visión y meta)</p>		<p>Diseña una política cuyo objetivo sea disminuir la incidencia de la malaria entre los pobres.</p>	<p>Diseña una política para reducir la incidencia y los resultados negativos de la malaria durante el embarazo.</p> <p>Formula medidas preventivas para los agricultores masculinos.</p> <p>Estudia las posibilidades de tratar de llegar a los hombres mediante el tratamiento en el lugar de trabajo, diagnóstico de la malaria y establecimientos de tratamiento</p> <p>Incluye a las mujeres en la planificación de proyectos, en los comités consultivos y en las reuniones de la comunidad para atender sus necesidades de género.</p> <p>Efectúa reuniones comunitarias separadas para los hombres y para las mujeres a fin de lograr que se oigan las voces de las mujeres, y puedan atenderse sus necesidades específicas.</p> <p>Si efectúa consultas con</p>	<p>Establece las responsabilidades de las mujeres y de los hombres en la prevención y el tratamiento de la malaria.</p> <p>Incluye a las mujeres a todos los niveles en la planificación de proyectos, en los comités consultivos y en las reuniones de la comunidad, oponiéndose a las funciones de género que limitan la participación y el poder de decisión a los hombres solamente.</p> <p>Efectúa reuniones comunitarias conjuntas o separadas (según sea necesario) para mujeres, así como para hombres, con el objeto de que se oigan las voces de las mujeres y se faculte a las mujeres para que influyan en las decisiones acerca de su propia salud y la de sus comunidades.</p> <p>Si efectúa consultas con líderes de la comunidad, habla no sólo con los hombres sino también con los líderes femeninos (si existen) para asegurar que tanto hombres como mujeres participen en las</p>

Zona del programa o proyecto	Desigualdad de género	Neutro al género	Específica de género	Transformadora de género
			líderes de la comunidad, habla no sólo con los hombres sino también con los líderes femeninos (si existen) para asegurar que tanto hombres como mujeres participen en las decisiones relacionadas con su salud.	decisiones relacionadas con su salud.
Mobilización de recursos		Recauda dinero para una intervención de malaria sin asignar recursos para abordar las cuestiones relativas al género.		<p>Consigue que los fondos abarquen el transporte y los costos por el tiempo de los voluntarios que a menudo trabajan sin remuneración.</p> <p>Representa el trabajo “invisible” de las mujeres en los presupuestos (es decir, el cuidado de los hijos) para garantizar su participación activa.</p> <p>Incluye costos para los afiliados al estudio, la prueba o proyecto para compensar por el tiempo en que están ausentes del trabajo remunerado, los viajes y otros pagos afines.</p>

Zona del programa o proyecto	Desigualdad de género	Neutro al género	Específica de género	Transformadora de género
Ejecución	<p>Emplea sólo a los hombres de 15 a 44 años de edad para ejecutar una intervención de salud.</p> <p>Emplea sólo a las mujeres de 15 a 44 años de edad para la producción de los mosquiteros ya que a menudo sus sueldos son más bajos que los jornales de los hombres.</p>	<p>Aumenta el número de mosquiteros que se producen, sin abordar si los hombres y las mujeres tienen acceso igualitario para usarlos.</p>	<p>Reduce o subsidia el costo de los mosquiteros y los insecticidas para hacerlos más accesibles a las mujeres.</p> <p>Utiliza medios diversos para llegar tanto a los hombres como a las mujeres. Hace que el contenido de la información corresponda con sus diferentes vulnerabilidades y comportamientos de búsqueda de servicios de salud.</p>	<p>Vela por que los mensajes del programa acerca de la atención apropiada de la malaria en los niños estén dirigidos tanto a los padres como a las madres, con lo cual se combate el estereotipo de que sólo las madres son responsables de la atención de los niños.</p> <p>Emplea a personal tanto femenino como masculino. Asegura que tanto los hombres como las mujeres reciben poder para la toma de decisiones y desempeñan funciones importantes, con lo cual se contrarresta la división tradicional del trabajo y la jerarquía entre los hombres y las mujeres en el lugar de trabajo.</p> <p>Promueve la producción local de mosquiteros a través de las cooperativas de mujeres en vez de importarlos, para estimular el empleo de las mujeres.</p>

Zona del programa o proyecto	Desigualdad de género	Neutro al género	Específica de género	Transformadora de género
Monitoreo	Vigila si una intervención contra las infecciones de la malaria reduce la incidencia de la malaria sólo entre los hombres.	Examina si un proyecto ha aumentado el uso de mosquiteros.	Recopila datos sobre la proporción de mujeres y de hombres que han participado en las reuniones de la comunidad con respecto a la introducción de mosquiteros. Si difiere su participación, examina si las normas de género influyen en la participación de cualquiera de los sexos. Elimina las diferencias entre los sexos para aumentar la participación del sexo que está menos representado.	Recopila, analiza y notifica datos desglosados por sexo y edad para evaluar un programa cuyo objetivo es reducir la malaria en una población. Realiza talleres con miembros de las estructuras de toma de decisiones de las comunidades para identificar posibles barreras relacionadas con el género y las formas de abordarias.
Evaluación	Evalúa si un programa cuyo objetivo es reducir la malaria ha disminuido la incidencia solamente entre los hombres.	Evalúa un mayor uso doméstico de mosquiteros sin utilizar datos desglosados por sexo.	Evalúa una disminución en la incidencia de la malaria entre las embarazadas.	Suministra la información a los interesados directos y a los líderes clave sobre las consecuencias de no lograr abordar las cuestiones relativas al género dentro del contexto del programa. Evalúa la proporción de mujeres y hombres, niñas y niños que están utilizando mosquiteros regularmente.
Re-planificar	Sigue las fases subsiguientes de las actividades del proyecto haciendo hincapié sólo en los hombres o las mujeres.	Re-planificar el programa sin abordar las cuestiones relativas al género en el nuevo plan de trabajo		Logra que se aborden las cuestiones relativas al género y que se hagan nuevas intervenciones re-planificadas y trata de transformar los estereotipos de género que sean nocivos para la salud de los hombres o de las mujeres.

SECCIÓN 3.3: LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (*Mainstreaming*)

DESCRIPCIÓN

La palabra “*mainstreaming de género*” comenzó a ganar popularidad en la década del 90. Al igual que otros conceptos que hemos tratado en estas guías, fue definida de diferentes maneras por distintos organismos. A continuación encontrarán un cuadro con solo algunas de esas definiciones. Una mirada atenta a cada una nos permitirá observar diferencias en énfasis, en las dimensiones incluidas y aquellas omitidas que vale la pena considerar por sus implicancias estratégicas y metodológicas.

