



# La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente

## Por qué existe y cómo podemos cambiarla

Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

Septiembre del 2007

Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género

*Presentado por*

**Gita Sen y Piroska Östlin**  
Vicecoordinadoras de la WGEKN<sup>1</sup>

*Equipo de redacción del informe*

Gita Sen, Piroska Östlin, Asha George



---

<sup>1</sup> Agradecemos mucho a los integrantes y miembros correspondientes de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género (WGEKN), así como a los autores de los documentos de antecedentes, por su buena disposición para escribir, leer, comentar y enviar material. Agradecemos especialmente a **Linda Rydberg** y **Priya Patel** por su apoyo entusiasta y competente en las distintas etapas de este informe. También deseamos agradecer a **Beena Varghese** por sus aportes al informe.

## **Igualdad de género, una condición para el logro de salud para todos y todas en las Américas**

Como Coordinadora de la oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tengo el agrado de presentar ante nuestros socios en el ámbito de la salud en América Latina, la versión en español de " La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente: por qué existe y cómo podemos cambiarla", publicada en septiembre 2007. Este informe, es uno de los nueve informes preparados para el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, fue desarrollado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género, y un equipo mundial constituido por expertos en género y salud, representantes de comunidad académica, sociedad civil y el sector de la salud. La evidencia presentada en este informe resalta la importancia de la igualdad de género, como un determinante primordial de la salud y requiere de un enfoque y de un compromiso renovado para abordar inequidades de género en el logro de la salud para todos.

La desigualdad de género menoscaba la salud física y mental de millones de niñas y mujeres en todo el mundo, y también la de los niños y hombres, a pesar de los muchos beneficios tangibles que obtienen los hombres mediante los recursos, el poder, la autoridad y el control. La adopción de medidas para mejorar la equidad de género en la salud y el empoderamiento de mujeres y niñas en la afirmación sus derechos humanos, incluido su derecho a la salud, constituyen una de las maneras más directas y potentes para reducir las inequidades de salud y garantizar el uso eficaz de los recursos de salud, según se destaca en este informe.

El informe final sobre los determinantes sociales de la salud (Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud) no deja lugar a duda que esos determinantes sociales en mayor medida que los factores biológicos, influyen en nuestra salud y en cómo y cuándo usamos los servicios y cómo contribuimos al cuidado de la salud, , Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen , incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas.

Por otro lado, sabemos ahora que estos determinantes son principalmente responsables de las inequidades de salud -las diferencias injustas y evitables en el estado de salud, el acceso y el desarrollo- que persisten en la mayoría de los países de las Américas.

En el 2005 la OMS estableció una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con expertos destacados y partidarios de diferentes áreas sociales y de salud del mundo para responder a la inquietud creciente por estas inequidades persistentes y progresivas en la salud. El objetivo de la Comisión fue apoyar a los países y socios mundiales en el ámbito de la salud para abordar los factores sociales más graves que conducen a la mala salud y las inequidades.

Este informe final de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género de la Comisión explica cómo el género se combina e interactúa con los determinantes sociales de la salud, e identifica las relaciones de género y poder como uno de los determinantes sociales más potentes de la salud. Se centra en cinco áreas:

- Factores que afectan la estratificación social y cómo mejorar el estado de las mujeres en relación con hombres.
- Exposiciones diferenciales a los factores nocivos para la salud.
- Las vulnerabilidades diferenciales que conducen a los resultados de salud desiguales.
- Consecuencias económicas y sociales diferenciales de la enfermedad y las necesidades de salud reproductiva
- Generación de sistemas de salud e investigación de salud.

El informe también enumera siete orientaciones de política para abordar estas inequidades de género y exige acciones dentro y fuera del sector de la salud.

La OPS ha estado a la vanguardia en abordar las inequidades de género en la salud de las Américas, de acuerdo con el mandato formal en su Política de Igualdad de Género adoptada por los Estados Miembros de las Américas en el 2005. La Política exige integrar la igualdad de género en todas las fases de su trabajo. Dentro de este contexto, recibimos gratamente los datos probatorios con los que este documento contribuye con relación a la urgencia de nuestro compromiso hacia mejorar la salud de las mujeres y hombres en las Américas.

Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo  
Coordinadora, Oficina de Género, Etnicidad y Salud  
Organización Pan Americana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

Rebecca Cook  
Claudia García Moreno  
Adrienne Germain  
Veloshnee Govender  
Caren Grown  
Afua Hesse  
Helen Keleher  
Yunguo LIU  
Piroska Östlin (coordinadora)

#### **Miembros correspondientes**

Pat Armstrong  
Jill Astbury  
Gary Barker  
Anjana Bhushan  
Mabel Bianco  
Mary Anne Burke  
James Dwyer  
Margrit Eichler  
Sahar El- Sheneity  
Alessandra Fantini  
Elsa Gómez  
Ana Cristina González Vélez  
Anne Hammarström  
Amparo Hernández-Bello  
Nduku Kilonzo

#### **Autores de documentos de antecedentes**

Karina Batthyány  
Sonia Correa  
Lucinda Franklin  
Asha George  
Veloshnee Govender  
Aditi Iyer  
Helen Keleher  
Aarti Kelkar-Khambete

#### **Revisores de documentos de antecedentes**

Gary Barker  
Anjana Bhushan  
Lesley Doyal  
James Dwyer  
Sahar El-Sheneity  
Alexandra Fantini  
Ana Cristina González Vélez  
Amparo Hernández Bello  
Peggy Maguire  
Mary Manandhar

#### **Otros contribuyentes**

Tanja Houweling  
Gabrielle Ross

#### **Miembros**

Rosalind Petchesky  
Silvina Ramos  
Sundari Ravindran  
Alex Scott-Samuel  
Gita Sen (coordinadora)  
Hilary Standing  
Debora Tajer  
Sally Theobald  
Huda Zurayk

Jennifer Klot  
Gunilla Krantz  
Sally Macintyre  
Peggy Maguire  
Mary Manandhar  
Nomafrench Mbombo  
Geeta Rao Gupta  
Sunanda Ray  
Marta Rondon  
Hania Sholkamy  
Erna Surjadi  
Wilfreda Thurston  
Joanna Vogel  
Isabel Yordi Aguirre

Melissa Laurie  
Ranjani Murthy  
Piroska Östlin  
Loveday Penn-Kekana  
Rosalind Petchesky  
Sundari Ravindran  
Gita Sen  
Rachel Snow

Piroska Östlin  
Martha Rondon  
Gabrielle Ross  
Gita Sen  
Hania Sholkamy  
Wilfreda Thurston  
Joanna Vogel  
Huda Zurayk

Marion Stevens  
Göran Tomson  
Susan Watts

## **Agradecimiento**

Queremos expresar nuestra gratitud por la paciencia colectiva y la pericia generosamente ofrecida por los miembros de la Red de Conocimiento, los miembros correspondientes, los autores de documentos de antecedentes y estudios de casos incluidos en este informe, y a sus revisores. Estamos también en deuda con los comisionados Hoda Rashad, Monique Begin, Mirai Chatterjee, Ndioro Ndiaye y Denny Vågerö por su orientación y apoyo, y en particular con la comisionada Rashad por organizar la reunión de la Red de Conocimiento en El Cairo. Nuestros puntos focales, Gabrielle Ross de la OMS y Tanja Houweling del Colegio Universitario de Londres, nos ayudaron mucho. Agradecemos especialmente el apoyo de Dorrit Alopaeus-Ståhl, del Ministerio de Relaciones Exteriores de Suecia, así como las valiosas observaciones de los revisores externos de la versión preliminar de este informe. Agradecemos también a nuestros colegas de las Redes de Conocimiento sobre la Globalización y los Sistemas de Salud, que fueron particularmente útiles al compartir ideas y datos probatorios.

Agradecemos asimismo a nuestras instituciones, el Instituto de Gestión de Bangalore (India) y el Instituto Karolinska (Suecia), por acoger los núcleos de organización de la Red de Conocimiento.

## **Cláusula de descargo de responsabilidad**

Este trabajo, que fue posible gracias al financiamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia (SNIPH) y el Instituto de la Sociedad Abierta (OSI), fue realizado para la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género, establecida como parte de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Los criterios presentados en este trabajo/publicación/informe son de los autores y no representan necesariamente las decisiones, la política o los puntos de vista de la OMS o los comisionados.

# ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| <b>ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS</b> .....   | <b>VII</b> |
| <b>RESUMEN</b> .....  | <b>XII</b> |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>1</b>   |
| I.1 PILARES BÁSICOS .....   | 1          |
| I.2 MÁS ALLÁ DE LA MATERNIDAD Y EL PASTEL DE MANZANA .....  | 4          |
| <b>II. BASE DE DATOS PROBATORIOS DEL INFORME</b> .....  | <b>6</b>   |
| <b>III. DIAGNÓSTICO: ENTONCES, ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?</b> .....  | <b>8</b>   |
| III.1 GÉNERO, MUJERES, EQUIDAD E IGUALDAD .....   | 8          |
| III.2 INTERSECCIÓN DE LAS JERARQUÍAS SOCIALES .....   | 10         |
| III.3 INTERACCIÓN DE LOS ESTRATIFICADORES SOCIALES Y LOS PROCESOS ESTRUCTURALES .....   | 11         |
| III.4 VÍAS CAUSALES Y MARCO DE REFERENCIA .....   | 12         |
| <b>IV. FACTORES ESTRUCTURALES DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL GÉNERO</b> .....  | <b>13</b>  |
| IV.1 ¿QUÉ SABEMOS? .....  | 13         |
| IV.1.1 Género como estratificador social .....  | 14         |
| IV.1.2 Procesos estructurales relacionados con el género .....  | 16         |
| IV.1.3 Movimientos de mujeres y derechos humanos .....  | 25         |
| IV.2 PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES PARA ACTUAR .....   | 26         |
| IV.2.1 Profundizar el marco de referencia y ejercitar los derechos humanos .....  | 27         |
| IV.2.2 Proteger los “amortiguadores” .....  | 28         |
| IV.2.3 Ampliar la capacidad de las mujeres: enfoque en la educación .....   | 30         |
| <b>V. NORMAS, VALORES Y COSTUMBRES</b> .....  | <b>32</b>  |
| V.1 ¿QUÉ SABEMOS? .....   | 32         |
| V.1.1 ¿Cómo operan las normas? .....  | 32         |
| V.1.2 Normas de género que afectan la salud .....   | 35         |
| V.2 DESAFÍO DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD .....   | 38         |
| V.2.1 Crear, establecer y cumplir acuerdos formales, códigos y leyes para cambiar las normas que vulneran los derechos humanos de las mujeres ..... | 39         |
| V.2.2 Adoptar estrategias de múltiples niveles para cambiar las normas, incluso el apoyo a las organizaciones de mujeres .....                      | 42         |
| V.2.3 Trabajar con los niños y los hombres para promover la transformación de la masculinidad .....   | 46         |
| <b>VI. DIFERENCIAS EN EXPOSICIÓN Y VULNERABILIDAD</b> .....   | <b>48</b>  |
| VI.1. ¿QUÉ SABEMOS? .....   | 48         |
| VI.1.1 Configuración de las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud .....  | 49         |
| VI.1.2 Comprensión de las diferencias de salud entre hombres y mujeres .....  | 50         |
| VI.1.3 Exposición y vulnerabilidad debidas tanto al sexo como al género .....   | 52         |
| VI.1.4 Exposición y vulnerabilidad debidas principalmente al género .....   | 56         |
| VI.2. REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES .....   | 59         |
| VI.2.1 Atender las necesidades diferentes de salud .....  | 59         |
| VI.2.2 Abordar el sesgo social .....  | 62         |
| VI.2.2.1 Abordar las dimensiones estructurales del comportamiento individual de riesgo .....  | 64         |
| VI.2.2.2 Empoderar a personas y comunidades para lograr un cambio positivo .....  | 67         |
| <b>VII. LA POLÍTICA DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD</b> .....   | <b>70</b>  |
| VII.1. ¿QUÉ SABEMOS? .....  | 70         |
| VII.1.1 Las mujeres como consumidoras de servicios de salud .....   | 72         |
| VII.1.2 Las mujeres como proveedoras de atención sanitaria .....  | 75         |

