



Consejo Económico y Social

Distr.
GENERAL

E/CN.6/1999/4
9 de diciembre de 1998
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

COMISIÓN DE LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL
DE LA MUJER
43° período de sesiones
1 a 12 de marzo de 1999
Tema 3 c) del programa provisional*

SEGUIMIENTO DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER:
PUESTA EN PRÁCTICA DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y MEDIDAS EN
LAS ESFERAS DE ESPECIAL PREOCUPACIÓN

Cuestiones temáticas que tiene ante sí la Comisión
de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

Informe del Secretario General

ÍNDICE		<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
I.	INTRODUCCIÓN	1 - 4	2
II.	LA MUJER Y LA SALUD	5 - 42	3
	A. La salud de la mujer y los derechos humanos	7 - 11	3
	B. Actividades de seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	12 - 15	5
	C. Cuestiones de especial interés relativas a la salud de la mujer: estrategias y recomendaciones	16 - 42	6
III.	MECANISMOS NACIONALES	43 - 78	14
	A. El estado de los mecanismos nacionales . . .	47 - 60	15
	B. Estrategias para reforzar los mecanismos nacionales	61 - 78	18

* E/CN.6/1999/1.

I. INTRODUCCIÓN

1. Conforme a su programa multianual de trabajo en el seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (resolución de ECOSOC 1996/6 de 22 de julio de 1996), la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en su 43º período de sesiones, examinará informes analíticos sobre dos esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Beijing: "La mujer y la salud" y "Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer". Los informes se basan en los resultados de dos reuniones de grupos de expertos convocadas en 1998 por la División para el Adelanto de la Mujer del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Las reuniones de los grupos de expertos se dedicaron al estudio de cuestiones a las que la Comisión no había prestado atención anteriormente o que, en opinión de la Secretaría, exigían un estudio más a fondo a la luz de la Plataforma de Acción.

2. En la esfera de especial preocupación "La mujer y la salud", la atención de la reunión del grupo de expertos giró en torno a la incorporación del género en el sector de salud. La reunión también se ocupó de salud reproductiva y una serie de preocupaciones específicas de salud de la mujer tales como salud mental, salud ambiental y ocupacional y enfermedades infecciosas. En la reunión del grupo de expertos se adoptaron recomendaciones concretas con respecto a estos problemas y cuestiones sectoriales de salud de la mujer y se elaboró un marco para política de salud con una orientación de género, que es un instrumento útil para la incorporación del género.

3. En la esfera de especial preocupación "Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer", la reunión consideró la función de los mecanismos nacionales en la incorporación del género en todos los programas y políticas a nivel nacional. La reunión también se ocupó de la relación de los mecanismos nacionales con la sociedad civil y la responsabilidad de los gobiernos por la incorporación del género y dio su apoyo a un proyecto destinado a reforzar los mecanismos nacionales que llevará a cabo la División para el Adelanto de la Mujer. La reunión pidió a la Secretaría que preparase un resumen de las "prácticas óptimas" descritas en los documentos de los expertos para ofrecer ejemplos prácticos a los gobiernos y mecanismos nacionales.

4. El presente informe tiene por objeto señalar medidas normativas que podrían adoptarse para conseguir con más celeridad la igualdad entre el hombre y la mujer, eliminar la discriminación contra la mujer y potenciar a la mujer en el marco de la Plataforma de Acción. La Comisión tiene ante sí los informes de las reuniones de los grupos de expertos como documentos de antecedentes únicamente en un idioma oficial de las Naciones Unidas. Cabe señalar que del progreso logrado en la aplicación de la Plataforma de Acción y hacia la eliminación de los obstáculos que aun quedan por superar se dará cuenta al hacer el examen de alto nivel de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro hasta el año 2000. En el examen y la evaluación quinquenales del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1999 se analizarán los principales éxitos y limitaciones así como lecciones aprendidas en la formulación de estrategias, medidas, políticas y programas eficaces y asignación de recursos, que son también importantes para el examen y la evaluación de la

aplicación de la Plataforma de Acción. El presente informe presenta a la atención de la Comisión estrategias para acelerar la aplicación de las dos esferas de especial preocupación, como base para formular sus conclusiones convenidas.

II. LA MUJER Y LA SALUD

5. La Plataforma de Acción señaló la mujer y la salud como una de las esferas de especial preocupación y definió cinco objetivos estratégicos: fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad; fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer; tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva; promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer; y aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de la mujer¹. De esta manera puso de relieve la importancia de que se aborde la salud de la mujer con un criterio integral que tenga en consideración todo su ciclo vital. La Plataforma de Acción reiteró los acuerdos alcanzados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, en particular con respecto a la salud y los derechos reproductivos de la mujer, y añadió algunos más referentes al derecho de la mujer a controlar todos los aspectos de su salud y a las relaciones sexuales entre el hombre y la mujer.

6. La mujer y la salud es una de las pocas esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción en relación con la cual se han establecido una serie de metas claras, que deben ser alcanzadas por los gobiernos en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de patronos y trabajadores y con el apoyo de instituciones internacionales. Incluyen, en particular, el acceso universal a servicios de salud de alta calidad para mujeres y niñas; la reducción de la mortalidad materna e infantil y de la niñez (párr. 106.1)); la reducción a escala mundial de la malnutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años, con atención especial a las diferencias entre los sexos en materia de nutrición, y una reducción de la anemia ferropénica de niñas y mujeres (párr. 106.w))². En todos los demás casos, la Plataforma formula recomendaciones abiertas sin establecer metas concretas, como por ejemplo, cuando recomienda aumentar el número de mujeres en puestos de dirección en las profesiones de la salud, incluso en ciencias e investigación, para alcanzar la igualdad lo antes posible (párr. 109 c)).

A. La salud de la mujer y los derechos humanos

7. La Plataforma de Acción subraya que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Establece una relación entre la salud y la vida privada de la mujer y su función en la comunidad cuando declara que 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 (párr. 89). En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconoció que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos

internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso³. Entre ellos figuran la Declaración Universal de Derechos Humanos y sus dos pactos iniciales de ejecución, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en cuyo Artículo 12 se hace referencia al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), que incluye una serie de derechos humanos relativos a la salud, tales como el derecho a la vida, el derecho a la libertad y a la seguridad personales y el derecho a la intimidad.

8. Basada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su Programa de Acción, la Plataforma de Acción estipula que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (párr. 96). En la Declaración de Beijing⁴ se declara asimismo que el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel (párr. 17). Además, en la Plataforma de Acción se señala que las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (párr. 96). Con respecto al aborto, en la Plataforma de Acción se reitera lo enunciado en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, a saber, que en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. En la Plataforma de Acción también se insta a los gobiernos a considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales (párr. 106 k)).

9. Se han intensificado los esfuerzos para que se considere la salud en el marco de los derechos humanos. Cuando la salud se considera un derecho humano, y no simplemente un bien social, es necesario formular la consiguiente definición de derechos y responsabilidades. El vínculo entre la salud y los derechos humanos de la mujer se ha promovido mediante la labor concertada de defensores de la salud y de los derechos de la mujer. La falta de atención y el descuido de las cuestiones de salud de la mujer, en particular la salud reproductiva, en el marco legislativo y normativo de los países, se ha reconocido como parte de la discriminación sistemática de que ha sido objeto la mujer. Las cuestiones relacionadas con la salud y los derechos humanos de la mujer van más allá de la salud reproductiva y se hicieron más patentes cuando se empezó a prestar más atención a la generalizada violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones, violencia que tiene una dimensión de salud y de derechos humanos. También se reconoció el vínculo entre la vulnerabilidad de la mujer al VIH y la condición de la mujer en la sociedad y la discriminación contra la mujer. Además, diversos grupos promotores del derecho a la salud y los derechos humanos consideraron la discriminación por razón de sexo en sectores tales como enfermedades prevenibles, la discapacidad, la interdependencia de los derechos de varios grupos de población y la discriminación en atención de salud y el establecimiento de políticas de atención de salud⁵.

10. El derecho de la mujer a la salud se contempla en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. El artículo 12 de dicha Convención se refiere a derechos al acceso a servicios de atención de salud, incluso la planificación de la familia y servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. La Convención se ocupa de la salud de la mujer en otros varios artículos⁶. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer está preparando un proyecto de recomendaciones generales sobre salud basado en los resultados del examen por el Comité de los informes periódicos de los Estados partes y su experiencia en esta esfera. Otras muchas disposiciones de la Convención tienen repercusiones implícitas o indirectas en los derechos de la mujer relacionados con la salud y se han discutido en anteriores recomendaciones generales del Comité⁷.

11. Las dimensiones de derechos humanos de la salud de la mujer no sólo conciernen al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, sino a todos los órganos establecidos en virtud de tratados de derechos humanos. Dado que el derecho a la salud está consagrado en una serie de instrumentos internacionales, está bajo la supervisión del órgano correspondiente⁸. El Comité de Derechos Humanos ha hecho importantes declaraciones en este aspecto. En la Round Table of Human Rights Treaty Bodies on Human Rights Approaches to Women's Health celebrada en Glen Cove, Nueva York, (EE.UU.), del 9 al 11 de diciembre de 1996, se adoptaron una serie de recomendaciones para los órganos establecidos en virtud de tratados, el sistema de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales, que fueron respaldadas por la octava reunión de presidentes de órganos establecidos en virtud de tratados de derechos humanos, celebrada en Ginebra del 15 al 19 de septiembre de 1997⁹.

B. Actividades de seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

12. Muchos gobiernos y organizaciones internacionales han seguido las recomendaciones relativas a la mujer y la salud formuladas en las conferencias mundiales de las Naciones Unidas, en particular, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). Como primer paso hacia su aplicación, muchos han preparado estrategias nacionales o planes de acción, como se sugería en la Plataforma de Acción, que contienen, entre otras, propuestas concretas orientadas a la acción para el sector de salud. La salud es una cuestión prioritaria en 90 de los 105 planes nacionales de acción que se han recibido hasta la fecha¹⁰. Aunque en la Plataforma de Acción se establecían metas claras con plazos fijos, relativas a la mujer y la salud, sólo un número limitado de gobiernos hacía referencia a ellas. Por ejemplo, mientras que algunos planes nacionales de acción de todas las regiones aspiran a reducir la mortalidad materna, no todos fijan metas específicas ni se atienen a las metas establecidas en la Plataforma de Acción.

13. En el plano internacional, se ha emprendido una serie de iniciativas de salud en el seguimiento integrado de la conferencia. La salud era un tema del programa del Grupo de Tareas del CAC sobre servicios sociales básicos para todos¹¹. El Grupo de Tareas estableció, entre otros, grupos de trabajo sobre atención primaria de salud, atención de salud reproductiva y fortalecimiento de la capacidad nacional de seguimiento de la mortalidad materna e infantil. Los

grupos de trabajo prepararon directrices para temas concretos que ofrecen definiciones, describen fuentes de datos, problemas de medición y métodos de estimación y dan consejos sobre formas de ayudar a los países a seguir la mortalidad materna e infantil. También sugirieron una serie de medidas fundamentales relativas al sistema de coordinadores residentes para mejorar la salud reproductiva¹².

14. Desde la adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se ha hecho un mayor hincapié en el uso de indicadores cuantitativos y cualitativos para medir el progreso logrado en la ejecución de programas, incluidos los de salud reproductiva. Aunque en los planos local y nacional, los países pueden escoger los indicadores más apropiados a sus necesidades y capacidad de recopilación de datos, los datos para comparabilidad internacional y supervisión mundial se tienen que recoger con arreglo a una lista aceptada. Existen varios ejemplos, tales como el conjunto mínimo de datos sociales nacionales¹³, ocho de cuyos 15 indicadores están relacionados directamente con la salud: esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y en la niñez, mortalidad materna, tasa de prevalencia de anticonceptivos, acceso a agua no contaminada y saneamiento, y valor monetario de la cesta de los alimentos necesarios para satisfacer los requisitos mínimos de nutrición. El grupo de trabajo sobre salud reproductiva del Grupo de Tareas del CAC sobre servicios sociales básicos para todos aprobó los 15 indicadores globales para la salud reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también publicó una lista de indicadores para su uso en el plano local. Dado que algunos de los indicadores, tales como la mortalidad materna, son difíciles de recoger, la OMS también estableció indicadores de proceso, que permitirían mejorar la recopilación de datos en el futuro¹⁴. La OMS estableció además el método directo e indirecto de hermandad, con arreglo al cual se les hace a las encuestadas preguntas sencillas sobre la salud y los embarazos de sus hermanas¹⁵. El FNUAP ha seleccionado un conjunto completo y detallado de indicadores para programas de población para uso, en primer lugar, de los administradores de programas de países¹⁶.

15. Contra este fondo, la División para el Adelanto de la Mujer, junto con la OMS y el FNUAP, y en asociación con la Secretaría del Commonwealth, organizó una reunión de un grupo de expertos sobre La mujer y la salud: la incorporación de las perspectivas de género en el sector de salud, que fue patrocinada por el Ministerio tunecino de la Mujer y Asuntos de la Familia en Túnez, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1998. Los temas y las recomendaciones que se presentan a continuación se derivaron de la reunión del grupo de expertos.