OBJETIVOS'

- Conocer el concepto de *mainstreaming* (transversalización de la perspectiva de género)
- Reconocer los actores relevantes para trabajar el proceso de *mainstreaming*
- Reflexionar sobre experiencias de *mainstreaming* en el campo de la salud

MATERIALES

- Diapositiva M3.20 *Mainstreaming*
- Diapositiva M3.21 Una estrategia controvertida
- Hojas blancas y amarillas



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Inicie la sesión presentando las definiciones de mainstreaming apoyándose de la diapositiva M3.20



Mainstreaming

La definición más difundida es: “Es una estrategia para lograr que las necesidades y experiencias de las mujeres y varones sean incluidas como una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas sociales, económicas y políticas de modo que ambos géneros se beneficien por igual, y no se perpetúe la desigualdad²².”

Algunos/as especialistas sugieren prestar atención al hecho de que este no es proceso meramente técnico sino también político y por lo tanto para su incorporación exitosa requiere cambios en las culturas organizacionales y en las maneras de pensar, así como en las metas, estructuras y asignación de los recursos. Dichos cambios deben poder producirse en diferentes niveles:

- dentro de las instituciones
- en la definición de la agenda
- en la formulación, implementación y evaluación de las políticas
 - en las prácticas presupuestarias
 - en los programas de capacitación
 - en los procedimientos y orientaciones de políticas

“Sin incorporar las realidades cotidianas de la vida de las personas (que incluye el impacto en el “día a día” de las asimetrías de género), lo cual nos introduce en la necesidad de apuntar a cambiar las culturas y estructuras de las organizaciones. Las personas, sus necesidades y diversidad de experiencias, quedarán fuera de las políticas”

Diapositiva M3.20

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A

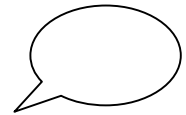


ACTORES	DEFINICIONES DE MAINSTREAMING DE GÉNERO
Plataforma de Acción IV Conferencia Mundial de Mujeres (Beijing, 1995)	“...los gobiernos y otros actores deben promover activa y visiblemente la perspectiva de mainstreaming en todas las políticas y programas. Esto implica que previo a la toma de decisiones se debe realizar un análisis de los efectos en mujeres y hombres”.

²² Shamim Meer y Charlie Sever (2004) **Género y Ciudadanía**, Canasta Básica, Desarrollo y Género *en Breve*, Edición No. 14

ACTORES	DEFINICIONES DE MAINSTREAMING DE GÉNERO
SIDA (Swedish International Development Agency)	“...es una estrategia que sitúa la problemática de la igualdad de género en el centro de las decisiones políticas, estructuras institucionales y de distribución de recursos. Incluye las opiniones y las prioridades de las mujeres en la toma de decisión sobre metas y procesos del desarrollo”.
Comisión Europea	“Involucra desde esfuerzos para promover la igualdad hasta la implementación de medidas específicas para ayudar a las mujeres, pero movilizandolas todas las políticas y medidas con el propósito de lograr la igualdad, tomándola en cuenta activa y abiertamente en el estadio de planificación, y sus efectos posibles en las respectivas situaciones de varones y mujeres”.
Naciones Unidas	“La integración del enfoque de género supone un proceso de evaluación de las consecuencias en varones y mujeres de toda acción planificada, incluyendo legislación, políticas y programas, en todas las áreas y niveles. Es una estrategia para lograr que las necesidades y experiencias de mujeres, del mismo modo que las de los varones, sean una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales de modo que ambos se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad”.
Consejo de Europa	“...es la (re)organización, mejoramiento, desarrollo y evaluación de los procesos políticos, de manera tal que la perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la implementación de políticas”.
The Commonwealth Secretariat	“...es un elemento esencial de la gobernabilidad. Para que sus procesos y actividades sean efectivos, es muy importante contar con una perspectiva conciente de las relaciones de género, comprehensiva y transversal. Se trata de una estrategia a largo plazo que intenta reparar las desigualdades entre mujeres y hombres. Adoptar este principio debe ser una responsabilidad compartida por todos los sectores del gobierno y no sólo de los Ministerios y/o de las Organizaciones de Mujeres”.
Algunas críticas feministas	“...es un proceso esencialmente político que requiere cambios fundamentales en las jerarquías de poder dentro de las organizaciones e implica la transformación de sus metas, culturas y formas de funcionamiento. Sin embargo, en la práctica suele convertirse en un proceso técnico y de gestión y no en una estrategia política”.

Este tema lo trabajaremos de una manera diferente a la que hemos adoptado para otros aspectos. Con tal objeto, realizaremos primero un ejercicio que nos permitirá recuperar la experiencia que los/as participantes tienen acerca del mainstreaming así como sus representaciones y prejuicios, para luego entrar en los contenidos.



Paso 2

Actividad grupal: Que me gustaría saber sobre el mainstreaming de género y hasta ahora no pude informarme, y que no me convence sobre esta estrategia y hasta ahora no lo he compartido.



El objetivo de esta actividad es conocer los mitos, prejuicios y dudas en lo que respecta al mainstreaming de género y salud. Rescatar el capital de saberes existentes en el grupo para desarrollar recursos conceptuales que sensibilicen y promuevan un posicionamiento proactivo con este objetivo.

Los materiales que se usan son hojas de dos colores (blancas y amarillas).



Paso 3

Reparta hojas blancas y amarillas a todos los participantes.

Anote en el rotafolio las siguientes preguntas para los participantes

¿Que es lo que le gustaría saber sobre mainstreaming? (hojas blancas)

¿Qué es lo que no me convence del mainstreaming? (hojas amarillas o de otro color)

Colocar las respuestas agrupadas por color en dos cajas por separado

Solicite a los/as participante del taller que respondan en forma individual y anónima a las preguntas:



Paso 4

Una vez que se recogen todas las respuestas, se divide al grupo en dos subgrupos. Uno de ellos trabajará sistematizando las respuestas sobre lo que les gustaría saber, mientras que el segundo lo hará sobre lo que no los convence. Se le solicitará a cada grupo que una vez terminada la tarea comparta su producción con el resto de los/as participantes en la sesión plenaria



Paso 5

“Informar para aclarar y argumentar para convencer”

En este espacio de discusión plenario se sugiere utilizar los recursos de conocimiento, experiencia y posicionamientos con los que cuentan los/as participantes para atender las dudas y cuestionamientos que surgieran a lo largo del trabajo grupal.



NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A

Una mirada analítica sobre el maistreaming



- Las políticas de igualdad en el campo social y de salud se iniciaron en general con el objetivo de demandar a los/as decisores/as de políticas que presten atención acerca de los problemas particulares de las mujeres y en especial las en edad reproductiva y madres en aras de diseñar intervenciones especiales para enfrentarlos. Así por ejemplo, las políticas de cuidado infantil, lactancia materna, control de embarazo y más recientemente los cursos para incrementar el poder y la auto confianza de las mujeres son ejemplos típicos de políticas de este tipo.
- Si bien pueden resultar útiles en ciertos casos han sido objeto de críticas en la medida en que actúan profundamente sobre los determinantes de género o incluso los han reforzado y desde ya no han incidido en la corriente principal o *mainstream* de un programa, proyecto o política en salud.
- El **mainstreaming de género en salud** aparece entonces como una nueva estrategia para tratar en la mayor complejidad las relaciones jerárquicas de género ubicando el acento ya no en la situación específica de las mujeres sino en los factores económicos, políticos, culturales, el lenguaje, las identidades, los supuestos y valores que fundamentan, muchas veces de modo encubierto o naturalizado, políticas, leyes y acuerdos institucionales²³. Esta constatación hizo evidente que, sin transformar a las instituciones y el modo en que éstas representan o invisibilizan, silencian o estereotipan los intereses y los aportes femeninos, la meta de la igualdad de género no podía lograrse^{24 25}
- En realidad, se está comenzando a aceptar que **el problema no son las mujeres ni siquiera como ellas están condicionadas por mandatos de género sino las jerarquías de género, lo cual incluye tanto a mujeres como varones**. Desde este punto de vista nos vemos exigidos a reconceptualizar de manera integral las definiciones e interpretaciones de la realidad y de las instituciones que la regulan, y queda en claro que **la organización de la sociedad es el centro del problema**
- Esta estrategia apunta a:
 - a) un cambio en las responsabilidades de quienes llevan acabo este enfoque, de modo que paulatinamente sean asumidas por los/as técnicos/as y funcionarios/as de cada sector y no solo por la oficina o unidad de la mujer o de género y,
 - b) una mejor articulación entre la equidad de género como categoría de análisis y principio de acción y los ejes discursivos y prácticos centrales de los sectores con los que se trabaja.
- Esta estrategia no es una panacea ni una receta que puede ser aplicada “de arriba abajo”. Existen numerosas evaluaciones que muestran tanto sus aspectos positivos, en comparación con modelos anteriores, como sus limitaciones.

²³ Verloo, (1999) Gender Mainstreaming: Practices and Prospects, Council of Europe

²⁴ Bonder G. (2002) MAINSTREAMING: AVATARES DE UNA ESTRATEGIA DE INCORPORACIÓN DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, Documento preparado para la Reunión de Consulta y Asistencia Técnica de la Secretaría de la Mujer SEM-EDUC del gobierno de la República Dominicana, Buenos Aires, marzo

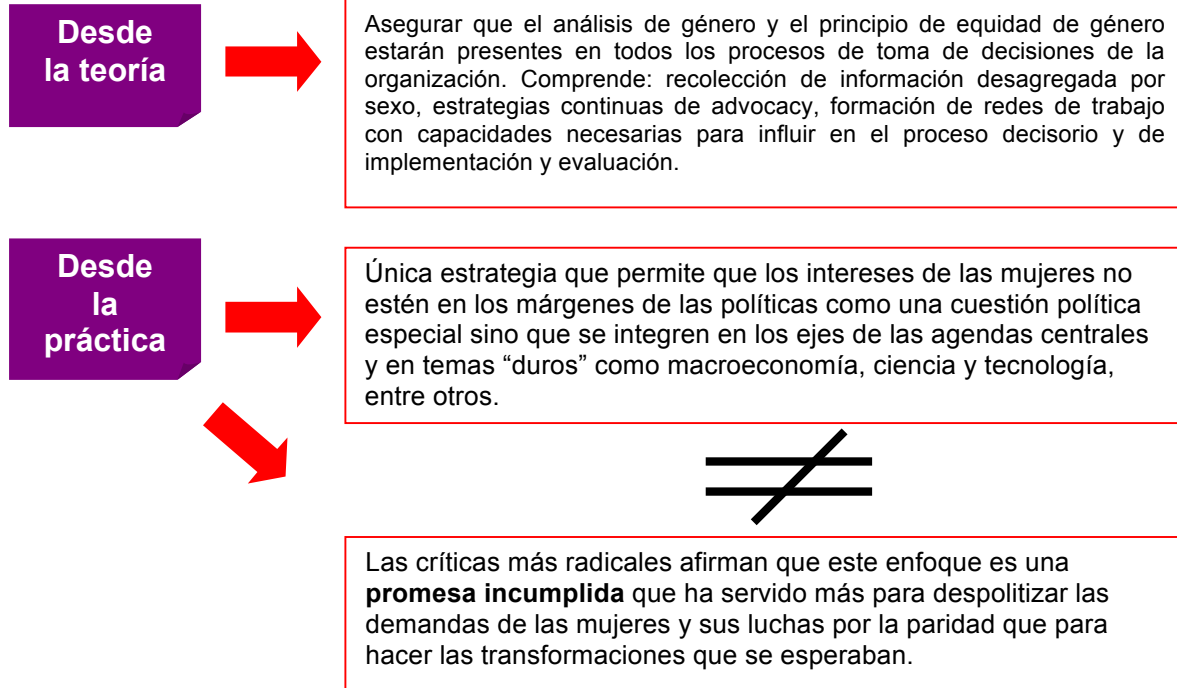
²⁵ Anne Marie Goetz (1995): “Institutionalizing Women’s Interests and Accountability to WID”, IDS Bulletin, V26, N°7.

Paso 6



Cierre esta sesión presentando la diapositiva M3.21 sobre *mainstreaming*

Mainstreaming: Una estrategia controversial



Diapositiva M3.21

¿Transversalidad vs. Áreas Género?

Integrando el enfoque de género en la instituciones de salud.

Cabe consignar que si bien desde el punto de vista técnico existe consenso en que la responsabilidad por el mainstreaming de género no debiera recaer en las expertas en el tema sino que debiera llevarse a cabo por los técnicos/as y funcionarios/as de cada sector, (de modo de moverse desde un tratamiento del “género como tema de salud” al “género en los temas de salud”) **la experiencia indica** que este es un proceso complejo y de largo plazo que no puede hacerse **eliminando** las áreas género o mujer de las organizaciones, estados, sindicatos, etc. Una acción impecable desde el punto de vista técnico puede constituirse en un gran error político-estratégico. Ello se debe a que las áreas mujer o género suelen ser las que tienen el mayor interés, conocimientos, experiencia y portan el compromiso permanente, para que los objetivos “género en los temas de salud” sean alcanzados. En todo caso, se puede reorientar su acción a funciones de monitoreo, capacitación, sensibilización, etc. una vez que la reorganización en su conjunto avanza en la integración de este enfoque atravesando la vida cotidiana de la misma y de los/as sujetos e instituciones con las cuales interactúa

Las siguientes observaciones, de ningún modo implican invalidar el mainstreaming, pero si nos obligan a estar advertidos/as de su complejidad práctica y por lo tanto de la necesidad de evaluar con sumo cuidado cuando y como implementar acciones con esta perspectiva

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/



7 enseñanzas con respecto al mainstreaming de género en salud recogidas en el informe final de la Red Conocimiento de Mujer y Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS²⁶.