|   |            |
|---|------------|
| VII.1.3 Mecanismos de responsabilización para mejorar los servicios de salud .....                                    | 77         |
| VII.2 CAMBIO EN LA FORMA DE CUIDAR Y CURAR .....  | 78         |
| VII.2.1 Aumentar el grado de conciencia sobre los problemas de salud de las mujeres y mejorar su reconocimiento ..... | 80         |
| VII.2.2 Mejorar el acceso de las mujeres a la atención de salud .....   | 83         |
| VII.2.3 FORTALECIMIENTO DE LA RESPONSABILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD ANTE LOS CIUDADANOS .....                   | 88         |
| <b>VIII. INVESTIGACIONES DE SALUD .....</b>   | <b>92</b>  |
| VIII.1 ¿QUÉ SABEMOS? .....  | 92         |
| VIII.1.1 Desequilibrios de género en el contenido de la investigación .....   | 92         |
| VIII.1.2 Desequilibrios de género en el proceso de investigación .....  | 93         |
| VIII.2 CAMBIAR LO QUE SABEMOS .....   | 95         |
| VIII.2.1 Prerrequisitos para realizar investigaciones de salud que incluyan la dimensión de género .....              | 96         |
| VIII.2.2 Lo que se mide es lo que se hace: datos e indicadores .....  | 98         |
| <b>IX. REMOCIÓN DE LAS PLACAS INCRUSTADAS EN LAS INSTITUCIONES .....</b>  | <b>100</b> |
| IX.1 INTEGRACIÓN Y CATALIZACIÓN DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN MATERIA DE SALUD .....                                     | 100        |
| IX.1.1 Integrar la igualdad y la equidad de género .....  | 100        |
| IX.1.2 Integrar la perspectiva de género en la salud .....  | 105        |
| IX.1.3 Empoderar a las mujeres para mejorar la salud .....  | 107        |
| <b>X. EL CAMINO HACIA ADELANTE: ¿CÓMO LLEGAR ALLÁ DESDE AQUÍ? .....</b>   | <b>109</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>114</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>129</b> |
| ANEXO 1. LISTA DE DOCUMENTOS DE ANTECEDENTES .....  | 129        |
| ANEXO 2. ESTUDIOS DE CASOS .....  | 130        |
| 1. Efectos de los cambios en la ley sobre el estado civil de las mujeres en Túnez .....                               | 130        |
| 2. Lo que se hizo en Sudáfrica y lo que se puede aprender de ello .....   | 134        |
| ANEXO 3. AVAD AJUSTADOS POR EDAD Y NO PONDERADOS POR SEXO, CORRESPONDIENTES A 2002 .....                              | 139        |

## Siglas

|         |  |
|---------|--|
| ACDI    | Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional   |
| ARROW   | Centro de Investigación y Recursos del Pacífico Asiático para las Mujeres              |
| AVAD    | Años de vida ajustados en función de la discapacidad                                   |
| AWID    | Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo                               |
| CEDAW   | Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer |
| CSDH    | Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud                                      |
| DHS     | Encuesta de demografía y salud   |
| DPDI    | Departamento para el Desarrollo Internacional (RU)                                     |
| ICESCR  | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales                      |
| ICPD    | Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo                           |
| IGWG    | Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género  |
| ETS     | Enfermedades de transmisión sexual   |
| NORAD   | Organismo Noruego de Desarrollo Internacional  |
| OCDE    | Organización de Cooperación y Desarrollo Económico                                     |
| ODM     | Objetivos de Desarrollo del Milenio  |
| OMS     | Organización Mundial de la Salud   |
| ONG     | Organización no gubernamental  |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA                             |
| OPS     | Organización Panamericana de la Salud  |
| OSDI    | Organismo Sueco de Desarrollo Internacional  |
| PIB     | Producto interno bruto   |
| SIDA    | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida  |
| UNICEF  | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  |
| VIH     | Virus de la inmunodeficiencia humana   |
| WGEKN   | Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género                                       |

# ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS

## *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente*

### *Por qué existe y cómo podemos cambiarla*

#### *Informe de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*

La desigualdad de género perjudica la salud física y mental de millones de niñas y mujeres en todo el mundo, así como de niños y hombres, a pesar de los numerosos beneficios tangibles que se ofrecen a los hombres en forma de recursos, poder, autoridad y control. Debido al número de personas afectadas y la magnitud de los problemas, la adopción de medidas para mejorar la equidad de género en salud y abordar los derechos de las mujeres a la salud es una de las maneras más directas y eficaces de reducir las inequidades en materia de salud y garantizar el uso efectivo de los recursos sanitarios. La profundización y aplicación sistemática de los instrumentos de derechos humanos pueden ser un mecanismo eficaz para motivar y movilizar a los gobiernos, las personas y, especialmente, las propias mujeres.

#### ***Siete enfoques que pueden lograr un cambio:***

##### **1. Abordar las dimensiones estructurales esenciales de la desigualdad de género**

- Transformar y profundizar el marco normativo de los derechos humanos de las mujeres mediante la aplicación eficaz de leyes y políticas en las dimensiones clave.
- Procurar que no se menoscaben los recursos y la atención destinados al acceso, la asequibilidad y la disponibilidad de los servicios de salud durante los períodos de reformas económicas, y que se protejan y promuevan los derechos y la salud de las mujeres, así como la igualdad de género, debido a la estrecha relación entre los derechos de las mujeres a la salud y su situación económica.
- Apoyar, mediante recursos, infraestructura y políticas y programas eficaces, a las mujeres y las niñas que sirven como “amortiguadores” de las familias, las economías y las sociedades como resultado de la función que desempeñan en el cuidado de otras personas, e invertir en programas para transformar la actitud, tanto de los hombres como de las mujeres, con respecto al cuidado de otras personas para que los hombres comiencen a asumir una responsabilidad igual en la realización de esta tarea.

- Fortalecer la capacidad de las mujeres de cuestionar la desigualdad de género en el plano individual y en forma colectiva, en particular mediante la educación.
- Fomentar la participación de las mujeres en la adopción de decisiones políticas y en otros procesos decisorios desde la esfera del hogar hasta las esferas nacional e internacional a fin de que tengan más voz y representación.

## **2. Cuestionar los estereotipos de género y adoptar estrategias de niveles múltiples para cambiar las normas y las prácticas que perjudican directamente la salud de la mujer**

- Crear, establecer y hacer cumplir los acuerdos formales internacionales y regionales, los códigos y las leyes para cambiar las normas que violan los derechos de las mujeres a la salud.
- Trabajar con los niños y los hombres mediante programas innovadores para transformar las normas masculinistas perjudiciales, el comportamiento de alto riesgo y las prácticas violentas.

## **3. Reducir los riesgos para la salud propios de ser mujeres y hombres abordando la exposición y las vulnerabilidades relacionadas con el género**

- Satisfacer las diferentes necesidades de salud de las mujeres y los hombres. En los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores sociales determinantes en la definición de necesidades diferentes de las mujeres y los hombres en el ámbito de la salud, los esfuerzos políticos deben encarar estas necesidades diferentes. No solo se deben abordar los trastornos desatendidos específicos de las personas de un sexo, sino que también se deben considerar las necesidades específicas de cada sexo en relación con las condiciones de salud que afectan tanto a las mujeres como a los hombres, de forma tal que tanto las mujeres como los hombres tengan acceso sin sesgo a los tratamientos.
- Abordar los sesgos sociales que generan diferencias en los riesgos y los resultados relativos a la salud. Cuando no haya ninguna razón biológica verosímil para que los resultados de salud sean diferentes, las políticas y las medidas deben promover la igualdad de los resultados. Se necesitan políticas más integrales para equilibrar el trabajo con los compromisos familiares. El trabajo doméstico, incluso el cuidado de otros miembros de la familia, se debe reconocer como trabajo y se deben abordar los riesgos para la salud relacionados con el trabajo, independientemente del lugar donde se realice. Con respecto a las normas relativas a la licencia familiar, se debe exigir que los hombres compartan esta responsabilidad con las mujeres. Los sistemas de seguro social

deben procurar que incluso las personas que no tengan una ocupación formalmente reconocida y remunerada también estén protegidas cuando no trabajen o cuando se enfermen.

- Abordar las razones estructurales del comportamiento de alto riesgo. Las estrategias que procuran cambiar los modos de vida perjudiciales para la salud, tanto de los hombres como de las mujeres, si bien son importantes en el plano individual, pueden ser mucho más eficaces si se combinan con medidas para cambiar el entorno social en el cual están arraigados estos modos de vida y comportamientos. Estas medidas deben enfrentar las circunstancias sociales y económicas negativas (por ejemplo, el desempleo, la pérdida súbita de ingreso) en las que se encuadran los modos de vida perjudiciales para la salud.
- Dar poder de decisión a las personas y las comunidades para que asuman un papel central en esta acción. A fin de que las estrategias tengan éxito, se deben ofrecer opciones positivas que impulsen a las personas a actuar frente al statu quo actual, que puede no ser sensible a la dimensión de género o presentar sesgos de género.