C. Cuestiones de especial interés relativas a la salud de la mujer: estrategias y recomendaciones

16. En la Plataforma de acción se hace especial hincapié en la salud sexual y reproductiva de la mujer, que es un aspecto de especial preocupación respecto a la salud de la mujer y la niña y afecta la salud de la mujer más allá de sus años de procreación. Ahora bien, merecen igualmente atención otros problemas de salud mencionados en la Plataforma de Acción. Incluyen la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA y a la violencia y los malos tratos, así como los problemas de salud de la mujer de edad debido al número cada vez mayor de mujeres que alcanzan una edad avanzada, y las relaciones entre el envejecimiento y la

discapacidad de la mujer. Se trata con gran detalle de una serie de cuestiones de interés especial para la salud de la mujer, sobre todo en la sección dedicada al acceso o la investigación (párr. 109 d)). La salud mental se menciona como meta o condición relativa a otros problemas de salud, entre ellos la violencia contra la mujer o el aborto (párrs. 99, 106 q) y 109 i)). También se hace referencia al cáncer en relación con la prevención y la investigación (párrs. 107 m) y 109 d) y e)). La salud ocupacional se menciona en la sección sobre el acceso y la investigación, al igual que los problemas de discapacidad (párrafos 106 o) y p) y 109 d)). Las enfermedades tropicales sólo se mencionan en la sección dedicada a la investigación (párr. 109 d)). No se incluyen recomendaciones sobre la necesidad de luchar contra la tuberculosis, enfermedad reconocida actualmente por la OMS como la primera causa de muerte de la mujer en los países en desarrollo.

1. Salud sexual y reproductiva

17. En los preparativos para el examen y la evaluación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se identificaron diversas cuestiones de interés. Incluyen la integración de la planificación de la familia en un proyecto integral de servicios de salud reproductiva que abarca las necesidades de salud reproductiva de las adolescentes, la prestación de servicios de salud reproductiva de urgencia a refugiados y personas desplazadas y la eliminación de la violencia contra la mujer.

18. La mortalidad materna sigue encabezando la lista de indicadores para la igualdad de la mujer y el desarrollo. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción aspiran a reducir la mortalidad materna dentro de un plazo establecido: en 50% de los niveles de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015. Para alcanzar esta meta serán necesarios la voluntad política, los esfuerzos de la comunidad y la asistencia internacional. La Iniciativa para la maternidad sin riesgos de la OMS sigue siendo un importante proyecto para asegurar a la mujer el pleno disfrute de su derecho a la vida. Si cada embarazo constituye un riesgo, será necesario adoptar medidas para identificar el riesgo de cada mujer embarazada y proteger su salud reproductiva. Las cuestiones relativas a la recopilación de datos fidedignos sobre mortalidad materna merecen que se les preste mayor atención a fin de velar por la exactitud de las cifras que, en muchos casos, no son más que estimaciones. Los abortos practicados en condiciones de riesgo siguen siendo un grave problema de salud pública, causa de mortalidad materna y daños generalizados a la salud física y mental de la mujer. La mujer de ingresos bajos, la mujer rural, las jóvenes y las adolescentes son especialmente vulnerables a los riesgos asociados a la salud reproductiva.

19. Los gobiernos y las organizaciones internacionales deberían:

- a) Conceder prioridad a los siguientes sectores de investigación:
 - i) Diseño de métodos controlados por la mujer, incluidos microbicidas, anticonceptivos de emergencia para después del coito y métodos de doble acción, que protejan contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y los embarazos indeseados; y métodos anticonceptivos para el hombre;

ii) Fomento de la investigación social y antropológica para evaluar las verdaderas necesidades de la mujer, los factores que afectan su comportamiento y su grado de satisfacción con los servicios recibidos;

b) Asegurar la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing con respecto al problema del aborto en condiciones de riesgo.

20. Los gobiernos deberían:

a) Afrontar la realidad y las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo con la revisión y modificación de leyes y políticas que perpetúan los perjuicios para la salud de la mujer, la pérdida de vida y la violación de la igualdad de género en la atención de salud;

b) Integrar los servicios de salud sexual y reproductiva, según proceda, incluidos análisis para la detección de cánceres genitales y el tratamiento de la menopausia, para responder a las necesidades generales de las usuarias;

c) Formular políticas e instrumentos jurídicos en apoyo de las actividades destinadas a eliminar la práctica de la mutilación genital femenina y otras prácticas perjudiciales e impedir que se acepten como práctica médica.

2. Programas de lucha contra la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades, incluidos el VIH y el SIDA

21. El enorme efecto de la desigualdad de género se demuestra por los millones de mujeres que han sido infectadas con el VIH y el SIDA por sus parejas. El número de nuevas infecciones está ahora aumentando con más rapidez entre las mujeres que entre los hombres. La tuberculosis, a menudo vinculada al VIH/SIDA, ha pasado a ser un problema mundial de salud y está considerada como un obstáculo al desarrollo con sus elevados costos económicos y sociales, dado que un número abrumador de víctimas están en el período más activo de su vida (entre 15 y 49 años de edad)¹⁷. Las enfermedades contagiosas como la tuberculosis, la malaria y, en un grado cada vez mayor, el VIH y el SIDA, son enfermedades típicas de la pobreza. La mujer pobre es especialmente vulnerable debido a su deficiente estado de nutrición, acceso restringido a la educación y al empleo remunerado y a su pesada carga de trabajo. El estigma asociado a muchas enfermedades contagiosas, sobre todo las que entrañan desfiguración, conduce a la ocultación de la enfermedad y a una reducción de oportunidades en la vida, incluida la de contraer matrimonio.

22. Una vez infectada, la mujer tiende a tratarse ella misma y a posponer la búsqueda de atención profesional, debido a limitaciones impuestas por el género, como las responsabilidades domésticas, el cuidado de otros y los costos de viaje y tratamiento. Una vez que busca tratamiento, recibe poca atención a causa de su baja condición social. De ese modo, los servicios de salud desperdician una buena oportunidad de facilitar a la mujer, responsable principal de cuidar de la salud de la familia, la información necesaria para desempeñar la función de prestar atención médica eficaz de manera eficiente y oportuna.

23. Pocos son los trabajos de investigación que se han llevado a cabo sobre el hecho de que las enfermedades contagiosas afectan al hombre de distinta forma que a la mujer, y lo que se sabe no se toma en consideración al planificar los

servicios. Pese a la magnitud de la epidemia de tuberculosis, su dimensión de género se ha pasado por alto. Recientemente, la OMS preparó un programa de investigación sobre las diferencias biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales en los casos de tuberculosis del hombre y la mujer, en el que se daba especial atención a la salud reproductiva, el diagnóstico y la educación del paciente. Con respecto a la infección por VIH/SIDA, es necesario adoptar medidas para asegurar a la mujer una protección independiente mejor, más barata y fácil de obtener (por ejemplo, condones para la mujer). Investigaciones recientes sobre la transmisión de la madre al niño y sobre las drogas son prometedoras para las poblaciones donde la mujer embarazada puede optar por someterse a análisis para la detección del VIH y tener acceso a tratamiento.

24. Los gobiernos y las organizaciones internacionales deberían fomentar la investigación sobre el hecho de que las enfermedades contagiosas, en particular la malaria, la tuberculosis y el VIH y el SIDA, afectan de distinta forma al hombre y a la mujer y tomar estas diferencias en consideración en la planificación y prestación de servicios.

25. Los gobiernos deberían:

a) Velar por que el estigma asociado a ciertas enfermedades (lepra, filariasis, VIH y enfermedades de transmisión sexual) no dé por resultado la subdetección y falta de tratamiento, sobre todo en el caso de la mujer;

b) Evitar todas formas de análisis obligatorios de detección del VIH en la mujer, incluidas las relativas a la prevención de la transmisión del virus de la madre al niño;

c) Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles a la mujer con VIH y SIDA;

d) Mejorar el acceso a la atención prenatal de alta calidad para todas las mujeres, incluidos servicios prenatales y de consultoría de alta calidad relacionados con las pruebas del VIH, y evitar toda forma de discriminación contra la mujer con el VIH por los servicios de salud, al poner en práctica programas de prevención de la transmisión de la madre al niño.

26. Los trabajadores y profesionales de la salud deberían:

a) Alentar a sus pacientes a informar a sus parejas, en caso de infección por VIH, a fin de protegerlas contra la infección y asesorarlas en medios de hacerlo;

b) Alentar a las familias a asegurar que todos los niños y niñas estén inmunizados plenamente y bajo supervisión y tratamiento contra las enfermedades infantiles.

3. Salud mental

27. Aunque el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental está reconocido en todo el mundo, la salud mental y su dimensión de género sigue descuidándose seriamente. Una primera medida para corregirlo sería reconocer la existencia y las causas del trauma y los trastornos psiquiátricos de la mujer,

desde la pobreza a la exposición a la violencia. La pobreza, los conflictos armados, el aislamiento doméstico, la impotencia (resultante del analfabetismo, la educación deficiente, la dependencia económica y la opresión patriarcal) son todos ellos factores asociados a la elevada prevalencia de la morbilidad psiquiátrica de la mujer, que se agravan con la violencia sexual y física. Los malos tratos que recibe la mujer de la familia y la sociedad, así como la violencia en todas sus manifestaciones de que es objeto, tienen un efecto devastador sobre su salud física y mental. Es necesario integrar los servicios de salud mental de buena calidad con otros servicios, en particular, los de carácter jurídico, educativo y otros sociales y policiales para tratar las enfermedades mentales causadas o agravadas por la violencia y otras formas de malos tratos a la mujer. Se debe evitar la medicación indebida de los trastornos emotivos y las enfermedades mentales, ya que pueden dar por resultado silenciar a mujeres y hombres en vez de atacar las causas de sus problemas. No se debe suponer que la mujer está en condiciones de prestar a sus parientes que padecen enfermedades mentales graves toda la gama de atención de salud mental en el hogar.

28. Los gobiernos deberían:

a) Invertir en educar a las comunidades en la eficacia de la intervención para tratar la salud mental y prestar los servicios necesarios adaptados a las distintas necesidades del hombre y la mujer (por ejemplo, tratamiento de trauma y lesiones por causas civiles y domésticas, enfermedades psiquiátricas y toxicomanía). Se debe dar un alto grado de prioridad a la atención de la salud mental como parte integral de la atención primaria de salud;

b) Alentar los esfuerzos sistemáticos destinados a mejorar la cantidad y calidad de capacitación en salud mental de los trabajadores en todos los niveles, desde los estudiantes de medicina a los médicos, de los enfermeros a los trabajadores comunitarios de salud;

c) Alentar los esfuerzos destinados a documentar el uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto por el hombre como por la mujer, y sus diferentes causas y efectos. Estos esfuerzos deberían conducir a otros destinados a establecer criterios eficaces de prevención y tratamiento de la toxicomanía.

4. Salud ocupacional y ambiental

29. Con la incorporación de un creciente número de mujeres en el mercado de trabajo, no se puede pasar por alto por más tiempo la dimensión de género de la salud ocupacional, en particular, los efectos a largo plazo de una variedad de riesgos de salud en el lugar de trabajo a los que están expuestos hombres y mujeres. La mujer es más propensa a sufrir estrés ocupacional y trastornos oseomusculares como resultado de sus actividades como trabajadora no calificada y semicalificada en la agricultura y el sector no estructurado. El estrés ocupacional es probable que se deba a sus múltiples funciones (como ama de casa, madre y trabajadora), el trabajo monótono repetitivo, el acoso sexual en el lugar de trabajo y el trabajo en turnos. Los trastornos oseomusculares de la mujer se deben al trabajo manual combinado con las labores domésticas y a instrumentos y estaciones de trabajo mal diseñados. Está comprobado que la exposición a productos químicos en el lugar de trabajo, tales como solventes en industrias de pequeña escala y plaguicidas en la agricultura, ha tenido efectos

adversos para la reproducción tanto en el hombre como en la mujer. Existen algunas pruebas de que una serie de productos químicos persistentes en el medio ambiente están relacionados con riesgos a largo plazo para la salud del hombre y la mujer. La exposición del feto en el útero a compuestos tales como diclorodifenil-tricloroetano (DDT) y bifenilos policlorinados puede provocar trastornos endocrinos que posteriormente se manifiestan como enfermedades.

30. Es necesario hacer más investigaciones sobre los riesgos que el medio ambiente y otros factores plantean para la salud de la mujer como consecuencia de sus actividades ocupacionales tanto en medios rurales como urbanos, con los efectos sinérgicos de las pesadas tareas domésticas, la malnutrición, los embarazos múltiples y las condiciones climáticas adversas que afectan a millones de mujeres pobres en los países en desarrollo. También se necesitan nuevos instrumentos, equipo y estaciones de trabajo de diseño anatómico para reducir al máximo la morbilidad ocupacional de la mujer.

31. El gobierno y los organismos internacionales de desarrollo deberían:

a) Aumentar su apoyo a la investigación, en particular en los países en desarrollo, de los riesgos que entrañan para la salud de hombres y mujeres, a largo y corto plazo, su ocupación y el medio ambiente. Esto debería incluir los riesgos en el hogar y los que representan los productos químicos en el medio ambiente, así como intervenciones apropiadas, incluida la legislación necesaria para reducir los riesgos para la salud derivados del medio ambiente y la ocupación en los medios rural y urbano;

b) Llevar a cabo análisis de género de varias políticas sectoriales para establecer perfiles de riesgo de salud y ambiental para el hombre y la mujer.