- **Enseñanza 1:** Hay que tener en cuenta que gran parte de las estructuras organizacionales gubernamentales, así como otras instituciones sociales y privadas que se ha intentado desafiar y cambiar de acuerdo a los valores de equidad de género, han existido por décadas y a en algunos casos por siglos. Esta larga vida se ha basado en valores, relaciones y metodología de trabajo tradicionales (usualmente de predominio masculino). De ahí que un gran desafío haya sido suponer que esas mismas estructuras incorporarían prácticas de equidad e igualdad tal como han aspirado a lograr las estrategias de mainstreaming.
- **Enseñanza 2:** la extrema amplitud de las definiciones de mainstreaming, la escasa cantidad de análisis en profundidad y de trabajo técnico para sustentarlo, y la carencia de un amplio debate político para generar consenso acerca de su significación e implicancias ha llevado a una excesiva debilidad en su implementación tanto en términos de políticas en general como de salud en particular.
- **Enseñanza 3:** De este modo para algunos el término 'mainstreaming de género' mayoritariamente funciona como un "nuevo nombre" para las viejas prácticas en políticas públicas.
- **Enseñanza 4:** Recursos insuficientes, mecanismos organizativos de gran debilidad, poco compromiso político han dado como resultado esfuerzos fragmentarios, desencuentros significativos entre las políticas de género instituidas y esos esfuerzos y serias brechas entre la retórica política y las prácticas reales.
- **Enseñanza 5:** De ahí que en algunos trabajos se hable de la "evaporación" de esta estrategia. Entre cuyos motivos se menciona que resulta importante dimensionar que trabajar en aras de la equidad de género desafía a las estructuras de poder dominadas por los varones desde larga data y al "capital patriarcal" que constituyen las redes al interior de las instituciones (el "club de caballeros"). Por lo tanto, atraviesa en muchos casos las "fronteras de confort" amenazando con desestructurar las preexistentes líneas de control sobre los recursos materiales, la autoridad y el prestigio. Lo cual requiere que los/as sujetos/as incorporen nuevas maneras de hacer las cosas, algunas veces con falta de convicción, y acerca de las cuales identifican poca ganancia para si mismos/as. Y a su vez, que desaprendan viejos hábitos y prácticas.
- **Enseñanza 6:** Por ello las resistencias a las políticas de equidad de género son esperables y pueden tomar la forma de trivialización, dilución, subversión o resistencia directa.
- **Enseñanza 7:** Cuando las políticas buscan redireccionar inequidades que han perdido legitimidad social deben ser implementadas por sujetos/as que ellos/as mismos/as hayan sido "beneficiarios" de esas inequidades. Motivo por el cual los/as implementadores/as se constituyen en actores sociales críticos en estos procesos en conjunto con los/as miembros/as de la comunidad identificados/as como beneficiarios/as.

²⁶ Sen G, Osttin P. op cit

3.3.1 INDICADORES DE GÉNERO

DESCRIPCION

Los indicadores sensibles a la dimensión de género son un componente clave del análisis de la situación y de la programación basada en datos probatorios. También miden el progreso realizado hacia programas de salud y repercusiones más equitativos.

OBJETIVOS

Presentar los indicadores con sensibilidad de género que pueden ser utilizados en el ciclo de gestión de un proyecto, programa o política, así como en los procesos corporativos internos de la Organización.

MATERIALES

Diapositivas M3.22
Diapositivas M3.23
Diapositivas M3.24
Diapositiva M3.25



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Comience esta sección recordando que un indicador puede ser una medición, un número, un hecho, una opinión o una percepción que señala una condición o situación específica y mide los cambios en esa condición con el transcurso del tiempo. Los indicadores permiten observar de cerca los resultados de las iniciativas y las acciones (CIDA, 1997, Guide to Gender Sensitive Indicators). Complemente con apoyo de la diapositiva M3.22 presentada a continuación.



Indicadores

Los indicadores son:

- Medidas de comparación en relación con una norma, adoptadas convencionalmente y cuyo uso se generaliza a través del convencimiento de los usuarios sobre su utilidad para evaluar los cambios operados en el objeto de análisis.
- Resultados de una construcción conceptual, que generalmente combinan métodos cualitativos y cuantitativos.
- Herramientas que sirven para evaluar los cambios producidos en las relaciones de género.
- Componentes esenciales para realizar un análisis situacional y la programación basada

Pueden ser aplicados en todos los campos o áreas temáticas de interés en las que se desea promover la equidad de género.

Diapositiva M3.22

Los indicadores sensibles a la dimensión de género pueden basarse en lo siguiente:

- Proporción femenina de un total (cuando es evidente que el total abarca mujeres y hombres): 50% indica igualdad de género.
- Razón entre una característica femenina y una característica masculina: 1 indica igualdad de género.

Los indicadores pueden ser utilizados en todos los campos o áreas temáticas de interés en las que se desea promover la equidad de género. Para asegurar la idoneidad de estas herramientas en el trabajo se deben observar algunos criterios. Lea los criterios en la diapositiva M3.23



Criterios para seleccionar indicadores con sensibilidad de género

- Relevancia conceptual
- Comparación a una norma o standard
- Existencia de datos desagregados
- Fácil comprensión
- Disponibilidad
- Confiabilidad y mensurabilidad
- Periodicidad
- Comparabilidad internacional
- Evaluación de impacto
- Desarrollo sobre la base de necesidades
- Uso de un conjunto mínimo significativo

Diapositiva M3.23



Algunos criterios para la selección de indicadores sensibles a la dimensión de género:

- **Relevancia conceptual:** Los indicadores deben indicar las condiciones o los factores determinantes de la salud que repercuten en la equidad de género.
- **Comparación con una norma:** Los indicadores sensibles a la dimensión de género deben basarse en la comparación con una norma; es decir, la situación de los hombres en el mismo país o de las mujeres en otro país. De esta forma, el indicador puede centrarse en las preguntas sobre la igualdad y equidad de género en vez de la situación de la mujer.
- **Desagregación:** Los datos deben estar desagregados por sexo. En los casos en que sea posible, los datos también deben estar desglosados por edad, situación socioeconómica y región de origen, con la debida indicación del período comprendido, la cobertura geográfica y las fuentes de los datos. Como el estado de salud de la mujer varía según el grupo étnico y racial, los datos deben estar desglosados también según estos criterios.
- **Facilidad de comprensión:** Los datos deben ser fáciles de usar y de comprender; los indicadores deben describirse con un lenguaje fácil de entender y elaborarse en un nivel pertinente para la capacidad institucional del país de que se trate. Un indicador con una definición vaga estará supeditado a distintas interpretaciones.
- **Disponibilidad:** Los indicadores deben estar disponibles en relación con el país en su totalidad.
- **Confiabilidad:** Los datos deben ser relativamente fidedignos y se debe informar al usuario sobre la forma en que se elaboraron los indicadores.
- **Mensurabilidad:** Los indicadores deben referirse a algo “cuantificable”. Conceptos tales como “el empoderamiento de la mujer” podrían ser difíciles de definir y medir. En vez de conceptos menos precisos deben usarse indicadores aproximados (por ejemplo, mayores opciones para el acceso de las mujeres a la atención de salud, que es uno de los componentes del empoderamiento de la mujer).
- **Periodicidad:** Los indicadores sensibles a la dimensión de género deben ser suficientemente fiables como para que puedan usarse como serie cronológica. Se debe indicar claramente el período abarcado por el indicador.
- **Comparabilidad internacional:** Los indicadores sensibles a la dimensión de género deben recopilarse usando definiciones internacionalmente aceptadas a fin de permitir la comparación internacional.
- **Medición de impacto:** En los casos en que sea posible, el indicador debe medir el cambio de una situación dada, luego de la intervención.
- **Desarrollo sobre base de necesidades:** Los indicadores deben usarse y elaborarse en un proceso participativo, con el aporte de todos los interesados directos.
- **El número seleccionado debe ser pequeño:** Los indicadores sensibles a la dimensión de género deben evitar la “sobre agregación”. La elaboración de índices compuestos basados en la agregación y la ponderación puede ocultar información y juicios de valores importantes. Si se crean índices compuestos, hay que explicitar los supuestos utilizados para la selección y la ponderación y los componentes desagregados deben ser fáciles de conseguir.

Fuentes de información y tipo de indicadores con sensibilidad de género

La fuentes de datos pueden ser:

- Censos, encuesta de hogares, encuesta de salud, otro tipo de encuesta, sistemas de información en salud (SIS), etc. desagregado por sexo.
- Estudios de caso, (incluye Grupos Focales)

Pueden ser cuantitativos y cualitativos
Pueden cambiar en el tiempo

Diapositiva M3.24

Los indicadores pueden utilizarse con diferentes fuentes de datos, que proveerá de información cualitativa o cuantitativa. Utilizar la diapositiva M3.24,

Por ejemplo, cuando se trata de trabajar sobre percepciones de los hombres, mujeres, los niños y las niñas en diferentes asuntos de salud se recogerá la información a través de metodologías cualitativas (grupos focales, encuestas de opinión etc., estudios de caso).



las
de

Cuando se usan otras fuentes de datos como censos, encuestas de hogares sistemas de información de salud, se obtendrá información de tipo cuantitativo que cuando está desagregada por sexo permite la construcción y utilización de indicadores de género.

Refiérase a que la utilidad de los indicadores de género reside en su capacidad para señalar cambios en la situación y los roles de las mujeres y los hombres con el transcurso del tiempo y, por consiguiente, para determinar si se está alcanzando la equidad de género.

Los

Se usan en :

Análisis de situación

- Diagnóstico
- Evaluación de Proceso
Impacto
Resultados

Mainstreaming

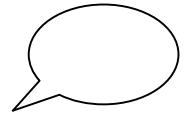
- Diagnóstico
- Evaluación de Proceso
Impacto
Resultados

Se puede considerar el mainstreaming interno a OPS o puede ser el proceso con las contrapartes

Diapositiva M3.25

indicadores de género se usan tanto en las etapas de la formulación de políticas, programas y proyectos, así como en el “Maistreaming” corporativo. En la nota para el/la facilitador/a se provee de una lista de indicadores para el proceso de Maintreaming.

Concluya que los indicadores cuantitativos sensibles a la dimensión de género deben complementarse mediante el análisis de género cualitativo que incluye preguntas para examinar las relaciones sociales explicativas de las diferencias entre las mujeres y los hombres y las estructuras sociales que refuerzan la desigualdad e inequidad en materia de género que afectan a la salud.



Fuentes de consulta sobre los indicadores de género:

- “Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2007”

•

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



Indicadores de procesos recomendados para la incorporación de la perspectiva de género

Indicadores recomendados para la incorporación de la perspectiva de género	¿Qué nos dice este indicador?
Proporción del personal, por sexo y grado, que ha asistido a un módulo o sesión de capacitación sobre la dimensión de género.	Nos dice en qué medida el personal actual tiene conciencia de la dimensión de género como mínimo.
Proporción del personal nuevo, por sexo y grado, que ha asistido a un módulo o sesión de capacitación sobre la dimensión de género.	Nos da una idea de la exposición del personal nuevo a las cuestiones de género en el campo de la salud por medio de módulos de capacitación sobre la dimensión de género.
Número de consultas (reuniones, teleconferencias, análisis de documentos) sobre cuestiones de género.	Da seguimiento a las iniciativas de los departamentos para incorporar la perspectiva de género en su trabajo.
Proporción de los funcionarios superiores, por sexo y grado, cuya descripción del cargo incluye el "conocimiento de las cuestiones de género".	Nos dice en qué medida cabe esperar que los encargados de tomar decisiones tengan en cuenta la dimensión de género.
Proporción del trabajo técnico, los programas y las investigaciones de las áreas de trabajo que abordan cuestiones de género.	Vigila la atención que se presta a la dimensión de género en las iniciativas de la OMS y el ministerio de salud.
Proporción de las áreas de trabajo prioritarias que incluyen cuestiones de género.	Nos dice en qué medida se está incorporando la perspectiva de género en los programas prioritarios.
Proporción de las actividades de investigación que incluyen el sexo, o "estratificadores*" de género, como variables en los análisis.	Refleja la medida en que se tiene en cuenta la dimensión de género en el trabajo de los departamentos y ministerios.
Número de publicaciones que ponen de relieve el efecto diferente del asunto o el trastorno de que se trate en las mujeres y los hombres.	Ídem.
Proporción de las actividades de divulgación y promoción que se basan en análisis con datos desglosados por sexo o "estratificadores" de género.	Ídem.
Porcentaje del presupuesto asignado a cuestiones de género.	Este indicador posiblemente constituya la prueba más concreta de que se está tomando en serio la dimensión de género en los más altos niveles.
Porcentaje de los gastos planeados, en comparación con los gastos reales, para aumentar los conocimientos del departamento o ministerio sobre la dimensión de género.	Este indicador es más preciso que el anterior y tiene en cuenta los gastos planeados.
Porcentaje de los gastos planeados, en comparación con los gastos reales, para incorporar la perspectiva de género en el trabajo del departamento o ministerio.	Ídem.

* Es decir, los indicadores que se prestan a un análisis de género; por ejemplo, sexo y edad, grupo étnico, región de residencia, nivel de educación, situación laboral, etc.