#### **4. Transformar la política de los sistemas de salud relacionada con el género al mejorar la conciencia y el manejo de los problemas de las mujeres en su papel de productoras y consumidoras de asistencia sanitaria mediante el aumento del acceso a los servicios de salud y el logro de que los sistemas de salud se responsabilicen más por las mujeres**

- Proporcionar atención de salud integral y esencial, accesible para todos de una manera aceptable y asequible, y con la participación de las mujeres: procurar que no se cobren cargos a los usuarios en el punto del acceso al servicio de salud, evitar el empobrecimiento de las mujeres haciendo cumplir las reglas de adaptación de los cargos que pagan los usuarios a la capacidad de pago de las mujeres, y ofrecer atención a las mujeres y los hombres según sus necesidades, el tiempo de que dispongan y otras limitaciones.
- Desarrollar las aptitudes y la capacidad de los profesionales de la salud en todos los niveles del sistema de salud para que entiendan y apliquen las perspectivas de género en su trabajo.
- Reconocer las contribuciones de las mujeres al sector de la salud, no solo en el sector formal, sino también en su trabajo informal de cuidadoras. Las mujeres, como proveedoras de salud en la atención auxiliar, voluntaria e informal necesitan múltiples nexos con los sectores formales y profesionales: capacitación, supervisión, reconocimiento y apoyo, y sistemas de referencia que funcionen bien y las pongan en contacto con fuentes de medicamentos, equipo y conocimientos técnicos especializados.

- Fortalecer la responsabilidad de los encargados de la formulación de las políticas de salud y los proveedores de atención de la salud que trabajan en consultorios privados o públicos con respecto a las dimensiones de género y la salud. Incorporar las dimensiones de género en las auditorías clínicas y otros esfuerzos para vigilar la calidad de la atención.

#### **5. Tomar medidas a fin de mejorar los datos probatorios básicos de las políticas mediante el cambio de los desequilibrios de género, tanto en el contenido como en los procesos de investigación de salud.**

- Asegurar que se recopilen datos desglosados por sexo, situación socioeconómica y otros estratificadores sociales tanto en proyectos de investigación individual como en sistemas de datos más amplios a nivel regional y nacional, y que los datos se clasifiquen y analicen de forma tal que permitan obtener resultados válidos y ampliar los conocimientos necesarios para la adopción de políticas.
- Incluir un número apropiado de mujeres en los ensayos clínicos y otros estudios sanitarios, y analizar los datos generados por esas investigaciones con instrumentos y métodos sensibles a la dimensión de género.
- Los organismos de financiamiento de la investigación deben promover los proyectos que amplíen el alcance de la investigación de salud y vinculen las dimensiones biomédicas con las sociales, incluso las consideraciones en materia de género.
- Fortalecer el papel de las mujeres en la investigación de salud. Corregir los desequilibrios de género en los comités de investigación y los órganos consultivos de financiamiento y publicaciones.

#### **6. Adoptar medidas para que las organizaciones de todos los niveles funcionen más eficazmente a fin de incorporar la igualdad y la equidad de género y empoderar a las mujeres para la salud creando estructuras propicias, incentivos y mecanismos de responsabilización**

- El gobierno y las organizaciones no gubernamentales se deben sentir propietarios de la incorporación de la perspectiva de género, financiarla adecuadamente y llevarla a cabo eficazmente. Esta tarea debe estar respaldada por una unidad de género orientada a la acción que tenga una posición y autoridad fuertes, así como nexos con la sociedad civil para asegurar la eficacia y la responsabilización.
- Para que las intervenciones con el propósito de empoderar a las mujeres sean eficaces, se debe aprovechar y fortalecer una participación auténtica asegurando que haya autonomía en la adopción de decisiones, sentido de comunidad y lazos locales. Si esas intervenciones se integran con la economía, la educación o los sectores

políticos, pueden llevar a un mayor empoderamiento psicológico, autonomía y autoridad, e influir sustancialmente en una variedad de resultados de salud.

**7. Apoyar las organizaciones femeninas que son cruciales para asegurar que las mujeres tengan voz y representación, que a menudo están a la vanguardia de la identificación de los problemas y la experimentación con soluciones innovadoras, que dan prioridad a la exigencia de la responsabilización de todos los actores, tanto públicos como privados, y cuyo acceso a los recursos ha disminuido en los últimos años**

Estos siete enfoques abarcan un conjunto de acciones prioritarias que se deben llevar a cabo tanto dentro como fuera del sector de la salud, y que exigen la participación y responsabilización de todos los actores: organismos internacionales y regionales, gobiernos, sector con fines de lucro, organizaciones de sociedad civil y movimientos populares. Aunque los ministerios de salud a nivel nacional y la OMS y sus organizaciones regionales a nivel internacional desempeñan un papel crucial de liderazgo en la movilización de voluntad política y la promoción de coaliciones y alianzas, ninguna persona u organización se puede abstener de actuar para cuestionar las barreras de la inequidad de género. Solo de esta forma se podrán romper los círculos viciosos continuos de la desigualdad, la injusticia, la ineficacia y la ineficiencia en materia de salud.

# Resumen

## Antecedentes

La desigualdad de género perjudica la salud de millones de niñas y mujeres en todo el mundo. También puede ser nociva para la salud de los hombres a pesar de los muchos beneficios tangibles que les da a los hombres en forma de recursos, poder, autoridad y control. Estos beneficios para los hombres no están exentos de un costo para su propia salud emocional y psicológica, que a menudo se refleja en comportamientos riesgosos, y reduce la longevidad. La adopción de medidas para mejorar la equidad de género en materia de salud y abordar los derechos de las mujeres a la salud es una de las maneras más directas y eficaces de reducir las inequidades generales en materia de salud y garantizar el uso eficaz de los recursos sanitarios. La profundización y la aplicación sistemática de los instrumentos de derechos humanos pueden ser mecanismos potentes para motivar y movilizar a los gobiernos, las personas y, especialmente, a las propias mujeres.

Las relaciones de poder determinadas por el género constituyen las causas fundamentales de la desigualdad de género y se encuentran entre los principales factores sociales determinantes de la salud. Determinan si se reconocen las necesidades de salud de las personas, si la gente tiene voz o un mínimo de control sobre su vida y su salud, y si puede hacer valer sus derechos. Este informe muestra que, para abordar el problema de la desigualdad de género, se necesitan medidas tanto fuera como dentro del sector de la salud porque las relaciones de poder determinadas por el género operan a través de una gama muy amplia de aspectos de la vida humana y de maneras muy interrelacionadas. Tomar medidas de este tipo es bueno para la salud de todos: niñas y niños, mujeres y hombres. En particular, la acción intersectorial para abordar la desigualdad en materia de género es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Igual que otras relaciones sociales, las relaciones de género que se experimentan en la vida diaria y en el cotidiano sentirse bien o mal se basan en estructuras básicas que rigen la inserción del poder en la jerarquía social. Las estructuras que rigen los sistemas de género tienen elementos en común y semejanzas básicas entre diferentes sociedades, aunque su manifestación en creencias, normas, organizaciones, comportamientos y prácticas puede variar. El informe revela que la desigualdad de género y la equidad en la salud están regidas por estructuras sociales y, por consiguiente, susceptibles de modificación. El sexo y la sociedad interactúan, determinando quién está bien y quién está enfermo, quién recibe tratamiento y quién no, quién está expuesto o es vulnerable a la mala salud y de qué forma, quién se comporta de forma arriesgada o evita los riesgos y qué necesidades sanitarias se reconocen o se pasan por alto.

Sin embargo, el género se entrecruza con la desigualdad económica, la jerarquía racial o étnica, la dominación de castas, las diferencias basadas en la orientación sexual y otros marcadores sociales. Centrarse solamente en las desigualdades económicas entre los hogares puede distorsionar seriamente nuestra comprensión de cómo obra la desigualdad y quién sobrelleva en la práctica gran parte de su carga. Los gradientes de salud pueden ser muy diferentes para los hombres y las mujeres; la pobreza médica tal vez no atrape a las mujeres y los hombres en la misma medida o de la misma manera. El trabajo corriente sobre gradientes y brechas nos dice con suficiente facilidad que los pobres están en peor situación en lo que se refiere tanto al acceso a la salud como a los resultados sanitarios que aquellos que están económicamente en mejor situación, pero no nos dice si la carga de esta inequidad es sobrellevada por igual por distintas castas o grupos raciales entre los pobres. Tampoco nos dice de qué forma se distribuye la carga de la inequidad en salud entre los integrantes de las familias pobres. ¿Quedan atrapados en igual medida por la pobreza médica las mujeres y los hombres, las viudas y los jóvenes que tienen ingresos? ¿Se los trata por igual en caso de enfermedades o lesiones catastróficas? Cuando los costos sanitarios suben considerablemente, como ha ocurrido en muchos países en los últimos años, ¿economizan por igual las mujeres y los hombres en los hogares? ¿Son similares estos esquemas similares en diferentes quintiles de ingreso? Esto plantea un reto para las políticas, que deben procurar la equidad no solo entre los hogares sino también, y al mismo tiempo, dentro de los hogares. El derecho a la salud se afirma en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y forma parte de los principios básicos de la OMS. Este informe se basa en la afirmación de derechos iguales y universales a la salud para todos, independientemente de su clase económica, sexo, raza, grupo étnico, casta, orientación sexual, discapacidad, edad o lugar de residencia.

### **Factores estructurales determinantes relacionados con el género**

Los sistemas de género tienen diferentes características que no siempre son las mismas en distintas sociedades. Las mujeres pueden tener menos tierra, riqueza y propiedades en casi todas las sociedades, pero sin embargo tienen una carga mayor de trabajo en la economía del “cuidado” de otros —velando por la supervivencia, reproducción y seguridad de la gente, incluso los jóvenes o los ancianos—. En algunos contextos, las niñas reciben menos alimentos y menos educación y se las restringe más físicamente; las mujeres generalmente son empleadas y segregadas en ocupaciones “informales”, menos remuneradas y menos seguras. La jerarquía de género determina la forma en que vive la gente, lo que cree y lo que dice saber con respecto a lo que significa ser niña o niño, mujer u hombre. A menudo, se considera que las niñas y las mujeres son menos capaces o aptas, y en algunas regiones se las ve como depositarias del honor masculino o familiar y del amor propio de las comunidades. Se considera que las restricciones de su movilidad física, su sexualidad y su capacidad reproductiva son naturales y, en muchos casos, los códigos de conducta social aceptados y los sistemas jurídicos toleran, e incluso premian, la violencia contra ellas.

Por lo tanto, se considera que las mujeres son objetos en vez de sujetos (o agentes) en sus propios hogares y comunidades, y eso se refleja en normas de comportamiento, códigos de conducta y leyes que perpetúan su condición de seres inferiores y ciudadanas de segunda clase. Aun en los lugares donde no existe una desigualdad de género extrema, las mujeres a menudo tienen menos acceso al poder político y menos participación en las instituciones políticas, desde el concejo municipal o el pueblo local hasta el parlamento nacional y la escena internacional. Aunque eso ocurre con todas las mujeres en comparación con los hombres, puede haber grandes diferencias entre las mujeres mismas según la edad o la etapa de la vida, así como la clase económica, la casta, el grupo étnico, etc. Gran parte de lo expuesto se aplica también a las personas transgénero e intersexuales, que a menudo se ven obligadas a vivir en los márgenes de la sociedad con pocos bienes materiales, se enfrentan con una exclusión tan extrema de los mercados de trabajo que les deja pocas opciones fuera de la prostitución como medio de subsistencia y suelen ser víctimas de ostracismo, discriminación y brutalidad.