32. Los gobiernos deberían ampliar el alcance de sus políticas de salud ambiental y ocupacional para cubrir a los trabajadores del sector agrario, en su mayoría mujeres, que con frecuencia no están amparados por leyes de protección social, leyes laborales o normas de salud y seguridad ocupacional.

5. Incorporación de perspectivas de género en la atención de salud, la educación y la investigación médicas

33. La aplicación de una perspectiva de género exhaustiva exigiría el desglose por sexo de todas las estadísticas y la elaboración de un perfil completo de la salud de la mujer. También exigiría un análisis de género de la salud que revelase las causas biológicas y las explicaciones sociales de las diferencias en materia de salud del hombre y la mujer y demostrase que con mucha frecuencia se deben a relaciones sociales desiguales y no, sencillamente a factores biológicos. Ahora bien, la enseñanza médica tradicional que ha reducido la salud y la mala salud de la mujer a una cuestión de biología todavía sigue vigente. Este criterio se institucionalizó en la medicina científica y en la nueva salud pública en los primeros decenios del siglo XX. En los libros de texto de medicina todavía se considera al hombre la norma o el punto de referencia y a la mujer, la excepción.

34. Los gobiernos, las asociaciones profesionales y otras instituciones, según proceda, deberían velar por que:

a) La educación de los profesionales de salud, desde los encargados de planificación y reforma a quienes prestan los servicios, incluya capacitación en materia de género, con miras a formular políticas de salud equitativas y basadas en la igualdad de género;

b) Los profesionales de la salud reciban educación en derechos humanos como parte de su formación en ética de atención de salud, para asegurar que sus clientes sean tratados con respeto, dignidad, y se proteja su intimidad y confidencialidad;

c) Se aliente decididamente al personal de salud que tenga las aptitudes requeridas, a dedicarse a la especialidad de su elección, independientemente de su sexo, incluso si ello puede exigir apoyo en forma de servicios de guardería o becas.

35. Los gobiernos, las autoridades médicas y otros profesionales de la salud deberían velar por que:

a) Se facilite a la mujer información sobre las opciones de que dispone, por ejemplo, respecto a la lactancia natural o los anticonceptivos, los riesgos y los beneficios que entrañan y la libertad de decidir la acción que desee tomar;

b) No se prive a la mujer de su derecho a los servicios de salud por motivos de conciencia aducidos por los encargados de prestar servicios de salud y que los servicios de salud pongan en práctica con prontitud sistemas de remisión de pacientes para las mujeres que necesiten servicios que determinados profesionales de la salud no están dispuestos a prestar, tales como anticonceptivos (incluso la anticoncepción quirúrgica voluntaria) y aborto (en todos los casos en que estén legalmente permitidos).

6. Reforma y financiamiento de la salud

36. Un análisis de la reforma y el financiamiento de la salud basado en el género revela los efectos adversos de la pobreza sobre la salud de la mujer, efectos que también se reflejan en los servicios de salud que se les presta con arreglo a los diferentes sistemas de financiarlos. Los servicios financiados individualmente, basados en el pago privado por servicio y los basados en seguros suscritos por terceras partes, en los que la cobertura de salud se paga por los particulares y los patronos, deja a grandes grupos de población, especialmente a la mujer (por estar en los grupos económicos más bajos y tener menos recursos), sin cobertura. Los hogares a cuyo frente está un mujer y las mujeres de edad están característicamente empobrecidos y dependen de la familia y del Estado para la atención de salud. Los servicios de salud financiados totalmente por el Estado y los sistemas de seguro social con los que se cubre una parte esencial de la atención de salud de toda la población y se prestan servicios adicionales con arreglo a otros planes también pueden plantear problemas de género, al aumentar las diferencias entre ricos y pobres en lo que se refiere a estado de salud y acceso a servicios de alta calidad. Es necesario que exista una división equitativa de la cobertura por los sectores público y privado para evitar que el sector público se haga cargo automáticamente de todos los servicios sin fines de lucro.

37. Actualmente, se ha propuesto la descentralización de la administración para acercar los servicios de salud a las comunidades y hacer a éstas más responsables de los recursos. Esta medida debería ir acompañada de recursos adecuados a nivel local para la prestación de servicios básicos de salud. De otro modo, se aumenta la carga que deben llevar las personas encargadas del cuidado de otros, la mayoría de las cuales son mujeres, a las que se exige que presten atención de salud en el hogar debido a la escasez de servicios disponibles.

38. Los gobiernos deberían:

a) Conseguir fondos para proteger la salud de los grupos de población más vulnerables, en particular las mujeres pobres a lo largo de toda su vida. Se debería establecer un pacto social entre el Estado y todas las partes interesadas para garantizar un mínimo de servicios que cubran la atención de salud de estos grupos vulnerables;

b) Garantizar que la reforma de salud se base en el derecho humano a la salud y no sólo en criterios económicos.

7. Asociación para la salud

39. Una serie de actores y partes interesadas tienen un importante papel que desempeñar en el proceso de incorporación del género en el sector de salud. Si bien el ministerio de salud está generalmente a cargo del sector de salud en el gobierno, otros ministerios también pueden afectar la atención de salud. La influencia de los legisladores es decisiva en la presentación de legislación y el establecimiento de políticas de salud que tengan en cuenta el género. Las autoridades de distritos y municipios tienen una función importante en la prestación de servicios de atención de salud, en particular, cuando están descentralizados. El proyecto "ciudades saludables" de la OMS demuestra el papel preponderante que pueden desempeñar los gobiernos locales en la mejora del acceso y la calidad de la atención. Las organizaciones no gubernamentales pueden ser de gran ayuda en la promoción de un criterio de género aplicado a la atención de salud con su actuación como defensores y capacitadores. Las organizaciones profesionales y el sector privado necesitan ser conscientes de su influencia y participar activamente en todos los aspectos del proceso de incorporación del género en el sector de salud.

40. Los gobiernos y los organismos internacionales de desarrollo deben velar por que la comunidad participe activamente, incluso con la aportación de sus propias ideas, en el diseño, la ejecución y supervisión de programas de lucha contra las enfermedades y servicios de salud.

41. El sector privado, incluso las compañías farmacéuticas y los servicios clínicos particulares, deben colaborar para garantizar la calidad de la atención y el acceso a los servicios, en particular, a las mujeres pobres.

8. Marco para la formulación de políticas nacionales de salud con una perspectiva integrada de género

42. En la Plataforma de Acción se discute la importancia de incorporar el género en las políticas de salud (párr. 105). En los últimos años se han realizado diversas actividades para establecer un marco de política de salud que tenga en cuenta el género. La Secretaría del Commonwealth ha estado promoviendo la introducción de sistemas de gestión del género tanto entre los gobiernos nacionales como en el sector de salud de los Estados Miembros. Los sistemas de gestión, adaptados a las condiciones y necesidades de cada país, son instrumentos eficaces para la incorporación del género en políticas y programas si tienen en consideración necesidad de sensibilizar y capacitar en conceptos del género a todos los actores en todos los niveles del sector de salud, el gobierno y la administración pública. Tiene que existir un compromiso político en los niveles más altos, incluido el ministro de salud y sus colegas en niveles superiores del gobierno. Actores externos, como las organizaciones internacionales, y participantes locales, como las organizaciones no gubernamentales, pueden desempeñar una importante función catalizadora para lograr este compromiso político. En la reunión del grupo de expertos sobre la mujer y la salud se elaboró un marco para formular políticas nacionales de salud con una perspectiva integrada de género, que es un instrumento valioso para los políticos, los profesionales y los encargados de adoptar decisiones, para aplicar una perspectiva de género al sector de salud. El marco se adjunta al presente documento como Anexo.

III. MECANISMOS NACIONALES

43. Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer son una de las 12 esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Beijing (capítulo IV.H). Las 11 esferas restantes son de carácter substantivo, mientras que ésta se ocupa concretamente de los mecanismos institucionales que se deberían establecer para asegurar la aplicación de las otras 11 esferas substantivas.

44. La comunidad internacional desempeñó una función fundamental en el establecimiento de mecanismos nacionales. El papel de los mecanismos nacionales se debatió con anterioridad a la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, celebrada en México, D.F., en 1975. La Conferencia recomendó que todos los gobiernos establecieran un mecanismo para mejorar la condición jurídica y social de la mujer. Desde entonces, la comunidad internacional ha prestado cada vez más atención al papel y la estructura de los mecanismos nacionales. El debate ha girado en torno a la función de los mecanismos nacionales en la promoción de cuestiones específicas de interés para la mujer.

45. La Plataforma de Acción de Beijing añade un nuevo enfoque a la función de los mecanismos nacionales para mejorar la condición jurídica y social de la mujer: el mandato de apoyar la incorporación del género en todas las políticas y programas del gobierno. Señala que:

"Los mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer son los organismos centrales de coordinación de políticas de los gobiernos. Su tarea

principal es prestar apoyo en la incorporación de la perspectiva de la igualdad de género en todas las esferas de política" (párr. 201)

Y también que:

"Al abordar la cuestión de los mecanismos para la promoción del adelanto de la mujer, los gobiernos y otros agentes deben fomentar la formulación de políticas activas y visibles para la incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y programas de modo que, antes de que se adopten las decisiones, se realice un análisis de sus posibles efectos para uno y otro sexo" (párr. 202).

46. En la Plataforma de Acción se afirma que para lograr un funcionamiento eficaz de los mecanismos nacionales, es preciso que se los considere en las instancias más altas de gobierno que sea posible, se cuente con la participación de organizaciones no gubernamentales, se disponga de suficientes recursos presupuestarios y humanos así como de oportunidades de ejercer influencia en la formulación de todas las políticas gubernamentales (párr. 201). Si bien la Plataforma de Acción prevé un mandato integral de gran alcance para la incorporación del género, el papel y las responsabilidades de los mecanismos nacionales para llevar este criterio conceptual a la práctica son menos conocidos y varían de un país a otro.

A. El estado de los mecanismos nacionales

47. Los mecanismos nacionales son los organismos reconocidos por los gobiernos como las instituciones encargadas de promover la incorporación de la perspectiva del género y el adelanto de la mujer. Los mecanismos nacionales son vitales para la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing en el plano nacional.

48. Los mecanismos nacionales están teniendo un papel cada vez más importante en el plano internacional. Muchos representan a su país en debates internacionales tales como las conferencias mundiales de las Naciones Unidas o la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Además, establecen redes en los planos regional e internacional para aprender de sus respectivas experiencias. Pese a la presencia internacional de mecanismos nacionales, se han llevado a cabo escasas investigaciones para evaluar el papel de importancia creciente que están desempeñando en los planos regional e internacional.

49. En la actualidad, la mayoría de los países tienen mecanismos nacionales de algún tipo. En la Guía de mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer de 1998¹⁸ se enumeran 129 países distintos. La mayoría de los mecanismos para el adelanto de la mujer son parte del gobierno. En algunos países, el mecanismo nacional puede incluir organismos ajenos al gobierno tales como una oficina del ombudsman o comisión de igualdad para asegurar el cumplimiento de las leyes sobre igualdad de género. También pueden incluir instituciones autónomas de investigación que apoyan la incorporación del género mediante la recopilación y análisis de datos.

50. Los mecanismos nacionales son muy variados debido a que reflejan la estructura política y cultural de su país. No existe un modelo convenido de mecanismo nacional. Ahora bien, algunos elementos son fundamentales para su

funcionamiento en todas las regiones: a) integración en las más altas instancias de autoridad y poder de decisiones para ejercer influencia en la política gubernamental, b) mandato y funciones claramente definidos, c) lazos sólidos con grupos de la sociedad civil y d) suficientes recursos humanos y presupuestarios.

51. Los países han establecido distintos mecanismos para la igualdad de género. En 1996, la División para el Adelanto de la Mujer realizó una encuesta sobre los mecanismos nacionales entre los Estados Miembros. Los resultados, basados en 100 respuestas, muestran que dos terceras partes de los mecanismos son órganos del gobierno, mientras que una tercera parte son organizaciones no gubernamentales o tienen una estructura mixta. En el gobierno, más de la mitad de los mecanismos nacionales forman parte de un ministerio, una tercera parte están adscritos a la oficina del jefe de Estado y el resto son ministerios autónomos (según 88 respuestas). Entre los mecanismos que forman parte de un ministerio, casi la mitad depende del ministerio de asuntos sociales y cerca de un tercio, del ministerio de trabajo (según 88 respuestas).

52. En muchos países, el éxito de los mecanismos nacionales se debe a estar adscritos a un alto nivel de gobierno. Por ejemplo, en Namibia, el mecanismo nacional consiguió incluir las cuestiones de género en todos los sectores del plan de desarrollo nacional del gobierno. Uganda estableció un sistema de coordinadores nacionales y planificación interministerial. Cada ministerio está encargado de nombrar un funcionario superior como coordinador de cuestiones de género; a todos ellos se los capacita y alienta a iniciar revisiones de políticas sobre el progreso realizado hacia la igualdad de género. Además, se ha formulado una política nacional de género para ofrecer a los formuladores de políticas directrices sobre cómo integrar la perspectiva de género en su labor. Asimismo, todos los presupuestos y programas nacionales y locales tienen que reflejar la manera en que benefician a hombres y mujeres. No obstante, en algunos otros países el funcionamiento de los mecanismos nacionales es más eficaz si actúa fuera del gobierno. Por ejemplo, el mecanismo nacional de India es un órgano consultivo sobre los intereses de la mujer con el fin de plasmar ideas en políticas.