3.3.2. DESCRIBIENDO A LOS DIFERENTES ACTORES:

DESCRIPCIÓN

La integración de la perspectiva de género (*mainstreaming*) en los proyectos, programas y políticas de salud necesita del reconocimiento de cada uno de los actores sociales y la forma de implicarlos. Como hemos visto a lo largo del desarrollo del taller, la integración de la perspectiva de género no puede recaer en un solo sector responsable. Se requiere de propuestas y modelos asociativos que respondan a las complejidades propias del tema que nos convoca. Conocer a los distintos actores involucrados reconociendo sus competencias, roles, saberes, capacidades de gestión, es esencial a fin de generar un espacio de viabilidad tendiente a hacer más factibles y sustentables las propuesta

OBJETIVO

- Describir aquellos actores significativos que participan de una u otra manera en la formulación, desarrollo e implementación de proyectos, programas y políticas.

MATERIALES

Diapositiva M3.26 Los distintos actores.



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Esta actividad se basa en la presentación de la diapositiva M3.26, seguida de los comentarios referentes a la importancia de la participación de cada uno de los actores



Los distintos Actores

El Estado

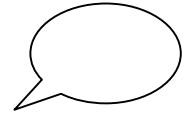
La Sociedad Civil:

- El Movimiento de Mujeres
- Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Sociales
- Instituciones Académicas
- Los Medios de comunicación

Diapositiva M3.26

EL ESTADO.

La incorporación del análisis de género a los proyectos, programas y políticas que desde el Estado se realizan en salud necesita apoyarse en un **trabajo intersectorial que establezca un nuevo diálogo entre sociedad civil y estado**. En este campo se ha avanzado de manera significativa a partir de los años 90. Podemos destacar en la actualidad la existencia de puntos focales o programas de género/mujer en los Ministerios de Salud/Desarrollo Social, entre otros, los Ministerios/Consejos o Secretarías Mujer nacionales/estadales y municipales, las Comisiones de apoyo a las Primeras Damas y las actividades interagenciales del sistema Naciones Unidas.



LA SOCIEDAD CIVIL

a. Las mujeres participando

La participación de las mujeres en la comunidad ha sido una estrategia privilegiada por los coordinadores de los programas de salud. Esto acontece en los diversos niveles de participación tanto a nivel nacional, estadual /provincial o a nivel local. Uno de los niveles de mayor participación de mujeres esta representado por los programas de **municipios saludables** de carácter intersectorial o en de **la gestión local en salud**. Acciones que forman parte privilegiada de las proyectos, programas y políticas en salud de nuestra región a partir de los 90, pues hacen parte de la descentralización de los Sistemas y Servicios de Salud que ha sido una de las medidas de la Reforma Sectorial en Salud que con mas amplitud se ha desarrollado en América Latina, **cambiando el rol del municipio en este aspecto**. Pero además, el espacio local es privilegiado por las mujeres para participar por aspectos ligados ala socialización de género, tal como se destacará en “aprendiendo de la experiencia”.

Esta práctica merece ser analizada cuidadosamente ya que muchas veces conforma una tercera o cuarta jornada de trabajo para las mujeres, lo cual además de reproducir estereotipos de género, puede tener efectos negativos en su salud física y mental. Es conveniente repensar si la participación no debiera ser compartida entre mujeres y varones de la comunidad y además enriquecerla con incentivos que permitan que ellas y ellos se empoderen y ejerzan su ciudadanía en forma plena.

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



Participación con perspectiva de género

- Por efecto de la socialización de género muchas veces las mujeres optan por participar en los municipios más que en las arenas provinciales o nacionales, pues “lo local” es visualizado más familiar, conocido y afín con sus competencias e intereses. Uno de sus atractivos fundamentales radica en que el espacio local suele generar una relativa reducción de los **costos de participación**²⁷, que es un aspecto muy valorado por ellas a la hora de decidirse a participar.
- Como es sabido, se requiere disponer de tiempo para actividades como crear corrientes de opinión, difundir información, reunirse con aliados/as potenciales, forjar consensos y presentar demandas ante las instancias de decisión. A los cuales se suman costos en dinero, prestigio, buen nombre,

²⁷ Anderson J. “Participación y reforma de la salud: nuevas expectativas y viejas formas” en Costa A.M., Tajer D., Hamman E. “Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas”. Organizadores. Editorial Universidad de Brasilia, ALAMES, ABRASCO, Brasil, 2000

tranquilidad psicológica y privacidad de la vida personal y familiar. Todo ello puede disuadirlas de participar.

- Otros factores inhibidores son los esquemas patriarcales en las organizaciones familiares y sociales que permiten en mayor medida la participación social y política a nivel local que en otras esferas.
- Otro aspecto que puede contribuir al mismo fenómeno es que el espacio local puede reducir los **riesgos a equivocarse**, Mucho más que la “gran política” a la que se le atribuyen características de mayor exigencia, se la percibe como un universo de propuestas acabadas, aún cuando es sabido que incluso a ese nivel hay mucho de tanteo y equivocación. Sin embargo, insistimos que actuar a nivel local puede no ser más que una autoexplotación de las mujeres cuando no va acompañada de decisiones informadas y de un real acceso a las decisiones y los **recursos**.

Alternativas deseables en materia de participación de la mujer

- Establecer programas y acciones que tiendan a **bajar los costos de participación**, pueden tener un alto impacto en términos de fomento de la participación de las mujeres en acciones en salud cuando estas están asociadas a incentivos al ejercicio de la ciudadanía.
- Fomentar su incorporación en experiencias piloto y programas aplicados en forma gradual, puede resultar en buenas estrategias de mejoramiento de la calidad de la participación femenina

¿Los varones no participan en salud? ¿O las convocatorias a participar no son “amigables” para los varones?

Para completar el cuadro cabe señalar que a la vez existe un gran desperdicio del “capital masculino” o en otros términos lo que los varones pueden aportar en los programas de participación local en salud. Quizás parte de la respuesta resida en que se ha sobrevalorizado que los proyectos, programas y políticas participativas en salud, promuevan empoderamiento de las mujeres sin reconocer la necesidades propias de ambos géneros. Pero si queremos ampliar la mirada hacia un enfoque relacional de las relaciones de poder en general, y de las de género en particular, y su impacto en la situación de salud incorporando “el capital masculino” debemos advertir que:

Si queremos abordar la salud de mujeres y varones desde una perspectiva de **equidad de género**, necesitamos partir de una evidencia fundamental: las desigualdades que afectan a las mujeres pueden **enfrentarse más cabalmente cuando ellas logran acceder y usar estratégicamente todos los recursos y bienes sociales y cuando se perciben y actúan como ciudadanas**. Por su parte las problemáticas de los varones tienen más que ver con **los costos emocionales, físicos y de calidad de vida debidos a los mandatos de sostener el poder y mantener privilegios**. Por lo tanto, son cuestiones más ligadas a los **excesos** y a la **exposición a riesgos para sostener estas posiciones jerárquicas**.