La otra cara de la moneda de la posición subordinada de las mujeres es que los hombres tienen habitualmente mayor riqueza, mejores trabajos, más educación, mayor influencia política y menos restricciones para su comportamiento. Más aún, los hombres de muchas partes del mundo ejercen poder sobre las mujeres, toman decisiones en su nombre, reglamentan y restringen su acceso a los recursos y su representación personal, y sancionan y vigilan su comportamiento mediante la violencia socialmente aprobada o la amenaza de violencia. De nuevo, no todos los hombres ejercen poder sobre todas las mujeres; en las relaciones de poder determinadas por el género se entrecruzan la edad y la etapa de la vida, así como otros estratificadores sociales tales como clase económica, raza o casta. Los efectos del poder determinado por el género en la salud física y mental —de niñas, mujeres, personas transgénero e intersexuales y también de niños y hombres— pueden ser profundos. Además, el trabajo no remunerado de “cuidado” que realizan las mujeres se exagera por el desmoronamiento de los servicios de salud y la desaparición del personal de salud remunerado en la medida en que deben atender las necesidades de los jóvenes y los ancianos. Las mujeres se convierten en los amortiguadores del sistema y se espera que actúen como tales en épocas de normalidad económica y sanitaria y durante las sacudidas causadas por las crisis sanitarias y las situaciones de emergencia.

Los sistemas de género, los procesos estructurales y su interacción constituyen en conjunto los factores estructurales determinantes de la salud relacionados con el género. ¿Qué determina el ritmo o el modelo del cambio en los sistemas de género y cómo afectan a la salud de la gente? La interacción entre los sistemas de género y los procesos estructurales, como el aumento de la alfabetización y la educación, las transiciones demográficas reflejadas en las tasas de natalidad y de mortalidad y en las estructuras familiares, la globalización (incluso sus efectos en las fuerzas laborales, el espacio normativo, los sistemas de salud y la violencia) y el fortalecimiento del discurso sobre los derechos humanos debilitan o fortalecen las jerarquías de género y sus efectos en la salud de las personas.

Sin embargo, en algunos casos estos cambios también desencadenan retrocesos cuando aquellos que ejercen el poder de género en la familia, las comunidades y las estructuras religiosas tratan de controlar y disciplinar (especialmente) a las mujeres jóvenes. El deseo de aferrarse a ese poder ha conducido a intentos de hacer retroceder las normas internacionalmente acordadas sobre igualdad de género y, en particular, la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Tales intentos tuvieron graves consecuencias para la salud y los derechos humanos de las mujeres, los hombres y los jóvenes.

Tres consecuencias de la globalización son especialmente importantes para nuestro enfoque de las relaciones de género. El primero es la forma en que ha transformado la composición de la fuerza laboral y los efectos en la salud de la mujer. La feminización de la fuerza laboral ha ido de la mano con un aumento del trabajo casual y la persistencia de la carga desigual del trabajo no remunerado en el hogar, lo cual tiene graves repercusiones en la salud de la mujer desde el punto de vista de la salud ocupacional y las consecuentes faltas de descanso y tiempo libre. Otra consecuencia de la globalización en relación con el género es el estrechamiento del espacio normativo nacional, que resultó en una disminución de fondos destinados a la salud y la educación, con repercusiones negativas para el acceso de las niñas y las mujeres. Un tercer aspecto de la globalización que es importante para la salud es el aumento de la violencia vinculado con los cambios en la economía política de los países en el orden internacional. Es importante señalar que la violencia relacionada con el género no solo afecta a las niñas y las mujeres, sino que incluye también la violencia contra los niños y los hombres, así como las personas transgénero e intersexuales, y todos aquellos que no se encuadran en las normas heterosexuales.

Algunas de las consecuencias negativas de la globalización contrastan con la profundización del marco normativo de derechos humanos durante los últimos decenios. Esta profundización fue importante porque alteró los valores, las creencias y los conocimientos acerca de los sistemas de género y sus repercusiones en la salud y los derechos humanos. **La primera prioridad para la acción es, por consiguiente, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres que son elementos clave del marco normativo para la salud.** Pero, a su vez, es necesario fortalecer la capacidad de las mujeres para actuar y empoderarlas para que puedan hacer valer y ejercer sus derechos humanos. **Eso conduce a las dos acciones prioritarias siguientes: proteger a las mujeres que actúan como “amortiguadores” mediante reformas estructurales decisivas, como la infraestructura sensible a la dimensión de género, y ampliar las oportunidades y las capacidades de las mujeres.**

### **Normas, valores y costumbres**

Las normas relacionadas con el género en la salud se manifiestan en los hogares y las comunidades en función de los valores y las actitudes acerca del valor relativo o la importancia de las niñas frente a los niños, y de los hombres frente a las mujeres; acerca de quién tiene la responsabilidad de ocuparse de distintas necesidades y funciones en

el hogar y la comunidad; acerca de la masculinidad y la femineidad; acerca de quién tiene derecho a tomar distintas decisiones, quién procura que se mantenga el orden en el hogar o la comunidad y que se sancionen o se castiguen las desviaciones, y quién tiene la máxima autoridad en el mundo interno de la familia y la comunidad y en sus relaciones externas con la sociedad. Las normas en torno a la masculinidad afectan la salud no solo de las niñas y las mujeres, sino también de los niños y los hombres mismos.

Cuestionar las normas de género, especialmente en las áreas de la sexualidad y la reproducción, afecta las relaciones personales más íntimas, así como la conciencia de uno mismo y en el sentido de identidad. Por lo tanto, no se puede esperar que una acción o intervención de política única o sencilla ofrezca una panacea para el problema. Se necesitan intervenciones en múltiples niveles. **Identificamos tres conjuntos de acciones: a) crear acuerdos formales, códigos y leyes para cambiar las normas que violan los derechos humanos de las mujeres; b) adoptar estrategias en múltiples niveles para cambiar las normas, incluso el apoyo a las organizaciones femeninas, y c) trabajar con los niños y los hombres para transformar los valores masculinistas y el comportamiento que perjudican la salud de la mujer y su propia salud.**

#### **Diferencias en exposición y vulnerabilidad**

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres varían en magnitud según las condiciones de salud. Algunos problemas de salud son principalmente el resultado de las diferencias biológicas entre los sexos. Otros son el resultado de la forma en que las sociedades socializan a las mujeres y los hombres en funciones de género apoyadas en normas acerca de la masculinidad y la femineidad, y en relaciones de poder que otorgan privilegios a los hombres pero tienen efectos adversos tanto en la salud de las mujeres como de los hombres. No obstante, muchos trastornos reflejan una combinación de diferencias biológicas entre los sexos y factores determinantes sociales relacionados con el género. Es importante entender las funciones que desempeñan las diferencias biológicas y el sesgo social para comprender las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad.

En los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores determinantes sociales en la definición de necesidades de salud diferentes de las mujeres y los hombres, las medidas de política deben abordar estas diferentes necesidades. Se necesita una labor intensa de abogacía para atraer la atención y mantener el apoyo a otros servicios que atienden las necesidades de salud específicas de las mujeres pobres y de las mujeres de países de ingreso bajo, para reducir de esta forma su exposición y vulnerabilidad a las consecuencias desfavorables para la salud. **No solo se deben abordar los trastornos desatendidos que inciden específicamente en las personas de un sexo, sino también las necesidades específicas de cada sexo en relación con los problemas de salud que afectan tanto a las mujeres como a los hombres, de forma tal que tanto las mujeres como los hombres tengan acceso sin sesgo a los tratamientos. Dos estrategias interrelacionadas para abordar los sesgos sociales consisten en enfrentar el contexto social del**

**comportamiento individual y empoderar a las personas y las comunidades para que logren un cambio positivo.** Las estrategias que procuran cambiar los modos de vida de alto riesgo serían más eficaces si se combinaran con medidas para afrontar las circunstancias sociales y económicas negativas (por ejemplo, el desempleo, la pérdida súbita de ingreso) en las cuales están arraigados los modos de vida perjudiciales para la salud. El empoderamiento individual vinculado a la dinámica de la comunidad también es crucial para fomentar la transformación de las vulnerabilidades relacionadas con el género. Para que las estrategias tengan éxito, deben ofrecer opciones positivas que ayuden a las personas y a las comunidades a actuar contra el statu quo.

### **La política de género en los sistemas de atención de la salud**

Mientras que el enfoque tradicional de los sistemas de atención de la salud suele tener una orientación gerencial centrada en cuestiones tales como la infraestructura, la tecnología, la logística y el financiamiento, la WGEKN examinó el componente humano de los sistemas de atención de la salud y las relaciones sociales que caracterizan la prestación de los servicios. Los datos probatorios muestran que hay diferentes maneras en las que el sistema de atención de la salud puede fallar en lo que se refiere a la equidad de género desde la perspectiva de las mujeres como consumidoras (usuarias) y como productoras (cuidadoras) de los servicios de atención de la salud. **Entre las acciones prioritarias se encuentran el apoyo para mejorar el acceso de las mujeres (especialmente las pobres) a los servicios, reconocer la función de las mujeres como proveedoras de atención de salud y fomentar la responsabilización por la igualdad de género y la equidad en los sistemas de salud, especialmente en los programas y mecanismos actuales de reforma del sector de la salud.**

La falta de conciencia (conocimiento de las mujeres, sus familiares y proveedores de atención de la salud acerca de la existencia de un problema de salud) y de reconocimiento (admisión de que se debe y se puede hacer algo acerca del problema de salud) son barreras importantes para el acceso de las mujeres a los servicios de salud y su utilización. Por consiguiente, el acceso depende de factores que afectan el lado de la demanda (la forma en que las familias tratan a las mujeres que podrían ser usuarias y la forma en que las mujeres se ven a sí mismas) y el lado de la oferta (incluso los diferentes aspectos de los proveedores). Los sistemas de salud también tienden a ignorar la función crucial de las mujeres como proveedoras de atención de la salud en el sistema formal de salud (en los niveles más bajos) y como proveedoras informales y cuidadoras no remuneradas en el hogar. La falta de mecanismos eficaces de responsabilización por servicios y establecimientos de salud disponibles, asequibles, aceptables y de alta calidad puede obstaculizar las exigencias de las mujeres y sus familiares al gobierno y a otros actores para que se responsabilicen por las violaciones de sus derechos humanos a la salud.