53. La Plataforma de Acción recomienda que los mecanismos nacionales tengan el poder de influir en la formulación y aplicación de todas las políticas gubernamentales y de formular y revisar legislación (párrafos 204 y 205). Según los datos aportados por la encuesta de la División para el Adelanto de la Mujer, la mayoría de los mecanismos nacionales no están facultados para revisar legislación vigente (según 94 respuestas). Ahora bien, casi cuatro quintas partes de ellos sí lo están para iniciar medidas legislativas (según 96 respuestas) o revisar la legislación antes que sea aprobada (según 95 respuestas).

54. Algunos mecanismos nacionales se concentran exclusivamente en su función de asesores de política y catalizadores de la incorporación del género y dejan la ejecución de los programas a otras entidades. Por ejemplo, en Suecia, cada ministro es responsable de la incorporación del género en su esfera de competencia. Esto se debe al convencimiento de que no se puede formular una política de igualdad independientemente de otros sectores normativos. No obstante, la mayoría de los mecanismos nacionales se concentran en programas concretos para el adelanto de la mujer. De acuerdo con la encuesta de la

División para el Adelanto de la Mujer, la planificación de dichos programas y la supervisión de su ejecución recibieron las calificaciones más altas cuando los mecanismos nacionales indicaron sus propias actividades principales (según 133 respuestas).

55. Para un funcionamiento eficaz de los mecanismos nacionales es preciso que mantengan lazos sólidos con grupos de la sociedad civil. Los mecanismos nacionales pueden establecer y mantener esos lazos de muchas formas. En Chile, las organizaciones no gubernamentales y el gobierno formularon conjuntamente un plan para lograr la igualdad de género. El gobierno se comprometió públicamente a la aplicación de este plan. En Ecuador, las organizaciones no gubernamentales también desempeñaron un importante papel en la formulación de la política nacional de género. Mediante un proceso especial se permite a los grupos de mujeres incorporar sus intereses en la formulación de la política nacional.

56. En el Líbano, el mecanismo nacional y un grupo de organizaciones no gubernamentales elaboraron conjuntamente un plan para mejorar la condición jurídica y social de la mujer y se comprometieron conjuntamente a aplicarlo. En la República de Corea, el mecanismo nacional prevé el financiamiento de grupos de mujeres de la sociedad civil y los invita a participar en sus proyectos. Además, ambas partes celebran periódicamente reuniones consultivas. El Gobierno de Suecia financia a organizaciones no gubernamentales de mujeres y las incluye en sus delegaciones oficiales a foros internacionales.

57. En Filipinas, las organizaciones no gubernamentales desempeñan una función esencial en la promoción de cuestiones de género en el gobierno. Las organizaciones no gubernamentales de mujeres han contribuido a la elaboración de la estructura de desarrollo nacional y han establecido un foro de grupos de la sociedad civil para la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing.

58. El acceso a la tecnología moderna de la información es vital para que los mecanismos nacionales puedan establecer redes y mantenerse informados de los acontecimientos internacionales. No obstante, la encuesta de la División para el Adelanto de la Mujer reveló que sólo una cuarta parte de los mecanismos nacionales tiene acceso pleno a la Internet (según 84 respuestas).

59. Pese a su diversidad, muchos mecanismos nacionales se enfrentan a problemas similares:

a) Ubicación marginalizada en el sistema político y poca influencia sobre el proceso general de formulación de políticas;

b) Mandato poco claro;

c) Aislamiento de la sociedad civil;

d) Falta de relación con los ministerios principales en la estructura vertical de las instituciones estatales;

e) Falta de apoyo de los funcionarios del Estado y de los legisladores a la idea de incorporación del género, y creencia de que el género "no es pertinente" en sectores tales como economía, defensa o política energética;

f) Dificultad en combinar las funciones de asesoría en materia de política y la ejecución de programas y proyectos;

g) Falta de conocimientos y capacitación en cuestiones de género;

h) Escasez de recursos presupuestarios.

60. En este contexto, la División para el Adelanto de la Mujer, junto con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), organizó una reunión de un grupo de expertos sobre mecanismos nacionales para la igualdad de género, que se celebró en Santiago de Chile, del 31 de agosto al 4 de septiembre de 1998. En la reunión se formularon recomendaciones destinadas a reforzar la función de los mecanismos nacionales para aplicar la Plataforma de Acción. Los expertos sugirieron medidas que se pueden adoptar para promover la incorporación del género, reforzar los vínculos entre los mecanismos nacionales y la sociedad civil y propusieron mecanismos específicos para exigir responsabilidades al gobierno en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género.

B. Estrategias para reforzar los mecanismos nacionales

1. Fortalecimiento de los mecanismos nacionales como catalizadores de la incorporación del género

61. Para ser sostenibles, los mecanismos nacionales tienen que estar incorporados en el contexto nacional. Tienen que estar en consonancia con las normas culturales prevalentes y promover al mismo tiempo la incorporación del género y la igualdad del hombre y la mujer. La reunión del grupo de expertos señaló determinados elementos que son vitales para que los mecanismos nacionales actúen de catalizador de la incorporación del género: estructura y ubicación, recursos humanos y presupuestarios, mandatos y funciones, y cooperación y apoyo internacionales.

a) Estructura y ubicación

62. En muchos países, el mecanismo nacional está constituido por un organismo ajeno al gobierno. No obstante, algunos expertos recomendaron que el mecanismo nacional incluya una dependencia institucionalizada oficialmente dentro del gobierno con responsabilidad general para coordinar, facilitar y supervisar el proceso de incorporación en todos los ministerios y organismos. Los gobiernos deberían:

a) Ubicar la dependencia de coordinación de cuestiones de género al nivel más alto de gobierno, bajo la responsabilidad del Presidente, el Primer Ministro o un ministro del gobierno. De esta manera se confiere al mecanismo nacional la autoridad política necesaria para desempeñar su mandato de coordinar el proceso de incorporación en todos los ministerios;

b) Asegurar que la dirección superior de cada ministerio u organismo se encargue de integrar una perspectiva de género en todas las políticas. Para este fin, los ministros deberán velar por que los directivos superiores reciban la asistencia apropiada de los expertos o de los coordinadores de cuestiones de género;

c) Establecer estructuras separadas para la promoción de la igualdad de género en la normativa relativa al personal para evitar confusiones con las funciones de incorporación del género del mecanismo nacional.

b) Recursos humanos y presupuestarios

63. El eficaz funcionamiento de los mecanismos nacionales, ya sea dentro o fuera del gobierno, exige recursos humanos y presupuestarios adecuados. Los gobiernos deberían:

a) Financiar los mecanismos nacionales de manera sostenible con cargo a los presupuestos nacionales;

b) Velar por que los mecanismos nacionales dispongan de un nivel adecuado de personal con la antigüedad y calificaciones debidas y experiencia en cuestiones de género;

c) Hacer asignaciones presupuestarias para garantizar que el personal de los mecanismos nacionales tenga acceso a capacitación adicional.

c) Mandato y funciones

64. Un mandato claramente definido es un requisito previo para el eficaz funcionamiento de los mecanismos nacionales. Los mecanismos nacionales a nivel de gobierno son catalizadores de la incorporación del género, no organismos para la aplicación de políticas. No obstante, pueden optar por participar en determinados proyectos. Su mandato debe incluir:

a) La formulación de políticas (en colaboración con los ministerios correspondientes);

b) La coordinación y promoción de políticas;

c) La supervisión de políticas para estudiar sus repercusiones en cuestiones de género, en particular la supervisión de todas las presentadas por los ministerios;

d) La revisión de las propuestas legislativas y normativas de todos los ministerios para asegurar la inclusión de una perspectiva de género;

e) La iniciación de reformas para establecer sistemas jurídicos que tengan más en cuenta el género;

f) La coordinación de auditorías con una orientación de género de la aplicación de las políticas;

g) La obligación de velar por que los debates constitucionales y otros debates conceptuales incluyan una perspectiva de género.

65. Los mecanismos nacionales deben desempeñar las funciones siguientes:

a) Asegurar la debida capacitación en materia de género en las esferas superiores de la administración pública y alentar a que dicha capacitación se imparta también en todos los niveles de gobierno;

b) Diseñar métodos e instrumentos para la incorporación del género, tales como evaluación de las repercusiones del género, directrices para la capacitación en cuestiones de género y para la auditoría con orientación de género de todas las actividades gubernamentales;

c) Reunir y difundir modelos de prácticas óptimas de incorporación del género;

d) Coordinar la elaboración y la actualización periódica de planes nacionales de acción para aplicar la Plataforma de Acción de Beijing e informar al respecto a los parlamentos y a los órganos internacionales;

e) Cooperar con los medios de comunicación para movilizar la opinión pública en torno a cuestiones de género.

d) Cooperación y apoyo internacionales

66. Las organizaciones internacionales, en particular las Naciones Unidas, han desempeñado una función esencial en la obtención de un consenso internacional sobre la importancia de los mecanismos nacionales. Estas organizaciones deberían:

a) Prestar asistencia adicional a los mecanismos nacionales, por ejemplo, recogiendo información sobre prácticas óptimas y preparando un manual; y estableciendo redes electrónicas, tal vez, mediante el enlace de las páginas de la web de distintos mecanismos nacionales;

b) Prestar asistencia, junto con los gobiernos nacionales, para el establecimiento de enlaces regionales entre mecanismos nacionales, con objeto de facilitar el intercambio de experiencias y la difusión de información sobre prácticas óptimas y planes de incorporación de la perspectiva de género.

2. Vínculos de los mecanismos nacionales con la sociedad civil

67. Los grupos de la sociedad civil con frecuencia han desempeñado un papel fundamental en el establecimiento de mecanismos nacionales. El apoyo de la sociedad civil también fortalece la posición de los mecanismos nacionales frente a otros sectores del gobierno.

68. Los mecanismos nacionales necesitan mantener fuertes vínculos con organizaciones no gubernamentales. Siempre que sea posible, deben institucionalizar su relación con dichas organizaciones. Los mecanismos nacionales también pueden ser importantes intermediarios entre la sociedad civil y otros sectores del gobierno. Para fortalecer los vínculos con las organizaciones no gubernamentales, los mecanismos nacionales radicados en el gobierno deberían:

a) Consultar con las principales organizaciones no gubernamentales sobre políticas nacionales e internacionales relativas a la mujer y el género;

b) Recabar la participación de organizaciones no gubernamentales que representen a diversos grupos de mujeres en la elaboración de los informes de los Estados partes al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el establecimiento de planes nacionales de acción sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing, así como en las delegaciones a reuniones internacionales tales como la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer;

c) Reforzar la voz de los grupos que promueven los derechos de la mujer, mediante la concesión de fondos a dichos grupos o el reconocimiento público de la importancia de su labor;

d) Establecer vías oficiales de comunicación en dos direcciones, tales como la participación regular de los mecanismos nacionales en conferencias de organizaciones no gubernamentales y el nombramiento de representantes de dichas organizaciones a las juntas y consejos de los mecanismos nacionales.

69. Para ampliar el apoyo de la sociedad civil a su mandato, los mecanismos nacionales deberían:

a) Cooperar con los medios de información para despertar la conciencia pública respecto a la igualdad de género y a la función de los mecanismos nacionales en su promoción;

b) Establecer y utilizar medios electrónicos para difundir información sobre la situación de la mujer y establecer enlaces con organizaciones de la sociedad civil, con otras dependencias dedicadas a promover cuestiones de género en el gobierno y con mecanismos nacionales de otros países;

c) Informar a la sociedad civil sobre acuerdos internacional relativos a la mujer y a la igualdad de género y las conclusiones de las principales conferencias de las Naciones Unidas;

d) Organizar conferencias que reúnan a investigadores, formuladores de políticas y grupos promotores de los derechos de la mujer para facilitar el intercambio de experiencias y el establecimiento de enlaces.

70. El sistema de las Naciones Unidas debería contribuir a reforzar los vínculos entre los mecanismos nacionales y las organizaciones no gubernamentales:

a) Alentando a los gobiernos y los mecanismos nacionales a incluir las opiniones de la sociedad civil en sus informes sobre cuestiones de género y de la mujer a organismos internacionales tales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Esto se podría hacer, bien como informe conjunto del gobierno y las organizaciones no gubernamentales o como informe independiente de las organizaciones no gubernamentales;

b) Prestando apoyo logístico y asesoramiento a los mecanismos nacionales y a los grupos que promueven los derechos de la mujer para la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing. En este aspecto, los buenos oficios de los coordinadores residentes de las Naciones Unidas, en particular las mujeres que trabajan en programas de desarrollo, deberían tener una función esencial. La Organización de las Naciones Unidas, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, también debería ayudar a difundir información en los planos regional y subregional.

3. Mecanismos para exigir responsabilidades a los gobiernos por la incorporación del género

71. En la reunión se acordó que se necesitaban mecanismos especiales para exigir responsabilidades a los gobiernos respecto a la incorporación del género. La Plataforma de Acción de Beijing señala que los gobiernos deben informar periódicamente a los órganos legislativos acerca del progreso alcanzado, según proceda, en la aplicación de las medidas encaminadas a incorporar la problemática del género (párr. 203 e)).