Acciones deseables en materia de participación masculina

Un ejemplo propositivo de gran impacto social, son los programas que potencian las habilidades masculinas relacionadas con el cuidado de otros/as, cuyos beneficios son: la incorporación de los varones a áreas de contribución social, la reducción de las actitudes violentas, el reacomodamiento de los roles familiares, entre otros²⁸.

b. La sociedad civil organizada: ONG o tercer sector

En un planteo de trabajo intersectorial en el campo de los proyectos, política y programas de salud, resulta de suma importancia destacar algunos aspectos del sector de ONGs, o tercer sector, en el campo de las acciones en género y salud.

²⁸ Barker G. op cit

Ello es así porque gran parte de las iniciativas y desarrollos de género y salud, así como sus especialistas, provienen del campo de la Sociedad Civil, en su mayor parte aglutinadas en ONGs, y también por el rol que adquiere el tercer sector u ONGs a partir de la reforma sectorial de salud (RSS). Este último conlleva la pregunta acerca de si este nuevo rol ha impactado en términos de aumento de la calidad y calidez de las prestaciones o si ha sido un resultado del avance de la privatización del estado. Hay quienes plantean que ambas aseveraciones son reales y que para saldar esa inquietud y ver que ha pasado en realidad es necesario una mayor cantidad de investigaciones que evidencien si el balance entre proveedores públicos y privados de bien público, como es el caso de las ONGs, ha afectado la equidad de género en salud en forma positiva.²⁹

Por otra parte cabe destacar que las ONGs en salud, y las de género en particular, han contribuido a cambiar el paradigma en salud existente hasta hace muy poco, incluyendo la participación comunitaria como un eje fuerza, con énfasis en la prevención, con una perspectiva de derechos, humanización, confidencialidad, integralidad, con inclusión de los saberes tradicionales en salud, entre otras³⁰.

c. La academia. Estudios de Género y Salud en la Universidad

En casi todos los países los mayores desarrollos de capacitación e investigación en el campo de salud y género que se fueron desplegando desde los años 80 en adelante, ocurrieron en las ONG's de mujeres, las universidades y especialmente en los Programas y Cátedras de Estudios de la Mujer y luego avanzados los 90, de Estudios de Género.

En general pusieron el énfasis en temas de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental aunque también encontramos estudios importantes en el campo de la salud laboral y del HIV/Sida utilizando mayoritariamente metodologías cualitativas y abordando privilegiadamente la determinación social del proceso salud – enfermedad –atención de las mujeres en tanto colectivo expuesto a situaciones de injusticia³¹. A partir de los 90, algunos programas iniciaron la indagación sobre la salud de los varones desde la perspectiva de género. También comienza a detectarse la emergencia de otros marcos conceptuales que tratan el género en un sentido relacional, (similitudes y diferencias de la salud de mujeres y varones) y avanzan hacia la detección más fina de cómo operan en el proceso Salud-Enfermedad-Atención y el manejo diferencial del poder económico, político y sexual entre ambos.³²

d. Los medios

Los medios de comunicación ocupan un lugar central en la actualidad tanto en la difusión de mensajes que promuevan la salud, como para consolidar estereotipos fuertemente arraigados que impactan negativamente en la misma. En este sentido, trabajar con una política explícita de medios de comunicación resulta fundamental. Una mención especial debe realizarse en relación a la colaboración de diversos/as expertos/as en la temática de género con los/as guionistas y productores/as de novelas televisivas. Hay experiencias recientes en Colombia, México, Brasil y Argentina³³ que muestran el alto impacto positivo de incorporar la perspectiva de género y salud en la programación de los medios.

²⁹ Bennet S., Mc Pake B, Mills A "Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest? Zed books, London, 1997

³⁰ Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS). Rev Social Medicine Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 2, número 4, octubre de 2007, 212-233

³¹ Cardaci D "Salud, género y programas de estudios de la mujer en México". Edic. UNAM/UAM-X/OPS, México, 2004

³² "Engendering epidemiology" December 2007 - Volume 61, Supplement 2 Journal of Epidemiology and Community Health Website: http://jech.bmj.com/content/vol61/Suppl_2/

³³ Las novelas Montecristo, <http://www.telefe.com.ar/central/main/novelas/montecristo.html>, Mirada de Mujer <http://www.youtube.com/watch?v=8Aau9TL-uf8>, entre otras.

SECCIÓN 3.4: CONCLUSIONES DEL MÓDULO 3 Y DEL TALLER

Concluya el módulo destacando los siguientes puntos tal como se explicitan en las diapositivas M3.27 a M3.29



Conclusiones del Módulo 3

- La empresa que proponemos con estas guías no es sencilla y sería inadecuado pretender simplificarla. Se inscribe dentro de un cambio complejo y profundo de orden cultural, institucional, subjetivo, económico y político. Por ello es preciso diseñar escenarios a mediano y largo plazo para actuar con una dosis equilibrada de pasión y paciencia.
- Necesitamos aunar un conocimiento significativo de los aspectos conceptuales y metodológicos que justifican y orientan la integración de este enfoque y su evaluación mediante disposiciones y actitudes que demandan tiempos de elaboración y balance entre los riesgos y beneficios del cambio.

Diapositiva M3.27

Conclusiones del Módulo 3

- Cualquier programa o proyecto que considere la perspectiva de género debe empezar con un análisis de género de la situación y contexto en el cual se va a trabajar para determinar cuáles son los ejes relevantes a considerar.
- Los conceptos de a) desigualdad de género; b) inequidad de género c) indiferencia frente al género; c) concentración o focalización en un solo género, d) género como una relación social que implica a varones y mujeres y e) poder transformador frente los patrones de género son necesarios para definir las bases sobre las cuales se asientan las políticas, programas y proyectos y los fines que se persiguen.

Diapositiva M3.28

Conclusiones del Módulo 3

- El gran desafío es que las personas se apropien de este enfoque de modo que se convierta en un lente con el que miran la realidad cotidianamente.
- Una de las condiciones para que ello ocurra es que podamos abrir canales de diálogo para que aquello que parece obvio, natural, normal, eterno, verdadero, pueda revistarse desde otros ángulos, problematizar su validez y beneficio para la vida de las personas.

Diapositiva M3.29

Comentarios finales

Luego de estas jornadas de intensa actividad, llegó el momento del cierre final. Sería oportuno conversar con los/as participantes sobre lo les ha significado participar de esta experiencia y los aprendizajes alcanzados tanto en la esfera personal como profesional. Agradezcan a todos/as por su valiosa y comprometida participación.