Las reformas del sector de la salud pueden tener consecuencias fundamentales para la igualdad de género y para la vida y el bienestar de la gente, como pacientes en la atención de salud formal e informal, como proveedores de atención remunerados y no remunerados, como administradores de la atención de la salud y como responsables de

adoptar decisiones. Sin embargo, las reformas del sector de la salud que se llevaron a cabo en muchos países tendieron a centrarse en sus repercusiones para los pobres, pero sus consecuencias para la equidad de género en general y para la atención de la salud en particular rara vez se trataron o se tuvieron en cuenta en la planificación. Las estrategias, políticas e intervenciones introducidas durante los últimos veinte años para reformar el sector de la salud tuvieron un éxito limitado para mejorar la equidad de género en materia de salud. **A fin de reducir al mínimo el sesgo de género en los sistemas de salud se necesitan abordajes sistemáticos para concientizar a los proveedores de servicios y transformar sus valores, medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud y creación de mecanismos de responsabilización.**

### **Investigaciones de salud**

La discriminación y el sesgo por razones de género no solo influyen en las distintas necesidades en el campo de la salud, el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención para la salud, el tratamiento y los resultados, sino que también están presentes en el contenido y el proceso de las investigaciones de salud. Los desequilibrios de género en el contenido de la investigación incluyen las siguientes dimensiones: lentitud para reconocer los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular; enfoques erróneos o parciales de las necesidades de las mujeres y los hombres en materia de salud en diferentes campos de la investigación de salud, y falta de reconocimiento de la interacción entre el género y otros factores sociales. Los desequilibrios de género en el proceso de investigación incluyen la falta de recolección de datos desglosados por sexo en los proyectos individuales de investigación o en sistemas de datos más grandes; metodologías de investigación que no son sensibles a las diferentes dimensiones de la disparidad; aplicación de métodos que carecen de una perspectiva de género y excluyen a las mujeres de las poblaciones de los estudios en la investigación médica y los ensayos clínicos de medicamentos nuevos; desequilibrio de género en los comités éticos, el financiamiento de las investigaciones y los órganos consultivos, y tratamiento diferencial de las científicas. **Se necesitan mecanismos y políticas para asegurar que se eviten y corrijan los desequilibrios de género, tanto en el contenido como en los procesos de las investigaciones de salud.**

No se puede sobrestimar la importancia de tener datos e indicadores de buena calidad sobre el estado de salud desglosados por sexo y por edad desde la lactancia hasta la vejez. **Es indispensable contar con indicadores sensibles a la dimensión de género y a los derechos humanos a nivel nacional para guiar las políticas, los programas y la prestación de los servicios; sin ellos, las intervenciones para cambiar el comportamiento o aumentar las tasas de participación operarán en un vacío.**

### **Remoción de las placas incrustadas en las instituciones**

El informe de la WGEKN complementa su trabajo sobre el contenido sustantivo de los enfoques de la salud equitativos desde el punto de vista de la dimensión de género con el abordaje de cuestiones institucionales clave. El

trabajo en pro de la igualdad de género pone en tela de juicio las estructuras de poder dominadas durante mucho tiempo por los hombres y el capital social patriarcal (las redes de muchachos) de las organizaciones. Incomoda a la gente porque amenaza con sacudir las líneas actuales de control de los recursos materiales, la autoridad y el prestigio. Exige que las personas aprendan nuevas maneras de proceder que tal vez no las convenzan mucho y en las cuales puede ver pocos beneficios para ellas, y que desaprendan viejas costumbres y prácticas. La resistencia a las políticas de igualdad de género puede adoptar la forma de trivialización, dilución, subversión o resistencia rotunda, y puede conducir a la evaporación de leyes, políticas o programas equitativos relacionados con el género.

**Para abordar este problema se necesita un liderazgo político eficaz, mandatos institucionales bien formulados, estructuras, incentivos y mecanismos de responsabilización con tracción. También exige medidas para empoderar a las mujeres y a las organizaciones de mujeres para que puedan ejercer presión colectivamente por una mayor responsabilización por la igualdad y la equidad de género.** En el informe se presentan varios ejemplos de prácticas adecuadas de diferentes países.

### **El camino hacia adelante**

En este informe se revela que hay relaciones de poder determinadas por el género, tanto dentro como fuera del sector de la salud, y que estas ejercen una influencia perniciosa en la salud de las personas. El informe compila el cúmulo de pruebas en rápido crecimiento que identifican y explican lo que significa la desigualdad y la inequidad de género en términos de exposición y vulnerabilidades para las mujeres en comparación con los hombres, y también muestra la forma en que los sistemas de atención de la salud y las investigaciones de salud reproducen estas desigualdades e inequidades en lugar de resolverlas. Las consecuencias para la salud de las personas no son solo desiguales e injustas, sino también ineficaces e ineficientes. En el informe se documenta además el número creciente de acciones iniciadas por actores y organismos no gubernamentales y gubernamentales para desafiar estas injusticias y transformar las creencias y las prácticas dentro y fuera del sector de la salud, a fin de producir cambios duraderos que puedan mejorar la salud y la vida de las personas. En particular, se hace un llamamiento para que se apoye a las organizaciones de mujeres que son fundamentales para asegurar que las mujeres tengan voz y representación, que a menudo están a la vanguardia de la detección de los problemas y la experimentación con soluciones innovadoras que otorgan prioridad a las demandas de responsabilización de todos los actores, tanto públicos como privados, y cuyo acceso a los recursos ha disminuido en los últimos años.

# I. Introducción

La desigualdad de género perjudica la salud de millones de niñas y mujeres en todo el mundo. También puede ser nociva para la salud de los hombres a pesar de los muchos beneficios tangibles que les da en forma de recursos, poder, autoridad y control. Estos beneficios para los hombres no están exentos de un costo para su propia salud emocional y psicológica, que a menudo se refleja en comportamientos peligrosos e insalubres, y reduce la longevidad. En vista del número de personas afectadas y la magnitud de los problemas, la adopción de medidas para mejorar la equidad de género en materia de salud y abordar los derechos de las mujeres a la salud es una de las maneras más directas y potentes para reducir las inequidades en la salud en general y garantizar el uso eficaz de los recursos sanitarios. La profundización y la aplicación sistemática de los instrumentos de derechos humanos pueden constituir mecanismos potentes para motivar y movilizar gobiernos, personas y, especialmente, las propias mujeres.

Las relaciones de poder determinadas por el género constituyen las causas fundamentales de la desigualdad de género y se encuentran entre los principales factores sociales determinantes de la salud. Operan a través de muchas dimensiones de la vida influyendo en la forma en que las personas viven, trabajan y se relacionan entre sí. Determinan si se reconocen las necesidades de salud de la gente, si la gente tiene voz o un mínimo de control sobre su vida y su salud, y si puede hacer valer sus derechos. Este informe muestra que, para abordar el problema de la desigualdad de género, se necesitan medidas tanto fuera como dentro del sector de la salud porque las relaciones de poder determinadas por el género operan en una gama muy amplia de aspectos de la vida humana y de maneras muy interrelacionadas. Tomar medidas de este tipo es bueno para la salud de todos: las niñas y los niños, las mujeres y los hombres. En particular, la acción intersectorial encaminada a abordar la desigualdad de género es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tal como se desprende del informe del Grupo de Trabajo 3 sobre Igualdad de Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (Grown et al., 2005). Para alcanzar cada uno de los ODM<sup>2</sup> se necesita realizar grandes esfuerzos en pro de la igualdad de género. En algunos casos, la acción se debe realizar dentro del sector de la salud, pero en muchos otros se debe realizar fuera de este. El sector de la salud puede asumir el liderazgo, pero también debe actuar en colaboración con otros sectores para alcanzar esos objetivos.

## I.1 Pilares básicos

---

<sup>2</sup> Los ocho ODM son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

La desigualdad y la inequidad de género se encuentran entre las estructuras fundamentales de la jerarquía social que modelan la forma en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y mueren. Las relaciones de poder determinadas por el género son complejas y diversas; están moldeadas por la historia y, en consecuencia, por la política del lugar y el tiempo. No obstante, la complejidad y diversidad no significan que las relaciones de género sean infinitamente variadas hasta tal punto que sea imposible hacer generalizaciones o que las soluciones dependan enteramente del contexto. Igual que otras relaciones sociales, las relaciones de género que se experimentan en la vida diaria y en el cotidiano sentirse bien o mal se basan en estructuras básicas que rigen la inserción del poder en la jerarquía social. *Las estructuras que rigen los sistemas de género tienen elementos en común y semejanzas básicas entre diferentes sociedades, aunque se manifiestan en creencias, normas, organizaciones, comportamientos y prácticas que pueden variar.*

*Sin embargo, como productos de las estructuras sociales, los sistemas de género también son maleables y están sujetos al cambio, como se indica en este informe, independientemente de su complejidad, diversidad o profundo arraigo.* Es especialmente necesario reconocer esto en un momento en el que las instancias normativas están preocupándose cada vez más por las dificultades evidentes de la incorporación de la perspectiva de género, su estrategia preferida del último decenio (UNDP, 2006). En este informe argumentamos que el problema no radica en la integración en sí, sino en la forma en que se la ha comprendido y llevado a la práctica. Para que la integración dé resultado, se debe hacer bien. Es más, un elemento decisivo para producir cambios es la pasión, el tesón y la valentía de las mujeres activistas y sus organizaciones, como muestra la experiencia de los últimos treinta años y de períodos anteriores de la historia. El liderazgo político es fundamental, pero se puede catalizar mediante la movilización y el compromiso de las mujeres que se organizan en la sociedad civil y por medio de ella, especialmente en los lugares donde la oposición está arraigada.

Algunos quizás aleguen que las desigualdades de género en el ámbito de la salud son una consecuencia natural de las diferencias biológicas y que, por consiguiente, son difíciles de cambiar. El informe revela que la desigualdad de género y la equidad en la salud están regidas por estructuras sociales y, por consiguiente, son susceptibles de modificación. Recurre a un caudal creciente de investigaciones y datos probatorios de programas que indican que, incluso en la esfera de la salud (donde el cuerpo tiene un lugar central), la biología no es destino. El sexo y la sociedad, la naturaleza y la crianza, los cromosomas y el medio ambiente interactúan de maneras fascinantes para determinar, entre otras cosas, quién está bien y quién se enferma, quién recibe tratamiento y quién no, quién está expuesto o es vulnerable a la mala salud y de qué forma, quién se comporta de forma arriesgada o evita los riesgos, y qué necesidades de salud se reconocen o se pasan por alto. *Las interacciones entre la naturaleza y la crianza probablemente sean más complejas en el caso de la equidad de género en el ámbito de la salud que en casi cualquier otro aspecto de la jerarquía social.*

Sin embargo, no se puede entender la forma en que las relaciones de poder determinadas por el género reproducen las inequidades en la salud si no se entiende también la forma en que el género se entrecruza con la desigualdad económica, la jerarquía racial o étnica, la dominación de castas, las diferencias basadas en la orientación sexual u otra cantidad de marcadores sociales. No todos serán pertinentes en todas las comunidades o sociedades, salvo por la desigualdad económica o las diferencias de clase que están presentes en todas partes. Nuestro informe parte de los adelantos analíticos que se han hecho en los últimos años para entender la forma en que interactúan diferentes conjuntos de relaciones sociales de poder para exacerbar o mitigar los efectos en la salud de cualquier otro conjunto de relaciones en sí mismo. *En particular, alegamos que centrarse solamente en las desigualdades económicas entre los hogares puede distorsionar gravemente nuestra comprensión de cómo obra la desigualdad y quién sobrelleva en la práctica gran parte de su carga.* Los gradientes de salud pueden ser significativamente diferentes para los hombres y las mujeres; la pobreza médica tal vez no atrape a las mujeres y los hombres en la misma medida o de la misma manera. El panorama se vuelve más complejo cuando se agregan al análisis estratificadores<sup>3</sup> tales como la raza o la casta. Estos resultados muestran que no todos los que se interesan en los factores sociales determinantes de la salud entienden cómo actúa la desigualdad social. Se necesita un matiz más sutil en la investigación y el análisis, y una mayor sensibilidad de las políticas y acciones a las interacciones entre las distintas fuentes de poder y la jerarquía.