72. Para que estos mecanismos de exigencia de responsabilidades sean eficaces se deben considerar elementos tales como estadísticas desglosadas, indicadores de desempeño, escrutinio experto, transparencia y publicación de informes periódicos. Las estadísticas no sólo deben estar desglosadas por sexo, sino también con respecto a variables tales como residencia urbana o rural, edad, etnia, raza, discapacidad y otras variables socioeconómicas. Los indicadores de desempeño, tanto cualitativos como cuantitativos, se deberían revisar periódicamente para asegurar su continua pertinencia al logro de la igualdad de género.

73. Los mecanismos nacionales desempeñan una función esencial en el proceso de rendimiento de cuentas. Los mecanismos nacionales deberían:

a) Ayudar a los ministerios y los organismos a incluir una perspectiva de género en sus informes presupuestarios y de otra índole al parlamento y a preparar informes del progreso realizado en la incorporación del género;

b) Ayudar a los organismos gubernamentales a establecer indicadores cualitativos y cuantitativos claros para medir su desempeño con respecto a la incorporación del género;

c) Establecer, en unión del organismo nacional de estadísticas, indicadores generales del desempeño del gobierno;

d) Coordinar informes periódicos que muestren el progreso realizado en todo el ámbito del gobierno hacia el logro de la igualdad de género y el cumplimiento de los compromisos contraídos en virtud de la Plataforma de Acción de Beijing.

74. Una forma concreta de rendimiento de cuentas respecto a los resultados en cuestión de género es la realización de auditorías y preparación de presupuestos con una orientación de género. Los gobiernos deberían:

a) Velar por que se incluya una auditoría orientada al género en las funciones de auditoría ordinarias;

b) Considerar la adopción de un presupuesto orientado al género, que exija a los ministerios y organismos desglosar en sus documentos presupuestarios todos los gastos en términos de los beneficios que aportan al hombre y a la mujer. Mediante este proceso se crea una conciencia de las disparidades de las asignaciones de recursos al hombre y la mujer.

75. Los parlamentos también deberían velar por que el gobierno rinda cuentas de sus actos. Los parlamentos deberían establecer un comité permanente para supervisar el progreso de la incorporación del género y analizar los aspectos relativos al género en todos los informes gubernamentales. Es de esperar que en sus informes al parlamento los ministerios usen indicadores de desempeño en cuestiones de género, formulados al unísono con los mecanismos nacionales. Los comités permanentes deberían contar con una secretaría con experiencia técnica en análisis de género para analizar este aspecto de los informes.

76. Los mecanismos nacionales deberían recurrir a acuerdos internacionales para exigir responsabilidades a los gobiernos. Los mecanismos nacionales deberían:

a) Instar a sus países a rendir, a su debido tiempo, informes al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y a revisar periódicamente cualquier reserva a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, con miras a su posible retirada. Los países que todavía no han ratificado la Convención deberían considerar nuevamente su posición;

b) Instar a sus países a ratificar protocolos optativos a los tratados internacionales que prevén mecanismos de queja.

77. Para asegurar el eficaz funcionamiento de los mecanismos nacionales es preciso que mantengan una estrecha relación con la sociedad civil. La sociedad civil desempeña un importante papel en el proceso de supervisar y dirigir la atención a la responsabilidad del gobierno por la incorporación del género. Las organizaciones de la sociedad civil deberían:

a) Recurrir a los sistemas jurídicos nacionales, regionales e internacionales para impugnar las leyes que infringen el principio de igualdad de género;

b) Iniciar y apoyar impugnaciones legales en defensa del interés público y poner a prueba casos relacionados con la condición jurídica y social de la mujer;

c) Movilizar la opinión pública para exigir el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales relativos a la igualdad de género;

d) Elaborar informes complementarios a los informes periódicos que envían los países a los órganos establecidos en virtud de tratados internacionales y a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.

78. Para que los mecanismos nacionales disfruten del apoyo sostenido de las organizaciones de la sociedad civil se les deben exigir responsabilidades en cuanto al desempeño de su mandato. Los expertos recomendaron que los representantes de las organizaciones no gubernamentales participen, siempre que sea posible, en las revisiones de los mecanismos nacionales contra indicadores de desempeño y que se utilicen las vías institucionales recomendadas anteriormente.

Notas

¹ Véase el informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: 96.IV.13), capítulo 1, resolución 1, anexo II, párrs. 89-111.

² La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) señaló estas metas globales con más detalle, y recomendó que "Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública". (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.15.XIII.18) párr. 8.21).

³ *Ibíd.*, párr. 7.3. La misma declaración aparece en la Plataforma de Acción, (véase Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer ..., anexo II, párr. 95).

⁴ Véase Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer ..., anexo I.

⁵ Jonathan Mann y Sofia Gruskin: "Women's Health and Human Rights: Genesis of the Health and Human Rights Movement", Health and Human Rights, vol. 1, No. 4 (1995), págs. 309-314.

⁶ El derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos (art. 16, párr. 1 e)), el derecho a acceso a material informativo específico y asesoramiento sobre planificación de la familia (art. 10 h)), el derecho de la mujer rural tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia (art. 14, párr. 2 b)) y el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo (art. 11, párr. 1 f)).

⁷ Véanse, en particular, la recomendación general 12 (1989), sobre la violencia contra la mujer; la recomendación general 14 (1990), sobre la circuncisión femenina, y la recomendación general 15 (1990), sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de prevención y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

⁸ El Comité de Derechos Humanos; el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial; el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer;

el Comité contra la Tortura y el Comité sobre los Derechos del Niño. Véanse, en particular, ORGA, 52º período de sesiones, Suplemento No. A/52/40, párrs. 160-167, 287 y 300.

⁹ A/52/507, anexo.

¹⁰ Para el 19 de noviembre de 1998, un total de 104 Estados Miembros y un observador habían presentado oficialmente a la Secretaría sus planes nacionales de acción y estrategias de aplicación. Véase también E/CN.6/1998/6.

¹¹ Eran miembros del Grupo de Tareas el Fondo de Población de las Naciones Unidas (presidente); la Secretaría de las Naciones Unidas; las comisiones regionales de las Naciones Unidas; la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; la Organización Internacional del Trabajo; el Fondo Monetario Internacional; el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas; el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente; el Banco Mundial; el Programa Mundial de Alimentos, y la Organización Mundial de la Salud.

¹² Basic social services for all guidelines on a common approach to national capacity building in tracking child and maternal mortality (1997), guidelines on primary health care (1997), guidelines on reproductive health (1997).

¹³ El conjunto mínimo de datos sociales nacionales fue aprobado por la Comisión de Estadística en su 29º período de sesiones. Véase ORECOSOC, 1997, Supplement No. 4 (E/1997/24), párr. 67 a).

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators, Ginebra 1998; Selecting reproductive health indicators: a guide for district managers, versión de prueba sobre el terreno (1997); Reproductive health indicators for global monitoring, informe de una reunión técnica entre organismos, 9 a 11 de abril de 1997.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, The Sisterhood for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users, 1997.

¹⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Indicators for Population and Reproductive Health Programmes (de próxima publicación).

¹⁷ Véase Naciones Unidas, Estudio Económico y Social Mundial 1997 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.97.II.C.1).

¹⁸ La Guía se basa en respuestas de los gobiernos y se actualiza regularmente por la División para el Adelanto de la Mujer.

Anexo

MARCO PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD
CON UNA PERSPECTIVA INTEGRADA DE GÉNERO

ÍNDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
I. INTRODUCCIÓN	1 - 2	28
II. SEXO, GÉNERO Y SALUD: ESCLARECIMIENTO DE LOS CONCEPTOS	3 - 22	28
A. Influencia de los factores biológicos en la salud y la enfermedad	5 - 6	29
B. Divisiones de género en la sociedad	7 - 12	29
C. Efectos de las desigualdades basadas en el género en la salud de la mujer	13 - 18	30
D. Efectos de las desigualdades basadas en el género en la salud del hombre	19 - 22	31
III. PREJUICIOS DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA MÉDICA	23 - 29	32
A. Prejuicios de género en la investigación	23 - 26	32
B. Prejuicios de género en la atención de salud	27 - 29	33
IV. INCORPORACIÓN DEL GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA	30 - 42	34
A. Medición de la salud de la mujer	31 - 34	34
B. Inclusión de la mujer en la investigación biomédica	35	35
C. Ampliación de los límites disciplinarios de la investigación médica	36 - 37	35
D. Composición del cuadro completo	38 - 42	36
V. INCORPORACIÓN DEL GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD	43 - 63	37
A. Generación de voluntad política	46 - 48	38
B. Institución de un sistema de evaluación de las necesidades que tenga en cuenta el género	49 - 50	38

ÍNDICE (continuación)

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
C. Inclusión de cuestiones de género en el proceso de planificación	51 - 56	39
D. Elaboración del marco para la planificación del género	57 - 58	40
E. Incorporación del fortalecimiento de capacidad para lograr servicios que tengan en cuenta el género	59 - 61	40
F. Rendimiento de cuentas, supervisión y evaluación	62 - 63	41
VI. COLABORACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA IGUALDAD DEL GÉNERO Y LA SALUD	64 - 71	41

I. INTRODUCCIÓN

1. A lo largo de los últimos veinte años, se ha ido concediendo más importancia a las cuestiones de la mujer en los programas de los gobiernos y las organizaciones internacionales. En los años ochenta se registró un importante aumento de las políticas destinadas a impedir que la mujer quedase al margen de la vida económica, política y social. Aunque la mujer experimentó importantes mejoras en su vida como resultado de estas políticas, su condición general en la sociedad permaneció prácticamente inalterada. En reconocimiento de esta continua discriminación, ahora se está dando más atención al aspecto más amplio de las relaciones entre los sexos, en vez de concentrarse exclusivamente en la mujer. En lo que respecta a la atención de salud y otros aspectos de la política pública, se ha efectuado un cambio de orientación hacia la identificación y eliminación de las desigualdades basadas en el género que impiden a la mujer, y a veces al hombre, el pleno desarrollo de su potencial.

2. Este cambio hacia una perspectiva de género ha sido un importante paso al frente. No obstante, todavía no ha dado los resultados esperados y ello se debe a dos motivos principales. En primer lugar, la gran confusión que ha surgido en torno a los términos empleados. ¿Qué significa "género" y en qué se distingue del "sexo"? y ¿por qué es el criterio de género distinto del que se concentra exclusivamente en la mujer? Estas son cuestiones importantes que tienen que comprender perfectamente todos los que intervienen en la aplicación de políticas de salud que tienen en cuenta el género. En segundo lugar, la falta de coordinación entre la formulación y la difusión de técnicas apropiadas para la incorporación de las cuestiones de género en el proceso normativo. Si la igualdad de género es una meta importante en el diseño de servicios de salud, quienes intervienen en ese diseño tienen que estar debidamente informados de los medios más eficaces alcanzarla.

II. SEXO, GÉNERO Y SALUD: ESCLARECIMIENTO DE LOS CONCEPTOS

3. Pese a su uso cada vez más frecuente, todavía existe una gran confusión en torno al término "género". No se trata, sencillamente, de un sustituto moderno de la palabra "sexo" sino, más bien, de un término usado para distinguir las características del hombre y la mujer que tienen una dimensión social de las que están determinadas por factores biológicos. Así pues, el hombre y la mujer se diferencian por características sociales, por un lado, y por características biológicas, por otro. Esto significa que las cuestiones de género no sólo conciernen a la mujer. La salud del hombre también se ve afectada por las divisiones de género en formas positivas y negativas. Estas diferencias en la "condición de mujer" y la "condición de varón" se reflejan en las modalidades de salud y enfermedad que se manifiestan en hombres y mujeres de todo el mundo.

4. Existen marcadas variaciones en las tasas de prevalencia de determinados problemas de salud entre el hombre y la mujer. Todo intento de explicar estas diferencias tiene que tener en cuenta los efectos de los factores tanto biológicos como sociales en el bienestar. Las investigaciones actuales revelan que algunas enfermedades atacan al hombre y a la mujer en distintos momentos de su vida. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares aparecen en una edad más tardía en la mujer que en el hombre; algunas enfermedades como la anemia y

los trastornos oseomusculares y de la alimentación son más prevalentes en la mujer que en el hombre, mientras que otras enfermedades o condiciones sólo afectan a la mujer, como las relacionadas con el embarazo.

A. Influencia de los factores biológicos en la salud y la enfermedad

5. Las investigaciones biomédicas y sociales sobre las diferencias entre el hombre y la mujer se han centrado tradicionalmente en su biología reproductiva. Este criterio es evidentemente importante, dado que la estructura y el funcionamiento de sus sistemas reproductivos respectivos puede dar lugar a determinados problemas de salud tanto en el caso del hombre como en el de la mujer. Sólo el hombre tiene que preocuparse por el cáncer de próstata, por ejemplo, mientras que sólo la mujer puede contraer cáncer de cuello del útero. Ahora bien, la capacidad de la mujer de concebir y dar a luz significa que tiene necesidades de atención de salud adicionales a la del hombre, tanto en estado de salud como de enfermedad. La mujer necesita poder controlar su fecundidad y dar a luz en condiciones de seguridad, por lo que el acceso a atención de salud sexual y reproductiva de alta calidad a través de toda su vida es esencial para su bienestar.

6. El estudio de las normas de esperanza de vida al nacer del hombre y la mujer demuestra la veracidad de este aserto. La mayor longevidad de la mujer se suele atribuir a factores biológicos. Este potencial biológico de larga vida se puede reducir considerablemente y la calidad de vida puede verse adversamente afectada si se somete a la mujer a prácticas discriminatorias, como la denegación por la sociedad de servicios de salud eficaces y apropiados. Aquí es donde se encuentran frente a frente los factores biológicos y sociales y estas diferencias sociales o de género son las que se pueden prestar al cambio.