REFERENCIAS

- Abdool y Vissandjee. Diversity Analysis Framework. Montréal: Université de Montréal ; 2003.
- Abdool y Vissandjee. An Inventory of Conceptual Frameworks and Women's Health Indicators. Montréal: CESAF; 2001.
- Abdool S. Unravelling Feminist Theories of Development: A Post-Modern Approach to Women and Development Theory. Master's Thesis. London, Ontario: University of Western Ontario; 1998.
- Ballantyne PJ. The social determinants of health: a contribution to the analysis of gender differences in health and illness. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1999;27:290-295.
- Beck T, Stelcner M. Guide to Gender Sensitive Indicators. Available at: http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/...002FEAAEC01C8525695D0074A824?OpenDocument.html ; 1997.
- Bannon I, Correia MC. The Other Half of Gender: Men's issues in Development. Washington, D.C.: World Bank; 2006.
- Commission on Social Determinants of Health Secretariat. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health: Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2002;54:693-706.
- Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*. 1999;48:1221-1235.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender and Blindness. Geneva: WHO; 2002.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender and Road Traffic Injuries. Geneva: WHO; 2002.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health, 'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health. Geneva: WHO; 2003.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender and HIV/AIDS. Geneva: WHO; 2003.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender in Lung Cancer and Smoking Research. Gender and Health Research Series. Geneva: WHO; 2005.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender in Tuberculosis Research. Gender and Health Research Series. Geneva: WHO; 2005.
- World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Engaging Men and Boys to Transform Gender-Based Health Inequities: Is there Evidence of Impact? Borrador. No debe citarse ni diseminarse. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization, Department of Gender, Women and Health. Gender equality, women and health. Trabajo para discusión presentado a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Geneva: WHO; 2005.

Division for the Advancement of Women. Department of Economic and Social Affairs. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Text of the Convention; 1995. (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, acceso el 25 de octubre de 2006).

Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Report on the Technical Meeting on the Mainstreaming of the Gender Perspective in Poverty Measurement. La Paz: United Nations; 2004.

Eurostep and Social Watch. Accountability Upside Down. Gender Equality in a Partnership for Poverty Eradication. Brussels: Eurostep and Social Watch; 2005.

García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: World Health Organization; 2005.

United Nations Development Programme, Gender and Development Programme. Learning and Information Pack. Gender Mainstreaming. New York: United Nations Development Programme; 2000.

Grown C, Gupta GR, Kes A. Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. UN Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality. London: Earthscan; 2005.

Health Canada. Exploring Concepts of Gender and Health. Ottawa: Women's Health Bureau, HC; 2003.

Health Canada. Health Canada's Women's Health Strategy. Ottawa: HC; 1999.

Health Canada. Health Canada's Gender-Based Policy. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.

Horne T, Donner L, Thurston WE. Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence; 1999.

Kabeer N. Gender Mainstreaming in Poverty Eradication and the Millennium Development: A Handbook for Policy Makers and other Stakeholders. Ottawa: Commonwealth Secretariat/IDRC/CIDA; 2003.

Kanji N. Mind the Gap. Mainstreaming Gender and Participation in Development.

London: International Institute for Environment and Development, and Institute of Development Studies; 2003.

Messing K, Östlin P. Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence. Geneva: World Health Organization; 2006.

Moser C. Gender Planning and Development: Theory, practice and training. London and New York: Routledge; 1993.

Norwegian Agency for Development Cooperation. Handbook in Gender and Empowerment Assessment. Oslo: NORAD; 1999.

Pan American Health Organization. Gender Equality Policy. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2005.

Population Reference Bureau, Interagency Gender Working Group. The 'So what?' Report: A look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programmes Makes a Difference to Outcomes. Washington, D.C.: IGWG; 2004.

SAHAJ, SAHAYOG, TATHAPI. Working with Men on Gender, violence, Sexuality and Health [English version]. Vadodara, India: SAHAJ; 2005.

Siwal BR. Basic Framework and Strategy for Gender Mainstreaming. New Delhi: National Institute of Public Cooperation and Child Development; 2005.

Status of Women Canada. Gender-Based Analysis. A Guide for Policy-Making. Ottawa: SWC; 1996.

Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department. Gender Mainstreaming at the IDB: A report to the Board of Executive Directors on the Implementation of the WID Action Plan 1998-2001. Washington, D.C.: IDB; 2003.

Sustainable Development Department, Women in Development Unit, Inter-American Development Bank. IDB Gender Mainstreaming Action Plan. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2003.

The Women's Foundation. Nearly a Failing Grade: A Report Card on the Health Status of Women and Girls in California. San Francisco: WF; 2001.

United Nations Development Plan, Regional Bureau for Europe and CIS. Gender Mainstreaming in Practice: A Handbook. Bratislava: Astrida Neimanis; 2005.

United Nations Development Fund for Women. Progress of the World's Women 2000: UNIFEM Biennial Report. New York: UNIFEM; 2000.

United Nations Development Fund for Women. United Nations Development Fund for Women Multi-year funding framework, 2004-2007. DP/2004/5. Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund. First Regular session 2004. New York: UNIFEM; 2003.

United Nations Development Fund for Women. Working for Women's Empowerment and Gender Equality: UNIFEM's Programmes and Priorities - At a glance. New York: UNIFEM; 2003.

United Nations Development Programme. Evaluation of Gender Mainstreaming in UNDP. New York: UNDP; 2006.

United Nations. ECOSOC Resolution 1996/6 Follow-up to the Fourth World Conference on Women. New York: UN; 1996.

United Nations. ECOSOC Resolution 1997/17 Agreed Conclusions of the Commission on the Status of Women on the critical areas of concern identified in the Beijing Platform for Action. New York: UN; 1997.

United Nations. General Assembly Resolution 55/2. United Nations Millennium Declaration; 2000.

United Nations. Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the twenty-third special session of the General Assembly ("Beijing +5 Document"). New York: UN; 2002.

United Nations. Security Council Resolution 1325. New York: UN; 2000.

Women's Environment and Development Organization. Women's Empowerment, Gender Equality and the Millennium Development Goals. New York: WEDO; 2004.

World Health Organization. Engaging for Health: Eleventh General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization. Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women. WHO/UNAIDS Policy Statement. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization. Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO. WHO Gender Policy. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. Gender, Health and Malaria. Geneva: WHO; 2006.

Women's Commission for Refugee Women and Children. Moving Up the Food Chain: Lessons From Gender Mainstreaming at the World Food Programme. New York: WCRWC; 2006.

World Bank. Integrating Gender into the World Bank's Work: A Strategy for Action. Washington, D.C.: WB; 2002.

World Bank. Integrating Gender in World Bank Assistance. Washington, D.C.: WB; 2005.

World Health Organization. Primary Prevention of Substance Abuse: A Workbook for Project Operators. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization. Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health. Geneva: WHO; 2001.

World Health Organization (in press). Training Module for Health Professionals on Gender Mainstreaming in Health. New Delhi: WHO, South East Asia Regional Office.