Los resultados de estos análisis también ponen en tela de juicio la interpretación de los principios de derechos humanos. El derecho a la salud se afirma en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (United Nations, 1948) y es uno de los principios básicos de la OMS. Pese a ello, la violación atroz de los derechos humanos de las mujeres mediante la violencia se reconoció a nivel mundial recién en 1993, en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos realizada en Viena. En consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció en 1993 que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública y es una violación de los derechos humanos. Como resultado de este reconocimiento, la OPS lanzó una iniciativa en 10 países en 1994 para responder al problema y prevenirlo (Hartigan, 1997). No obstante, fue en una época relativamente reciente que la propia OMS comenzó a prestar atención, aunque todavía limitada, a las repercusiones de la violencia contra la mujer en la salud (WHO, 2005a). *Este informe se basa en la afirmación de los derechos iguales y universales a la salud para todos, independientemente de la clase económica, el sexo, la raza, el grupo étnico, la casta, la orientación sexual, la discapacidad, la edad o el lugar y recalca la convicción de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de que “la función de una sociedad justa es algo más que sencillamente allanar el camino para que las personas aprovechen sus oportunidades; es organizarse de manera tal que, en los casos en que la gente se vea privada de la oportunidad de tener una vida con sentido, privada de libertad o de poder de decisión, estos efectos se puedan detectar y cambiar” (CSDH, 2007, pág. 3).*

---

<sup>3</sup> En el informe se usan los términos “estratificadores” y “estratificación” para referirse en un sentido amplio a las diferentes dimensiones en las cuales las sociedades se organizan en capas jerárquicas de poder y control.

## I.2 Más allá de la maternidad y el pastel de manzana<sup>4</sup>

La lucha para hacer valer los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género es un tanto surrealista en este momento de la historia. Por un lado, todavía hay fuerzas en el mundo que se oponen a estos principios fundamentales inscritos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. En diferentes países y contextos, todavía hay costumbres sumamente nocivas para la salud de la mujer, y sistemas jurídicos y políticos que condonan o justifican el descuido de las necesidades de la mujer en el plano de la salud, la violencia contra la mujer y otras violaciones de sus derechos humanos. Por otro lado, la igualdad y la equidad de género adquirieron una situación similar a la “maternidad y el pastel de manzana” en muchos gobiernos y organismos. Eso significa que se hacen genuflexiones ante la equidad de género en la mayoría de los acontecimientos públicos, pero nadie habla en contra de ella. Solo unos pocos se pueden oponer en público y, en general, se los considera elementos extremos o marginales. Es importante reconocer esto como una victoria, ya que tanto el discurso como las normas sociales han cambiado realmente en estos contextos, pero esta es solo una primera victoria y se puede convertir en una victoria pírrica si las palabras no están seguidas de acciones. Este es el problema.

Como los discursos no están seguidos de acción, la igualdad de género permanece en un limbo donde todos están de acuerdo en público sobre la necesidad de actuar, pero no se asignan recursos y la acción de seguimiento es débil o no existe. Un ejemplo reciente proviene de la política para combatir la infección por el VIH: los principales organismos están de acuerdo sobre su nexa crucial con la violencia contra la mujer, pero la acción ha sido débil (Fried, 2007). La sensibilidad de la política a lo que se debe hacer *en el plano institucional* es crucial para comprender si las políticas para atender las necesidades de la mujer o la inequidad de género en el campo de la salud no funcionan o se evaporan y por qué. Desde hace mucho tiempo los analistas de política reconocen que, en general, el *cómo* de las políticas puede ser tanto o más importante que el *qué*. En ningún caso se aplica mejor que en el caso del género. Eso es cierto por varias razones, tal como se explica en el informe. *El meollo del problema es que la discriminación por motivos de género, el sesgo y la desigualdad impregnan todas las estructuras orgánicas de los gobiernos y las organizaciones internacionales, así como los mecanismos mediante los cuales se formulan y aplican las estrategias y políticas.* Quienes operan dentro de estas estructuras suelen tener un gran interés personal en mantener el statu quo de género. Los hombres se benefician a menudo de la desigualdad de género en las organizaciones, aunque sufran las limitaciones emocionales de las normas masculinistas y heterosexistas. Las mujeres interiorizan las estructuras de género desiguales y las aceptan como medios para sobrevivir o avanzar en la organización. Sería ingenuo esperar que los hombres o las mujeres cedan fácilmente ante los cambios institucionales. La forma en que se producen los cambios institucionales debe ser un foco de atención fundamental

---

<sup>4</sup> “La maternidad y el pastel de manzana” es una metáfora que se refiere a algo que es tan aceptado como algo bueno que sería políticamente incorrecto hablar en contra de ello.

para los cambios en las políticas que procuran alterar las relaciones de poder determinadas por el género (Ashcraft y Mumby, 2004).

En este informe se argumenta que, para ir más allá de la maternidad y el pastel de manzana, es necesario prestar atención a las creencias y los valores, las estructuras de incentivos y disuasión, mecanismos claros para garantizar la acción, la ubicación de los defensores de la igualdad de género dentro del sistema en cargos de poder en la organización y la apertura de espacios a actores de la sociedad civil, que son quienes a menudo pueden decir que el emperador está desnudo. La importancia de los mecanismos institucionales significa que no basta con centrarse en las características generales de los gobiernos u organismos para abordar las estructuras de la inequidad de género. Ya sea que una estructura estatal sea neoliberal o socialdemócrata o que los dirigentes de un organismo hayan asumido un compromiso públicamente con la igualdad de género. Aunque creemos firmemente en la posibilidad de transformar las relaciones de género desiguales y sus efectos en la salud, y la demostramos en este informe, no ofrece soluciones mágicas o panaceas fáciles para curar los problemas generalizados y persistentes de la desigualdad y la inequidad de género. En lo que concierne a la equidad de género, el diablo suele estar en los detalles de las estructuras de gobernanza y los procesos de organización.

Este informe tiene diez secciones. Después de la introducción en la **sección II**, se describen los datos probatorios en que se basa el informe. La **sección III** se centra en un **diagnóstico** del género como factor social determinante clave de la salud. Además de explicar de forma detallada las características de las relaciones de poder determinadas por el género, se abordan las distinciones entre la igualdad y la equidad, así como las implicaciones analíticas y normativas de enfocar el género en lugar de la salud de la mujer. También se examinan las intersecciones de diferentes jerarquías sociales, en particular la forma en que el género se entrecruza con la clase económica y con estratificadores atributivos, tales como casta, raza y grupo étnico. Se especifican asimismo las conexiones entre el género como estratificador social y procesos estructurales clave tales como el aumento de la alfabetización y la educación, las transiciones demográficas reflejadas en las tasas de natalidad y de mortalidad y en las estructuras familiares, y la globalización (incluso sus efectos en la fuerza laboral, los sistemas de salud y los medios masivos de comunicación). Luego se describe el marco analítico que se usó para recoger y organizar la base de datos probatorios y especificar las repercusiones para las políticas. En las **secciones IV a VIII** se usa el marco analítico para organizar los **datos probatorios** y las **principales ramificaciones para la política y la acción** en cinco dimensiones: 1) factores estructurales determinantes relacionados con el género; 2) normas, valores y prácticas; 3) diferencias en exposición y vulnerabilidad; 4) política de género de los sistemas de salud; y 5) investigación de salud. En la **sección IX**, "Remoción de las placas incrustadas en las instituciones", tratamos la forma de incorporar y favorecer eficazmente la equidad de género. En la **sección X** se compilan los datos probatorios y las recomendaciones del informe a fin de proporcionar las conclusiones y el camino hacia adelante.

## II. Base de datos probatorios del informe

La base de datos probatorios de este informe incluye análisis extensos y pormenorizados de la bibliografía existente, incluidos artículos y libros de investigación científica, exámenes de políticas, evaluaciones y literatura “gris”. La Red de Conocimiento ha elaborado una estrategia de múltiples componentes para sintetizar y evaluar los datos probatorios.

Con base en el marco conceptual de la WGEKN y las discusiones entre sus miembros, la Red de Conocimiento encargó específicamente nueve monografías analíticas (anexo 1) y dos estudios de casos (anexo 2), que proporcionan análisis minuciosos útiles, especialmente en asuntos de vanguardia y aspectos difíciles de políticas. La función de los documentos analíticos fue principalmente llenar las lagunas en los exámenes existentes, y no se debe considerar que abarcan todos los temas del informe. En ese sentido, complementan el material del que la Red de Conocimiento ya tenía noticias. Los dos estudios de casos, uno de Túnez y otro de Sudáfrica, proporcionan buenos ejemplos para los gobiernos nacionales y otros actores (por ejemplo, la sociedad civil) de cómo los cambios en las leyes, las políticas y los sistemas de salud en esos países tuvieron una influencia positiva en la salud de la mujer y en la igualdad de género.

Además, las organizaciones de la sociedad civil y los miembros de la WGEKN, tanto plenos como correspondientes, suministraron información, incluso los casos a los que sería más difícil tener acceso. Ambos núcleos de la Red de Conocimiento prepararon bibliografías anotadas y recopilaron literatura gris, estudios de casos nacionales y subnacionales, lecciones de políticas, iniciativas de la sociedad civil y nuevas metodologías. La colaboración y el uso compartido de los datos con otras redes de conocimiento, especialmente las redes sobre globalización y sistemas de salud, permitieron ampliar la base de datos para todos. Se realizaron tres talleres de tres días con miembros de la Red de Conocimiento, comisionados especialmente invitados, autores de artículos encargados y otros invitados, en los que se examinó la base de datos probatorios presentada en los borradores de los artículos. Cada documento fue examinado por dos revisores y los coordinadores de la Red de Conocimiento. Los borradores del informe de la Red de Conocimiento fueron sometidos a un examen tanto interno como externo. Al final, más de 70 personas participaron en la síntesis y el análisis de los datos probatorios.