B. Divisiones de género en la sociedad

7. La acción recíproca de la compleja estructura del género y las diferencias biológicas y genéticas crean condiciones, situaciones y problemas de salud que afectan de distintas formas al hombre y a la mujer como individuos y como grupos de población. Esta acción recíproca y la manera en que se manifiesta en distintos grupos de edad, etnia e ingreso deben ser bien comprendidas por los proveedores de servicios de salud y los formuladores de políticas de salud.

8. Todas las sociedades están divididas a lo largo de un eje que separa al hombre de la mujer, a cada uno de los cuales se los considera seres fundamentalmente distintos entre sí. Más aun, a la mujer se le asigna principalmente la responsabilidad de las tareas domésticas mientras que al hombre se le identifica más con la escena pública, con las actividades del trabajo remunerado y los derechos y deberes de la ciudadanía.

9. En la mayoría de las sociedades, éstas no son sólo diferencias sino injusticias. Lo que se define por "propio del varón" se suele valorar más que lo que se define como "propio de la hembra" y el hombre y la mujer son recompensados con arreglo a esa valoración diferente. Por ejemplo, el trabajo

que realiza la mujer en el hogar no está remunerado y suele estar poco considerado en comparación con el trabajo remunerado. De este modo, la mayoría de las mujeres tiene acceso a menos recursos que los hombres en la misma situación social.

10. El género también configura la personalidad. Las normas sociales que sancionan el comportamiento aceptable del hombre y la mujer en distintos contextos influyen en la formación de la identidad subjetiva del individuo. Las investigaciones han demostrado como se diferencian en función del género las expectativas y el funcionamiento cognoscitivo, emotivo y social de niñas y niños y como evolucionan a las formas distintivas en que la mujer y el hombre perciben y actúan en determinados contextos sociales. Estas normas ponen a casi todas las mujeres en una posición subordinada respecto al hombre y limitan sus esperanzas y aspiraciones. La pobreza es con frecuencia un factor agravante.

11. La importancia del género se debe poner de relieve en los planos institucional, individual y familiar. Un complicado conjunto de valores y normas actúa dentro de los sistemas orgánicos, tales como la atención de salud, la estructura jurídica, la economía y las prácticas religiosas. Estos valores refuerzan a otras normas más amplias de discriminación por motivo de género y determinan las oportunidades, los recursos y las opciones al alcance de hombres y mujeres individuales.

12. El estado de salud tanto del hombre como de la mujer está afectado por sus características biológicas y también por la influencia de las divisiones de género sobre sus circunstancias sociales, económicas y culturales. Para la mujer, los efectos de las divisiones de género son predominantemente negativos. Los efectos sobre el hombre son más difíciles de evaluar, dado que la condición de varón entraña una combinación más compleja de riesgos y beneficios.

C. Efectos de las desigualdades basadas en el género en la salud de la mujer

13. La existencia de desigualdades económicas y sociales significa que, en muchos países, la mujer tiene dificultades en adquirir las necesidades básicas para una vida sana. Por supuesto, el grado de su privación varía de acuerdo con la comunidad en que vive, pero la "feminización" de la pobreza sigue siendo un tema constante. La "devaluación cultural" es también importante, aunque es difícil de medir o incluso definir. El hecho de pertenecer a un grupo menospreciado por la sociedad hace que a muchas mujeres les sea difícil mantener un estado positivo de salud mental. Este proceso comienza en la niñez con la preferencia que muestran muchas culturas por los niños varones y continúa a lo largo de la vida, con la práctica de relegar a una condición inferior y recompensar menos el "trabajo de cuidar a otros". Estas desigualdades de género se refuerzan con la impotencia de la mujer y los obstáculos con que tropieza al tratar de imponer un cambio social.

14. Existe una tendencia a considerar patológico lo que es un proceso normal en la salud física y mental de la mujer. Por ejemplo, el embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales en la mayoría de los casos. A diferencia de las enfermedades que afectan a los hombres, no son enfermedades o acontecimientos quirúrgicos. En muchas sociedades, el embarazo y el parto se han tratado como

procesos médicos en vez de como procesos saludables. Las desigualdades basadas en género que impiden el acceso a servicios de salud de alta calidad ponen en una situación de doble desventaja a la mujer, ya en riesgo a causa de su otra función de procreación.

15. La índole misma de su trabajo puede afectar la salud de la mujer. Las tareas domésticas y el cuidado de los niños pueden ser actividades agotadores y debilitantes, especialmente cuando se realizan sin los recursos necesarios y se combinan, como es el caso de muchas mujeres, con el embarazo y las faenas de la agricultura de subsistencia. También pueden dañar la salud mental cuando reportan escaso reconocimiento y se llevan a cabo en aislamiento. El tiempo dedicado al cuidado de otros hace que la mujer descuide su propia salud. Para la mujer, la vida y las labores domésticas también comportan la amenaza de la violencia, ya que el hogar es el lugar en el que con más probabilidad reciben malos tratos. La insistencia con la que se la identifica con las tareas domésticas también significa que la mujer sufre consecuencias más graves que los hombres cuando un miembro de la familia es toxicómano o cuando ella misma lo es. Incluso en el contexto del trabajo remunerado, los trabajos "propios de la mujer" a menudo plantean riesgos especiales, a los que se presta escasa atención.

16. La violencia basada en el género es un factor de riesgo para muchas mujeres. No sólo es una violación de sus derechos humanos, sino que tiene también toda una serie de consecuencias para su salud física y mental y para el sistema de salud. La mujer es víctima de agresiones como resultado de las desigualdades en la sociedad y corre un gran riesgo de ser objeto de malos tratos por parte de su pareja y sus parientes cercanos.

17. La subordinación sexual de las jóvenes y las mujeres las ha hecho más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, lo que ha venido a agravar la carga de la enfermedad entre ellas y ha reducido gravemente su esperanza y calidad de vida. Además, las jóvenes y mujeres con VIH y SIDA están expuestas a ser estigmatizadas y maltratadas en la mayoría de los casos.

18. La mujer está insuficientemente representada entre los formuladores de política, los encargados de adoptar decisiones y los educadores en muchos segmentos del sector de salud. La desigualdad de acceso a capacitación y educación es una de las causas. Esto da por resultado un acceso limitado a los recursos y una falta de atención a sus necesidades y prioridades.

D. Efectos de las desigualdades basadas en el género en la salud del hombre

19. Hasta ahora han sido la mujer y los defensores de su causa quienes han prestado más atención a los efectos de las divisiones del género en la salud. No obstante, está empezando a plantearse una serie de cuestiones sobre los posibles riesgos para la salud derivados de la condición de varón, que también tienen que tenerse en cuenta al formular políticas que tengan en cuenta el género.

20. A primera vista, la "condición de varón", sólo puede ser beneficiosa para la salud, ya que es probable que confiera más poder, riqueza y categoría que los que tendría una mujer en la misma situación social. Sin embargo, también se le han señalado algunas desventajas. Por ejemplo, en lo que se refiere al trabajo remunerado, la idea del "hombre como sostén de la familia" ha supuesto que en muchas sociedades el hombre se ha visto obligado a desempeñar los trabajos más peligrosos. En consecuencia, las tasas de accidentes y enfermedades laborales han sido siempre más altas entre los hombres que entre las mujeres y también mueren más hombres que mujeres por causas relacionadas con el trabajo.

21. En la mayoría de las sociedades, el hombre es también más propenso que la mujer a adoptar una serie de hábitos perjudiciales para la salud, como el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, y a practicar deportes peligrosos. En la mayoría de las sociedades, estas actividades se asocian a la idea de masculinidad, por lo que los jóvenes, en particular, pueden sentirse presionados a adoptar un comportamiento de riesgo para demostrar que son "todo un hombre". Conceptos similares se han usado para explicar las elevadas tasas de violencia de hombres contra hombres que se registran en muchas partes del mundo. En el sector de salud mental, algunos hombres alegan ahora que los estereotipos de género limitan la gama de emociones que se les permite expresar, lo que hace que les sea difícil admitir debilidades u otros sentimientos considerados "femeninos".

22. La desigualdad basada en el género afecta el comportamiento del hombre y puede afectar las relaciones entre el hombre y la mujer. Ha impedido al hombre reconocer su responsabilidad por los riesgos de salud de la violencia en las relaciones entre él y la mujer.

III. PREJUICIOS DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

A. Prejuicios de género en la investigación

23. La mayoría de las investigaciones sobre salud continúan realizándose en el marco de la tradición biomédica. Aunque se están empezando a tomar con más seriedad los factores sociales, todavía se sigue dedicando una proporción desmesurada de recursos a proyectos del dominio oficial de la biomedicina. Esto se puede decir no sólo de la investigación clínica y epidemiológica sino también de la recopilación ordinaria de datos estadísticos de morbilidad y mortalidad, que continúan enmarcándose dentro de categorías médicas estándar. Hay una falta de investigación cualitativa. En consecuencia, la información recogida y los resultados obtenidos con frecuencia no son aptos para la aplicación de políticas orientadas al género.

24. Por consiguiente, es importante elaborar sistemas de información de salud más idóneos para su uso en la adopción de decisiones en materia de políticas y programas. Esto debería incluir datos (tanto cualitativos como cuantitativos) recogidos en el plano local más sensibles que los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) a las condiciones socioeconómicas y a las cuestiones de género. Los datos se podrían usar para establecer grados de prioridad mediante un proceso que incluyera un análisis sistemático de género.

25. La mayoría de la investigación médica se sigue basando en el supuesto implícito de que la mujer y el hombre son fisiológicamente similares en todos los aspectos salvo en sus sistemas reproductivos. Otras diferencias biológicas se pasan por alto, como también las diferencias sociales, que tienen un efecto tan decisivo para la salud. La consecuencia de este planteamiento es la generación de unos conocimientos faltos de imparcialidad. En la recopilación ordinaria de datos, las estadísticas no siempre se han desglosado por sexo y edad, lo que dificulta la formulación de planes en respuesta a las necesidades concretas del hombre y de la mujer. De igual modo, muchos estudios clínicos dejan fuera a la mujer o no dan a las variables de sexo y género la importancia que merecen en el análisis.

26. En consecuencia, a menudo se aplican a la mujer estrategias preventivas y curativas que sólo se han probado en el hombre. Esto ha provocado la alarma sobre todo con respecto a las enfermedades coronarias y también el VIH y el SIDA. También se dispone cada vez de más pruebas de que las diferencias de sexo y género pueden ser importantes en una serie de enfermedades infecciosas y parasitarias, incluidas la tuberculosis y la malaria. Las diferencias biológicas relativas al sexo pueden afectar la susceptibilidad y la inmunidad, mientras que las diferencias de género en normas de conducta y acceso a recursos pueden influir en el grado de exposición a la infección y en sus secuelas. Ahora bien, sin disponer de más información fidedigna es difícil plasmar estas observaciones en políticas o prácticas clínicas más eficaces.

B. Prejuicios de género en la atención de salud

27. Similares preocupaciones se han expresado respecto a los prejuicios de género en el acceso a la atención médica y la calidad de los servicios recibidos. Existen numerosas pruebas de que la mujer, en particular la mujer pobre, está sujeta a limitaciones relacionadas con el género en lo que se refiere al acceso a servicios de salud. Los obstáculos a los que se enfrenta incluyen la falta de atención culturalmente apropiada, la insuficiencia de recursos, la falta de transporte, el estigma y, a veces, la negativa del marido u otros parientes a permitirle el acceso a dichos servicios. Las limitaciones del gasto público en atención de salud afectarán tanto al hombre como a la mujer, pero cuando hay escasez, en la familia, son las necesidades de la mujer las que se suelen considerar en último lugar.

28. También se ha demostrado que cuando la mujer consigue acceso a atención de salud, la calidad de los servicios que recibe es inferior a la de los que recibe el hombre. Demasiadas mujeres declaran haber tenido experiencias angustiosas y degradantes. Con demasiada frecuencia, el prejuicio de género y la actitud de superioridad de los profesionales médicos y de salud de ambos sexos intimidan a la mujer, a la que se niega la oportunidad de participar en las decisiones sobre su propio cuerpo y su propia salud.

29. Cuando la mujer queda excluida del proceso de adopción de decisiones, el prejuicio de género en la distribución, promoción, destino de personal y adelanto profesional del personal de salud tienen repercusiones negativas en el comportamiento de la mujer en lo que se refiere a búsqueda de atención de salud.

IV. INCORPORACIÓN DEL GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

30. La desigualdad de género en la sociedad en general también se refleja en la forma en que se lleva a cabo la investigación médica. Para que esta situación cambie, se debe conceder más importancia a la salud de la mujer en el proceso de investigación. Se necesita un conjunto oficial de políticas para garantizar la representación de sus intereses.

A. Medición de la salud de la mujer

31. Uno de los problemas básicos a los que se enfrentan muchos formuladores de políticas es la falta de información concreta sobre la situación de la mujer. La práctica de no separar los datos sobre el hombre y la mujer en las estadísticas nacionales y regionales puede dificultar una planificación eficaz para atender a las necesidades especiales de cualquiera de los dos grupos. Por tanto, es esencial que se recojan datos sobre las diferencias de sexo y género en estado de salud y los resultados se presenten de una manera clara para facilitar su uso. El marco conceptual de este proceso de recopilación de datos debería ser apropiado al contexto en el que se utilizan y también reconocer la diversidad de las experiencias de la mujer a lo largo de su ciclo vital. Por ejemplo, las mujeres de edad y las adolescentes pueden tener problemas especiales de salud, por lo que es esencial que factores tales como su estado de nutrición o su acceso a atención de salud se vigilen de manera regular. Esto exigirá el establecimiento de indicadores apropiados para medir distintos aspectos de su salud y calidad de vida. Otros grupos de mujeres cuya vulnerabilidad puede exigir atención especial incluyen la mujer rural, las trabajadoras industriales, las trabajadoras de la industria del sexo, las refugiadas o emigrantes, las mujeres que crían hijos por sí solas y las que padecen enfermedades crónicas o discapacidades a largo plazo. Por ejemplo, se ha demostrado que la mujer que padece enfermedades que estigmatizan o desfiguran a los pacientes, como la tuberculosis y la lepra, están más marginadas que los hombres de todas las actividades y son tratadas como parias, incluso en el mismo ámbito familiar.

32. En muchos países en desarrollo, la falta de datos sobre la salud de la mujer refleja, en parte, las graves limitaciones del sistema de registros vitales, que afectan a ambos sexos. Ahora bien, esta situación a veces se agrava por la actitud de las autoridades pertinentes, que no reconocen la importancia de las cuestiones de género, y por la incomprensión de las complejas presiones sociales, que pueden hacer invisibles los problemas de salud de la mujer. Las estadísticas de salud se basan en historiales clínicos en los que se da más importancia a los datos sobre el hombre y en los que, por tanto, la mujer no está suficientemente representada. En el caso de la mortalidad materna, una amplia gama de factores religiosos, sociales y culturales también puede contribuir a graves problemas de falta de información. Todavía no se han identificado los indicadores de proceso que necesitan utilizar regularmente los encargados de supervisar la salud de la comunidad.

33. Problemas análogos se presentan en relación con la identificación y medición de la violación, la violencia en el hogar y el abuso sexual. Estos actos de agresión suponen un enorme problema de salud pública que todavía no se ha documentado debidamente. Para obviar esta deficiencia, los países

independientemente necesitan impulsar la elaboración de métodos idóneos desde los puntos de vista ético y cultural, para la recopilación de datos pertinentes en sus ambientes particulares. Esta tarea se puede facilitar mediante la cooperación con organizaciones internacionales, tales como la OMS, que ya han adoptado una serie de recursos para el trabajo en este sector.

34. La lagunas de información en la vida de la mujer están ahora empezando a llenarse con nuevas fuentes de datos. Por ejemplo, el reciente establecimiento por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de una serie de indicadores relativos al género ofrece importantes instrumentos con los que los países pueden evaluar los niveles de igualdad de género en su propia sociedad. La OMS y el FNUAP han establecido indicadores de salud reproductiva. Otros programas especializados de la OMS están ahora centrando su atención en el efecto de las diferencias de sexo y género en determinadas enfermedades como la malaria, la lepra, la oncocercosis y la tuberculosis. No obstante, todavía es necesario que los gobiernos y las organizaciones internacionales aúnen sus esfuerzos para elaborar medidas más concretamente relacionadas con la salud, que combinen datos biomédicos y socioeconómicos, para vigilar el perfil epidemiológico de la salud del hombre y de la mujer, en particular con respecto a epidemias incipientes, como las de tuberculosis, VIH y tabaco y sectores a los que se ha prestado escasa atención, como la salud ambiental y ocupacional y la toxicomanía.

B. Inclusión de la mujer en la investigación biomédica

35. Pocas mujeres participan en el sector tradicionalmente controlado por el hombre de la investigación médica, como investigadoras o como objeto de investigación. Sin embargo, esta situación está empezando a cambiar. La inquietud causada por la parcialidad en la investigación médica ha inducido a una serie de países a tratar de incluir a la mujer en estudios muestrales siempre que sea apropiado. Ahora bien, es esencial que estos estudios sólo se lleven a cabo con las debidas garantías éticas, tales como protocolos de consentimiento informado. También se han iniciado estudios a largo plazo para investigar los problemas concretos de la mujer en distintas fases de su vida y será necesario realizar más estudios de este tipo en distinto ambientes socioeconómicos. Los intentos de lograr la participación de la mujer en la determinación de prioridades de investigación han incluido diálogos metódicos entre investigadores y defensores de la salud de la mujer, en particular en servicios de salud reproductiva.

C. Ampliación de los límites disciplinarios de la investigación médica

36. La reforma de la investigación biomédica sólo puede ser una estrategia parcial para llegar a un conocimiento más completo de las desigualdades de sexo y género en la salud y la enfermedad. También es necesario realizar investigaciones en las ciencias sociales para llegar a comprender todos los factores que influyen en la salud humana. En particular, los gobiernos deberían fomentar la investigación multidisciplinaria, en la que participen investigadores de los sectores social, ambiental y biomédico y usar sus conclusiones en la formulación de políticas de fomento de la salud más completas.

37. Los estudios más provechosos suelen ser los que han utilizado métodos cuantitativos y cualitativos, en los que los datos estadísticos se enriquecen con información detallada sobre las propias experiencias de la población. Buenos ejemplos de esta clase de trabajo se pueden encontrar en los sectores de salud sexual y reproductiva, enfermedades tropicales, salud mental y salud ocupacional y ambiental, donde se han ideado nuevas técnicas para examinar preocupaciones íntimas del hombre y la mujer que, de otro modo, nunca se llegarían a conocer. Por ejemplo, la investigación sobre la oncocercosis y la filariasis linfática ha revelado que a la mujer le preocupa el efecto de la enfermedad sobre su aspecto físico, mientras que al hombre le inquieta el rendimiento sexual y la virilidad.

D. Composición del cuadro completo

38. Es esencial que las estrategias para mejorar la salud del hombre y la mujer se basen en rigurosos análisis de toda la gama de actividades reproductivas y productivas emprendidas a lo largo de la vida. En el caso de la mujer, esto es especialmente problemático porque muchas de sus actividades son invisibles. La condición de mujer no es equivalente a la maternidad, y el alcance de la investigación en materia de salud tiene que variar en consecuencia. De aquí que los planificadores necesiten disponer de mucha más información sobre los riesgos que corre la mujer tanto en el hogar como en el lugar de trabajo.

39. Hasta fechas recientes, pocos investigadores habían estudiado los riesgos ocupacionales y ambientales inherentes a las tareas domésticas. Sin embargo, ya está empezando a cambiar esta situación a consecuencia de nuevas técnicas que se están ideando para explorar el interior de la familia. Se ha descubierto la existencia de una serie de riesgos que son especialmente graves para las mujeres más pobres. Por ejemplo, el análisis de la relación entre normas de consumo de energía y volumen de trabajo en el hogar sugiere que las responsabilidades de algunas mujeres dañan su salud a largo plazo. También se ha identificado una serie de riesgos ambientales, entre ellos las lesiones pulmonares causadas por la contaminación producida por las cocinas, así como una serie de sustancias tóxicas no reguladas de uso doméstico.

40. También es preciso que los investigadores y formuladores de política presten mucha más atención al trabajo de la mujer fuera del hogar. Aunque los registros de salud muestran que los hombres mueren más a menudo que la mujer por causas imputables al trabajo, los casos de enfermedad y discapacidad de la mujer por causas laborales están aumentando rápidamente en muchas partes del mundo. Ahora están apareciendo pruebas de que los trabajos que siempre se han considerado "propios de la mujer", como los de enfermera y auxiliar de oficina, pueden plantear riesgos físicos y psicológicos. Los millones de mujeres que están ahora desempeñando trabajos que siempre han sido "propios del hombre", también pueden estar corriendo graves riesgos, sobre todo si se ven obligadas a combinar un trabajo físico arduo con las tareas domésticas y su función de reproducción.

41. Los investigadores de salud ocupacional tienen que mostrar mayor sensibilidad a las cuestiones de género en sus métodos de trabajo, así como un mejor entendimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Sus conclusiones tienen que reflejar los distintos trabajos realizados por el hombre

y la mujer así como las diferencias biológicas y sociales que determinan el efecto del trabajo remunerado en la salud y el bienestar. Sólo entonces tendrán los órganos reguladores información fidedigna en que basarse para formular políticas de salud y seguridad en el trabajo que beneficien por igual al hombre y a la mujer.

42. Se deben adoptar estrategias para hacer las investigaciones en los sectores de salud y de servicios de salud más sensibles al género y, por tanto, más apropiadas como base para la formulación de política nacional e internacional. No obstante, ya se dispone de un importante acervo de información sobre cuestiones de género y es esencial que los planificadores de servicios de salud y los formuladores de política usen los recursos más modernos y más orientados al género para el establecimiento de sus servicios.

V. INCORPORACIÓN DEL GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

43. La incorporación de una perspectiva de género es vital en cada etapa del proceso normativo, desde la formulación, planificación y aplicación de la política a la supervisión y evaluación de su cumplimiento. La falta de una conciencia clara o "ceguera al género" por parte de los formuladores y planificadores de política suele conducir a prejuicios de género y a la preferencia de los intereses del hombre frente a los de la mujer en el proceso de adopción de decisiones. Para evitarlo, es preciso que quienes intervienen en este proceso no sólo estén plenamente conscientes de las cuestiones pertinentes sino que también tengan la voluntad política de reducir las desigualdades entre el hombre y la mujer.

44. Al incorporar el género en el sector de salud, es de importancia capital establecer relaciones eficaces con grupos de hombres y mujeres. Si bien los servicios de salud se suelen confiar al ministerio de salud, se debe alentar la intervención en estas tareas de otros ministerios, en particular, los de hacienda, educación, asuntos de la mujer y bienestar social, medio ambiente y juventud. Se deben establecer alianzas entre ministerios, grupos de usuarios, autoridades locales, el sector privado y organizaciones o donantes internacionales. El sector privado, en particular los patronos de hombres y mujeres con posibles preocupaciones sobre la salud ocupacional, deben ser socios clave en la prestación de atención de salud.

45. El hombre y la mujer no deberían recibir exactamente el mismo trato. Pese a los rasgos que les son comunes, tanto la mujer como el hombre tienen también necesidades peculiares. De aquí que la adhesión al principio de igualdad sea necesario para asegurar que se atienda a esas necesidades diferentes. Pero ello no significa que todos los hombres o todas las mujeres deben recibir el mismo trato. Sus diversas circunstancias supondrán que se necesita una variedad de estrategias para lograr la igualdad entre el hombre y la mujer.

A. Generación de voluntad política

46. Para alcanzar estas metas, debería existir un compromiso serio en las esferas más altas de gobierno. La experiencia muestra que, a menos que exista voluntad política, se asignen responsabilidades claras para el logro de una mayor igualdad de género, tanto en el sector de salud como en otros, y se conceda a la meta misma un alto grado de prioridad, no es probable que se produzcan grandes cambios. Los ministerios de salud, hacienda, educación y medio ambiente deberían asignar recursos especiales para incorporar el género en la prestación de servicios de salud mediante, entre otras cosas, el establecimiento y apoyo de coordinadores de cuestiones de género y la inclusión de las necesarias partidas presupuestarias.

47. La voluntad política se puede generar de diversas formas. Una de ellas debería ser el uso de ejemplos que demuestren la eficacia en función del costo de la intervención del género para reforzar argumentos basados en consideraciones de igualdad y derechos humanos. También se puede hacer uso de los medios de información, sobre todo para dar publicidad a casos individuales. Además, se pueden desplegar redes estratégicas para promover la introducción del cambio.

48. Los particulares y los grupos de la sociedad civil deberían ejercer presión a favor de buenos mecanismos de gestión pública y reformas en el sector público. Esto conduciría a una mayor transparencia y disponibilidad de datos, que se podrían usar para presentar a los políticos los argumentos necesarios para la acción en cuanto al establecimiento de prioridades de género. Las organizaciones internacionales pueden alentar a los gobiernos a cumplir sus compromisos respecto a la igualdad de género.

B. Institución de un sistema de evaluación de las necesidades que tenga en cuenta el género

49. Para alcanzar la meta de formular políticas que tengan en cuenta el género, será preciso incorporarla explícitamente en el objetivo original del programa de tal forma que se pueda usar más tarde para fines de evaluación. Esto exigirá un análisis preliminar del contexto en el que funcionará la política y un entendimiento claro de las cuestiones de género que se ventilan. Entañará una comparación del número de hombres y mujeres usuarios y una evaluación de las normas de género en el uso actual de servicios.

50. Para ello, se debe responder a las preguntas siguientes:

a) ¿Exponen las diferencias de género en la vida cotidiana al hombre y a la mujer a distintos riesgos de salud?

b) ¿Cómo se pueden explicar las diferencias de género actuales en el uso de servicios?

c) ¿Puede observarse alguna diferencia en la calidad de la atención que reciben actualmente el hombre y la mujer?

d) ¿De qué manera están los servicios mismos de salud diferenciados por el género? ¿Afectan las relaciones de género entre los servicios de salud las experiencias de los usuarios?

e) ¿Quién controla actualmente el acceso a los recursos relativos a la salud, y se tienen en cuenta en los criterios de asignación de recursos las distintas necesidades del hombre y la mujer?

f) ¿Existe la probabilidad de que las reformas del sector de salud tengan un efecto diferencial en el hombre y la mujer, y cuál sería el efecto sobre la igualdad de género y el acceso a la atención?