La mayoría de los miembros de la Red de Conocimiento y todos los autores principales de los documentos encargados tienen una extensa experiencia en la síntesis de investigaciones. Representan una variedad de disciplinas, como medicina, biología, sociología, epidemiología, antropología, economía y ciencias políticas, lo cual

permitió aprovechar las bases de conocimientos de una variedad de tradiciones de investigación e identificar medidas intersectoriales para la salud fundamentadas en la experiencia en diferentes campos.

Se hizo un esfuerzo sistemático para seguir la “Guía para redes de conocimiento para la presentación de informes y datos probatorios acerca de los factores sociales determinantes de la salud” (Kelly et al., 2006). Sobre esta base, los núcleos formularon directrices específicas para los artículos encargados. Con respecto a los datos probatorios y la recopilación de datos, se dio instrucciones a los autores para que consultaran una amplia gama de datos probatorios de una variedad de fuentes. Como la tarea principal de la WGEKN era identificar un conjunto de políticas y acciones para abordar eficazmente las desigualdades e inequidades de género en la salud, los núcleos de la Red de Conocimiento prepararon en primera instancia una lista de verificación sencilla para las políticas que abordan las preguntas *qué, cómo, cuándo y quién*:

- 1) *Qué*: ¿La política está bien definida en cuanto se refiere a lo que es necesario hacer exactamente y los requisitos previos o complementarios? ¿Cuáles serían exactamente las repercusiones probables a corto, mediano y largo plazo?
- 2) *Cómo*: ¿Cómo se llevará a cabo la política? ¿Es fácil de aplicar? ¿Cuál será el plazo? ¿Qué recursos financieros, humanos, gerenciales y de otros tipos se necesitarán? ¿Cómo se deberá difundir (promover) la política?
- 3) *Cuándo*: ¿Cuál sería el mejor momento para poner en marcha una política?
- 4) *Quién*: ¿Quién tendría que llevarla a cabo, darle seguimiento, examinarla y evaluarla? ¿Quién tendría que apoyarla? ¿Quién tendría que aceptarla plenamente o asumirla como propia?
- 5) *Retos probables*: ¿Cuáles son los retos probables y cómo pueden anticiparse o abordarse?

En todo el informe hay una robusta base de datos probatorios sobre la relación entre la desigualdad de género y la salud. Los datos probatorios son más preliminares en lo que se refiere a la demostración de los efectos sobre la salud de algunas de las políticas e intervenciones entre diferentes grupos de mujeres y hombres. Aunque muchas de las intervenciones presentadas en este informe ya se evaluaron, hay algunas que todavía no han sido objeto de una evaluación sistemática. Sin embargo, los miembros de la Red de Conocimiento consideraron que estas acciones fueron importantes e innovadoras, con un gran potencial para influir en el terreno y prometedoras para el futuro.

### III. Diagnóstico: entonces, ¿cuál es el problema?

#### III.1 Género, mujeres, equidad e igualdad

En los últimos cuarenta años se ha observado un cambio gradual en los círculos académicos y normativos: su foco de atención se desplazó de las mujeres al género. Ese cambio estuvo seguido de cierta confusión acerca del significado relativo y los usos de cada concepto (Razavi y Miller, 1995, Wizemann y Pardue, 2001). En particular, fusionó el género con el sexo biológico en los documentos de políticas y programas, y a veces se interpretó que eso significa prestar igual atención a las necesidades de hombres y mujeres. Sin embargo, la confusión se puede resolver sencillamente al examinar la forma en que ambos términos han ingresado en el discurso actual. Para los feministas académicos, que fueron los primeros en usar el lenguaje de género y los sistemas de género, estos conceptos se derivaban de las relaciones sociales de poder que rigen las jerarquías basadas en el sexo biológico, la edad, la etapa de la vida y la situación familiar de las personas (Lorber, 1996, Lorber, 1997, Rubin, 1975). Las relaciones de género parecían proporcionar una descripción más detallada y “densa” de estas jerarquías que los simples relatos de las mujeres como víctimas.<sup>5</sup> Sin embargo, los conceptos académicos complejos no siempre se vierten fácilmente en un discurso de política. En este caso, la confusión que provoca el pasaje al concepto de género también hizo que se sintieran más cómodos aquellos que se sentían incómodos por su crítica implícita de las estructuras de poder darles margen para desviar la atención del abuso muy real de los derechos humanos y la desigualdad de las mujeres. Este informe navega ese terreno usando, según corresponda, el término sexo (en relación con la biología), género (en lo que se refiere a las relaciones sociales de poder y las jerarquías, que se elaboran con pormenores a continuación), y mujeres y hombres (en su uso común cotidiano).

Para definir el género como relaciones de poder, es necesario centrarse sistemáticamente en las formas que toman la discriminación, el sesgo y las desigualdades e injusticias resultantes. Fuera del campo de la salud, los analistas feministas han usado el concepto de la *igualdad* de género como fundamento de las nociones de justicia o *equidad* de género. Esto se basa en la presunción de que, en la medida en que las desigualdades entre las mujeres y los hombres son el producto de relaciones sociales de poder, probablemente son intrínsecamente sesgadas e injustas. No es tan fácil mantener esta posición en el campo de la salud debido a la influencia de la biología, que actúa como factor de confusión. La falta de diferencia como tal no puede, por consiguiente, constituir una base uniforme para la justicia o la equidad de género en el campo de la salud. Además, la igualdad de resultados sanitarios en realidad puede ser un indicador de *injusticia* de género porque puede indicar que la capacidad o las necesidades particulares de las mujeres que dependen de las características biológicas no se reconocen adecuadamente.

---

<sup>5</sup> El concepto de género no es en realidad más confuso o complejo que el concepto de clase económica, que se refiere a relaciones de poder, al mismo tiempo que se lo reduce, para algunas finalidades, a comparaciones sencillas entre quintiles sobre la base del ingreso o el gasto de consumo de los hogares. En este informe, el término “género” se ha usado de tres maneras: 1) como principio organizador, 2) como fuente de desigualdad y 3) como descripción de diferencias de poder y de líneas sociales defectuosas.

Por lo tanto, la equidad de género en materia de salud no se puede basar solo en el principio de la igualdad, sino que se debe fundamentar directamente en la ausencia de sesgo. La imposibilidad de recurrir a un principio universal sencillo como la igualdad complica nuestra tarea en el campo de la salud porque exige un interrogatorio aun más cuidadoso sobre los ámbitos donde hay sesgo y la forma en que actúa. Tenemos que asegurar que la discriminación por motivos de género y el sesgo resultante no se hagan pasar por una diferencia biológica “natural”. El enfoque de este informe se basa en los siguientes principios: *en los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores sociales determinantes para definir necesidades diferentes de mujeres y hombres en el campo de la salud (de las cuales la más obvia es la maternidad), la equidad de género exigirá un trato diferente de las mujeres y los hombres que sea sensible a estas necesidades. Por otro lado, en los casos en que no haya ninguna razón biológica verosímil para que los resultados sanitarios sean diferentes, la discriminación social se debería considerar como el principal sospechoso entre las causas de los resultados sanitarios diferentes e inequitativos. En el último caso, la equidad en salud requerirá políticas que promuevan resultados iguales, incluso el tratamiento diferencial para superar la discriminación histórica* (Breen, 2002, Iyer et al., 2007a, Sen et al., 2002).

Estos principios, basados en las distinciones entre las mujeres y los hombres, y el análisis de género en el cual se basan, fueron cuestionados más recientemente por el trabajo derivado de los movimientos sociales de defensa de los derechos sexuales, en particular el movimiento de lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero. Estos movimientos han retado a los movimientos feministas a ser más inclusivos y reconocer la orientación sexual y de género como fuente importante de discriminación, sesgo, violencia y desafíos para la salud. El cuestionamiento se refiere no solo a la política, sino al concepto mismo de género. El sexo biológico nunca consistió solamente en binarios sencillos: mujeres y hombres. La presencia de las personas transgénero se tornó socialmente invisible en algunas sociedades; en otras su presencia se reconoce socialmente, pero es relegada a los márgenes de la sociedad por medio de la discriminación y la violencia. Pero el reto para las normas heterosexuales que plantea el movimiento de lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero va más allá de la biología y entra en las esferas sociales e ideacionales donde se definen, se negocian y se expresan la sexualidad y el género. De la misma forma que el movimiento feminista ha cuestionado las normas masculinistas, el movimiento de lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero pone en tela de juicio las normas heterosexuales que también son fuentes de discriminación y sesgo.<sup>6</sup> A los efectos de este informe y del trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, los efectos en la salud de las personas por la discriminación basada en la sexualidad son de vital importancia (Parker y Aggleton, 2007, Currah et al., 2006, Misra y Chandiramani, 2005, Butler, 2005, Fausto-Sterling, 2000).

---

<sup>6</sup> En febrero, el 11.º Parlamento de Andalucía recibió como invitados a los representantes de Identidad de Género para el debate sobre una moción presentada por el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) acerca de los derechos de las personas transexuales. La moción fue aprobada sin votos en contra (Euro-Letter, N.º 68, marzo de 1999).

### III.2 Intersección de las jerarquías sociales

En los últimos años, el examen de las intersecciones de diferentes jerarquías sociales (interseccionalidad) ha llevado a una mayor comprensión de los factores sociales determinantes de la salud (Iyer et al., 2007b, Crenshaw, 1991, Iyer, 2007, Krieger et al., 1993, TK Ravindran, 1991). Lamentablemente, esto todavía no ha impregnado el campo de la equidad en salud en general. Para muchos de quienes trabajan en el campo de la equidad en salud o la preconizan, las fuentes de inequidad se considera que se vinculan principalmente con diferencias de clase económica, que son conceptos insensibles a la dimensión género. El análisis de los gradientes, las brechas y la pobreza médica normalmente se centra en las diferencias entre países, familias o personas, ricos o pobres. En nuestro examen de la bibliografía encontramos que la mayor parte del trabajo en la equidad en salud tiene este sesgo, tanto en los países de ingreso alto como en los de ingreso más bajo. Dado que los ingresos y la riqueza son solo una fuente, aunque poderosa, de desigualdad social, una comprensión adecuada de sus repercusiones en la salud significa que debemos investigar cómo interactúa con otras fuentes de desigualdad social, como el género, la raza o la casta. Ha habido una corriente pequeña, pero constante, de obras en las que se examinan las intersecciones entre la clase y la raza, y sus secuelas para la salud en Estados Unidos de América. En un subconjunto mucho más pequeño se abordan las intersecciones de ambos aspectos con el género (Breen, 2002, Schulz y Mullings, 2006, Geronimus y Thompson, 2004, Krieger et al., 1993, Geronimus, 1996).