C. Inclusión de cuestiones de género en el proceso de planificación

51. Para que el proceso de planificación tenga en cuenta el género se deben adoptar las medidas siguientes:

a) Asegurar la participación más activa de la mujer misma y los promotores de salud, incluidas las organizaciones no gubernamentales, en el diseño, la prestación y la evaluación de todos los servicios así como en la definición de estrategias relativas a la salud de la mujer;

b) Diseñar una forma apropiada de consulta con organizaciones representativas, grupos comunitarios o directamente con quienes solicitan los servicios;

c) Diseñar instrumentos, métodos y material de capacitación para ayudar a realizar análisis de género en políticas y programas y evaluar el efecto del género.

52. Hasta ahora, las reformas del sector de salud no han tenido en cuenta cuestiones de género críticas para evitar efectos negativos, en particular para la mujer. El cobro de cargos al usuario suele tener un efecto negativo para la mujer pobre, que tiende a ser más vulnerable que el hombre debido a su dependencia económica o acceso limitado a trabajos remunerados.

53. Los cambios institucionales en los sistemas nacionales de salud para acabar con las ineficacias y ampliar la cobertura de los servicios, sin tener en consideración los riesgos y las necesidades concretos del hombre y la mujer, a menudo han dado por resultado el mantenimiento o fortalecimiento de funciones y relaciones de género que tienen un efecto adverso sobre la salud.

54. Las reformas del sector de salud repercuten directamente sobre la composición del personal y, a menos que se tengan en cuenta el género, pueden intensificar la segregación ocupacional entre el hombre y la mujer. Las desventajas derivadas del género se reflejan en la segregación ocupacional del personal de salud masculino y femenino, al relegar a la mujer a sectores más marginales y rara vez confiarle cargos superiores.

55. Para lograr un equilibrio de los sexos a través de la reforma del sector de salud, ésta no se debe limitar al perfeccionamiento de las aptitudes gerenciales y administrativas. Una serie de cuestiones, a menudo no reconocidas, impiden que se dé la consideración debida a la contribución de las mujeres que prestan servicios de salud. Ejemplos de ello son los reglamentos de la administración pública, las "camarillas" de hombres en cargos de influencia, las jerarquías rígidas y las normas de antigüedad y la falta de incentivos para un desempeño que tenga en cuenta el género.

56. La descentralización está considerada como política opcional y como medio de transferir recursos, funciones y autoridad a la periferia. Ahora bien, debido a las desigualdades existentes entre los países en desarrollo de una misma región, los distritos menos ricos no podrán recaudar fondos para proteger a los grupos de población más vulnerables, como los huérfanos, las viudas, los ancianos sin amparo, y las familias sin tierra y las encabezadas por una mujer.

D. Elaboración del marco para la planificación del género

57. La incorporación de cuestiones de género en el sector de salud exige el establecimiento de un marco normativo nacional o regional, dentro del cual se lleven a cabo el proceso de planificación mismo y la prestación de servicios. Aunque no existe un solo modelo para dicho marco, varios países disponen ya de una serie de opciones con diversas estructuras políticas y jurídicas.

58. El establecimiento de metas para la prestación de servicios tiene que ser objeto de detenido estudio en cada caso individual, sobre todo donde se han incorporado incentivos para los proveedores de los servicios. Existen numerosos ejemplos de violaciones de derechos humanos, perpetuación de desigualdades de género y distorsión de prioridades debidos a la ejecución de programas en los que se han incorporado incentivos, sobre todo en los sectores de salud reproductiva y en los programas de pruebas clínicas en masa.

E. Incorporación del fortalecimiento de capacidad para lograr servicios que tengan en cuenta el género

59. El funcionamiento eficaz de los servicios exigirá una estrategia para educar a los trabajadores del sector de salud a comprender el pleno significado de las cuestiones de género en la salud. Es preciso diseñar programas de fortalecimiento de la capacidad para hombres y mujeres trabajadores. Estos programas se deben concentrar no sólo en cuestiones de la mujer sino en el tema más amplio del género mismo, los derechos humanos y la identidad de género de quienes prestan servicios de salud, tanto hombres como mujeres. Pueden incluir cursos de "sensibilización a las cuestiones de género" de carácter general y planteamientos de participación en todos los niveles.

60. Es importante que estos programas se adapten a la cultura del medio en que van a utilizarse, pero ya existen diversos modelos que pueden servir de base para su establecimiento. Es preciso enseñar cursos de esta índole, dirigidos por expertos y promotores competentes en cuestiones de género, a trabajadores calificados del sector de salud de todos los niveles e incorporarlos en el programa de estudio de quienes están recibiendo educación y capacitación en

atención de salud. En particular los programas de medicina y enfermería tienen que estar cuidadosamente diseñados a fin de que las cuestiones de género se incorporen en la futura planificación y prestación de servicios.

61. La actitud de muchos médicos y enfermeros a menudo presenta obstáculos especiales a la mujer que trata de hacer decisiones informadas sobre su propia salud. Por tanto, uno de los principales objetivos del fortalecimiento de capacidad debería ser inculcar a todos los que trabajan en el sector de salud el respecto a la dignidad y los derechos humanos de todos los usuarios de los servicios, incluido el derecho a la información plena sobre su condición y tratamientos disponibles. Esto debería quedar plasmado en una declaración oficial de derechos.

F. Rendimiento de cuentas, supervisión y evaluación

62. Las dimensiones de género, que afectan todos los aspectos de los sistemas de salud, deben estar sujetas al rendimiento de cuentas, como parte esencial de las buenas prácticas de administración. El acceso a educación e información, por sí solo, rara vez será suficiente para asegurar el trato apropiado y ético. Por consiguiente, se necesita toda una serie de mecanismos para garantizar a la mujer el acceso a servicios de promoción de su causa. También es preciso disponer de medios estructurados y fácilmente accesibles de queja y remedio a través de un sistema independiente.

63. Es esencial que todas las políticas incorporen cuestiones de género en sus estrategias de supervisión y evaluación. Así se permitirá a los proveedores de servicios medir el efecto diferencial de las políticas en el hombre y la mujer, en sus funciones como usuarios y trabajadores. Los resultados constituirán la base de la planificación de cualquier cambio necesario para promover una mayor igualdad y equidad de género en la salud. Se podrá dar una amplia difusión a las lecciones aprendidas para beneficio de quienes están en una etapa más temprana de innovación. Estas estrategias de supervisión y evaluación tienen que estar en consonancia con las normas culturales locales y haber sido diseñadas para reflejar y cambiar normas vigentes de relaciones de género. Ahora bien, ya existe toda una serie de instrumentos prácticos de diferentes países como punto de partida para esta tarea.

VI. COLABORACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA IGUALDAD DEL GÉNERO Y LA SALUD

64. Si bien la coordinación intersectorial es importante, debido a las desigualdades que existen en el proceso de adopción de decisiones en y entre sectores y en las asignaciones presupuestarias, no resuelve por sí misma los problemas de salud de la mujer. Es esencial una buena gestión para asegurar la participación de la mujer en la adopción de decisiones en materia de salud. El principio fundamental es que la salud es un derecho humano y eso incluye los derechos humanos de la mujer. El segundo es una democracia basada en el género o democracia paritaria, que asegura a la mujer la igualdad de participación. La responsabilidad y la transparencia son también vitales.

65. El marco de la coordinación intersectorial debería basarse en los acuerdos formulados en la Plataforma de Acción de Beijing, donde se señalaron 12 esferas de especial preocupación. Ese documento, junto con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, ofrece estrategias y recomendaciones para mejorar el bienestar de la mujer en los aspectos político, económico, social y cultural. Ahora bien, es necesario integrar y vincular dichas estrategias de una forma más sistemática, a través de otros sectores, a la salud de la mujer.

66. La atención de salud es sólo uno de los factores que influyen en la salud. Por consiguiente, para acabar con las desigualdades de género, también es preciso que la estrategia incluya una serie de políticas públicas en sectores tan diversos como educación, aplicación de la ley, agricultura, industria, transporte, seguridad social y el sistema jurídico. Cada de uno de ellos, deberá fijarse como meta específica la igualdad de género e introducir intervenciones focalizadas para abordar las tradicionales normas de desventaja derivadas del género. Sólo entonces se podrá atacar directamente la raíz de las desigualdades de género en la salud.

67. Por ejemplo, en la formulación de políticas macroeconómicas, se debe prestar atención al sector no estructurado, al trabajo no remunerado y a la "economía del cuidado de otros" para que las consecuencias que cualquier decisión pueda tener para el trabajo de la mujer reciba la atención debida. De igual modo, se necesita legislación para imponer un criterio de equidad en el acceso a los recursos sociales y económicos mediante el control de la discriminación de género. En lo que respecta a sectores más concretos de política pública, las intervenciones focalizadas que pueden reducir las desigualdades de género en la salud incluyen la formulación de una política integrada para atender a las necesidades prácticas de energía de la mujer, programas de alfabetización para la mujer, subsidios especiales para subvenir a las necesidades de transporte de la mujer rural, estrategias para aumentar el control de la mujer sobre productos agroquímicos y recursos hídricos y concesión de crédito a la mujer, en particular en el sector agrario.

68. Es esencial que todos los formuladores de políticas reconozcan que las desigualdades de género se manifiestan en todos los determinantes de la salud, tales como clase, etnia y condición socioeconómica. Las políticas destinadas a mejorar la salud del hombre y la mujer deben tener en cuenta todos esos factores.

69. Por tanto, la coordinación intersectorial debe aplicarse en todos los sectores y en todos los niveles, desde el local al mundial, por una variedad de agentes.

70. Recociendo que los países varían según su infraestructura, capacidad e historia de planificación intersectorial, el principal objetivo debería ser garantizar la incorporación del género en todas las políticas y programas.

71. Los ejemplos siguientes ilustran las dificultades y algunas de las prácticas óptimas de coordinación intersectorial que incluyen una perspectiva de género:

a) La violencia basada en el género, la trata de mujeres y la prostitución de menores. La Organización Panamericana de la Salud coordina un programa de prevención de la violencia basada en el género en siete países centroamericanos y tres andinos, en el que participan los sectores de justicia penal, aplicación de la ley, salud, empleo y un numeroso grupo de agentes, entre los que se cuentan organizaciones no gubernamentales de mujeres;

b) Salud ambiental. Suecia ha adoptado el Programa 21 y lo ha aplicado en los niveles nacional y municipal con ombudsmen para asegurar la integración de la igualdad de género en los programas sobre el medio ambiente. En Asia se encuentran ejemplos de programas sobre agua y saneamiento en los que la participación de la mujer, junto con una buena coordinación intersectorial, ha sido decisiva para el éxito;

c) Salud ocupacional y acceso de la mujer trabajadora a servicios de salud. En el decenio de 1970, los sindicatos de mujeres de Hong Kong introdujeron mejoras en la salud ocupacional de las zonas francas después de educar a la mujer en legislación laboral. Estas mejoras iban más allá de la licencia por maternidad y abarcaban condiciones ambientales y de seguridad. En Botswana, Cuba y los Países Bajos, las políticas nacionales que tienen por objeto el acceso universal a la atención de salud contribuyeron a garantizar acceso a los servicios de salud a las mujeres que trabajan en el hogar sin percibir remuneración y a las que trabajan en el sector no estructurado;

d) Promoción de la salud y prevención de enfermedades. En Zimbabwe, el programa contra el VIH y el SIDA emplea una serie de enfoques intersectoriales que entrañan la participación de organizaciones no gubernamentales de mujeres, los medios de información, las escuelas y diversos organismos gubernamentales. En Estados Unidos, algunos programas contra el tabaco, incluidos los dirigidos a la mujer joven, han conseguido reducir el consumo de tabaco gracias a la cooperación intersectorial;

e) Salud de las comunidades. En el Programa de salud total de la mujer de Sao Paulo, la mujer y sus organizaciones desempeñaron un papel decisivo en el establecimiento en las comunidades de servicios de atención de salud con un sólido componente de género. En colaboración con la Oficina de Salud de la Mujer del gobierno municipal y sus centros locales de salud, la mujer participó en el diseño y la realización de estudios epidemiológicos basados en sus necesidades, mediante el establecimiento de prioridades y la supervisión de su aplicación. A través de este programa se ofrece acceso gratuito a servicios de planificación de la familia, que incluyen anticoncepción de urgencia, servicios de consultoría y aborto para mujeres en situaciones especiales, y se han establecido comités de estudio y prevención de la mortalidad materna;

f) Salud sexual y reproductiva. La campaña destinada a erradicar la mutilación genital de la mujer en la comunidad Sabini de Uganda es un ejemplo de colaboración horizontal eficaz en el plano local. En esta campaña toman parte los trabajadores del sector de salud, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y jefes tradicionales, que ofrecen información y educación sobre los peligros de la mutilación genital femenina. Esta campaña está apoyada verticalmente por mujeres parlamentarias, educadores, medios de información y militantes del sector del salud, que llevan a cabo una importante labor de promoción en el sector normativo;

g) Enfermedades tropicales. Un ejemplo de la función eficaz que realiza el sector privado, junto con la participación comunitaria de la mujer, lo ofrece el Programa africano de lucha contra la oncocercosis, en el que una compañía farmacéutica proporciona medicamentos gratis (Ivermectin) para prevenir la enfermedad en muchos países de África y las Américas.