No se puede exagerar la importancia de esas obras. El trabajo corriente sobre gradientes y brechas nos dice con suficiente facilidad que los pobres están en peor situación, tanto en términos de acceso a la salud como de resultados sanitarios que aquellos que están en mejor situación económica. Pero no nos dice si la carga de esta inequidad es sobrellevada por igual por distintas castas o grupos raciales entre los pobres. Tampoco nos dice de qué forma se distribuye la carga de la inequidad en salud entre los integrantes de las familias pobres. ¿Quedan atrapados en igual medida por la pobreza médica las mujeres y los hombres, las viudas y los jóvenes que tienen ingresos? ¿Se los trata por igual en caso de enfermedades o lesiones catastróficas? Cuando los costos suben considerablemente, como ha ocurrido en muchos países en los últimos años, ¿los hogares ajustan por igual el cinturón de las mujeres y los hombres? ¿Estos esquemas son similares en quintiles de ingresos diferentes? Incluso al formular estas preguntas, sus posibles consecuencias se vuelven obvias. Si las respuestas son negativas, esto plantea un reto para que las políticas aseguren la equidad no solo *entre* los hogares, sino también y al mismo tiempo, *dentro* de los hogares.

Sin embargo, la búsqueda de respuestas a estas preguntas no fue fácil debido a la naturaleza multidimensional del problema y la complejidad de las intersecciones. Este es un campo que sigue a la espera de un gran adelanto analítico. En su ausencia, gran parte del análisis ha sido descriptivo; hay pocos resultados cuantitativos o basados en grandes conjuntos de datos. Hay algunas obras recientes prometedoras en lo que se refiere al desarrollo de

técnicas sencillas para cuantificar y probar las intersecciones (Iyer, 2007, Iyer et al., 2007a).<sup>7</sup> Esto indica enfáticamente que la clase económica no se debe analizar por sí sola y que las diferencias evidentes de clase se pueden interpretar erróneamente sin un análisis de género. De esto emanan inferencias importantes para el flujo de las políticas. Por ejemplo, la mejor forma de hacer frente al reto de mejorar el acceso a la atención de salud en una época de costos sanitarios crecientes se puede responder con una combinación de sistemas universales (de provisión o seguro de salud) para todos los hogares junto con formas de focalización u otros mecanismos para asegurar que realmente lleguen a las mujeres y niñas dentro de los hogares.

### III.3 Interacción de los estratificadores sociales y los procesos estructurales

Muchos estratificadores sociales clave, incluso el género, son atributivos; es decir, describen a la gente no sobre la base de lo que hacen o de características adquiridas, sino sobre la base de quiénes son a lo largo de diferentes dimensiones que no son fáciles de cambiar.<sup>8</sup> La única excepción quizá sea la clase económica en situaciones que permiten una considerable movilidad de clase, pero incluso esto es poco común. En general, las personas nacidas en una clase económica determinada tienden a permanecer agrupadas en esa clase, aunque la movilidad ascendente de algunos de sus pares puede elevar sus propias aspiraciones. No obstante, en comparación con otros estratificadores tales como el género, la raza o la casta, la clase económica tiende a ser más fluida, aunque no homogénea. Cada uno de estos estratificadores puede tener consecuencias especialmente para la salud que actúan a través de la cultura y la economía. Esto es sin duda válido para el género. La historia y la cultura también desempeñan un papel importante en la evolución de los estratificadores; el cambio a veces puede proceder con una lentitud glacial, mientras que en otros momentos puede ser más rápido.

¿Qué determina el ritmo o el modelo del cambio en los sistemas de género y cómo afectan a la salud de la gente?

Del mismo modo que con otros estratificadores, eso puede depender de procesos económicos y sociales que se encuentran fuera del sector de la salud. En este informe identificamos algunos procesos estructurales: el aumento de la alfabetización y la educación, las transiciones demográficas reflejadas en las tasas de natalidad y de

---

<sup>7</sup> Mediante métodos estadísticos para investigar la forma en que la clase económica, la casta y el género influyen en la búsqueda de atención de la salud de las familias de una zona rural pobre del sur de la India, donde los servicios de salud son escasos y de calidad dudosa y los costos de salud son altos y siguen subiendo, en este análisis se halló que, sobre la base de una muestra grande, *la única forma de captar cómo actúa la clase económica es por medio de un análisis de género*. Las diferencias de género no solo fueron grandes dentro de cada grupo y quintil, sino que, salvo por el quintil más pobre, no hubo diferencias significativas de clase entre los hombres. Casi todas las diferencias de clase evidentes en lo que se refiere a la búsqueda de atención de la salud se debieron a diferencias entre las mujeres. La clase de por sí parece actuar a través del género. Mientras que la mayoría de los hombres pobres buscan atención de salud en la misma medida que los hombres que no son pobres, las presiones económicas sobre el hogar recaen en las mujeres. Las mujeres pobres son quienes están realmente atrapadas por la pobreza médica. La clase afecta a los hombres solo en el quintil más pobre de los hogares, pero incluso en este caso están en mejor situación que las mujeres de los mismos hogares (Iyer 2007; Iyer et al. 2007).

<sup>8</sup> Los movimientos sociales de las personas oprimidas que se encuentran en la parte más baja de las jerarquías sociales a veces tratan de cambiarse el nombre o de redefinirse a fin de desafiar su opresión; por ejemplo, los afroestadounidenses en los Estados Unidos y los *dalits* en la India. De hecho, los *dalits* también han salido de la opresiva estructura de castas hindú que los declaraba "intocables" y se convirtieron a otras religiones, como el budismo, el islamismo o el cristianismo. Sin embargo, estos cambios son difíciles y se enfrentan con una gran resistencia.

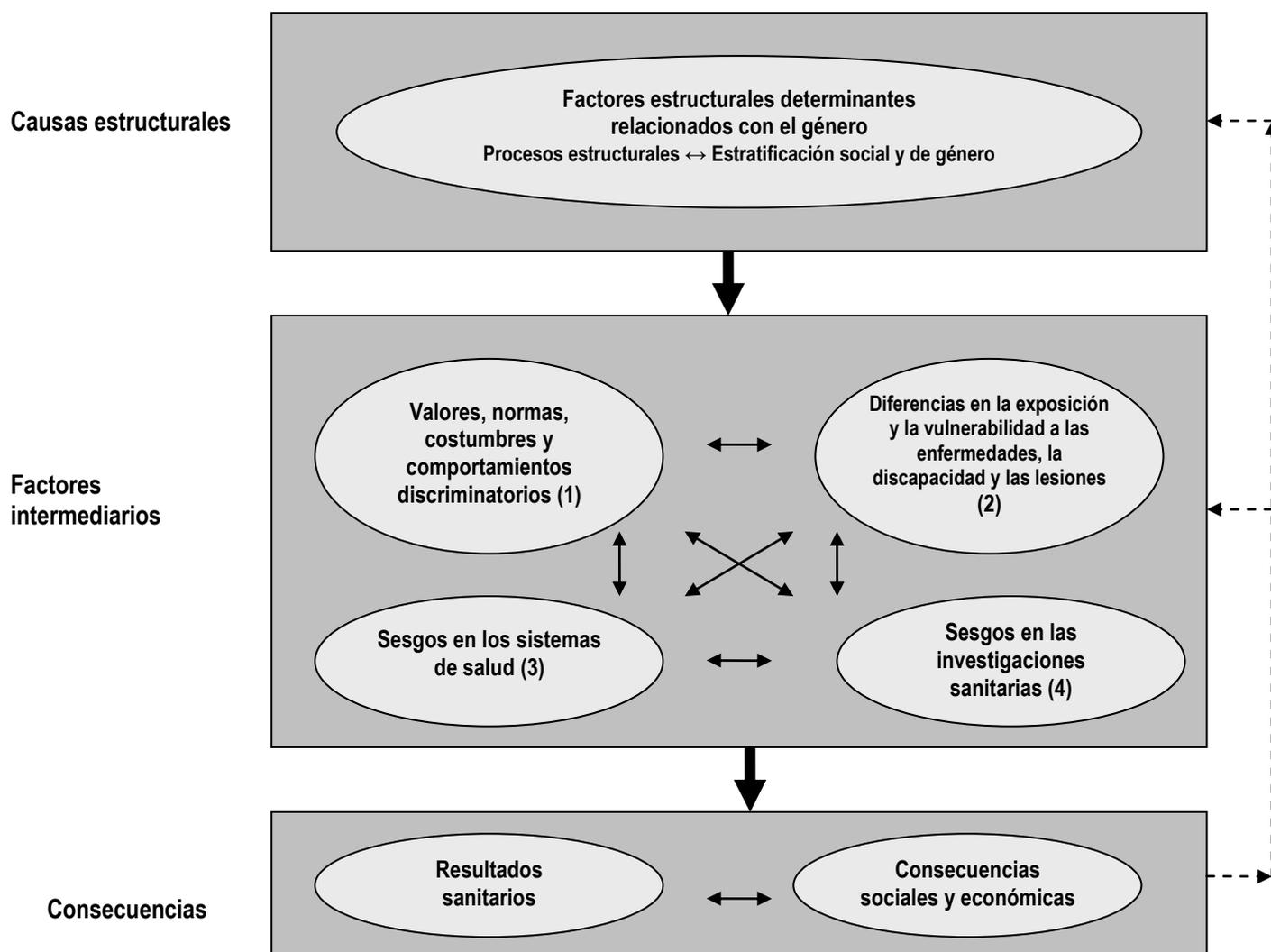
mortalidad y en las estructuras familiares, y la globalización (como sus efectos en la fuerza laboral, el espacio normativo, los sistemas de salud y la violencia) y el fortalecimiento del discurso de los derechos humanos. Aunque hay otros procesos estructurales importantes, hemos elegido estos en parte a título ilustrativo y en parte para complementar el trabajo que realizan otras redes de conocimiento de la CDSS. En la elección también han influido su alcance, velocidad y su importancia actual, la profundidad de sus repercusiones para los sistemas de género y la disponibilidad de datos probatorios con respecto a sus efectos en la salud.

*La interacción entre los sistemas de género y estos procesos estructurales se puede abordar preguntando si tales procesos debilitan o fortalecen las jerarquías de género, si las alteran de forma significativa y qué significa eso para la salud de la gente.* Los sistemas de género mismos alteran la forma en que evolucionan estos procesos estructurales. Juntos, los sistemas de género, los procesos estructurales y su interacción constituyen los *factores estructurales determinantes de la salud relacionados con el género* delineados en el marco analítico que se describe en la próxima subsección.

### **III.4 Vías causales y marco de referencia**

Las vías que van de los factores estructurales determinantes relacionados con el género a los factores intermediarios que determinan resultados sanitarios desiguales son múltiples y pueden ser complejas. Los factores intermediarios son, en general, cuatro: 1) valores, normas, costumbres y comportamientos discriminatorios; 2) diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las enfermedades, la discapacidad y las lesiones; 3) sesgos en los sistemas de salud; y 4) sesgos en las investigaciones de salud. Estos factores intermediarios, a su vez, conducen a resultados de salud sesgados y desiguales que, a su vez, pueden tener graves consecuencias económicas y sociales para las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, sus familias, sus comunidades y sus países. Los efectos de retroalimentación, que van desde los resultados y las consecuencias hasta los factores estructurales determinantes o los factores intermediarios, también pueden ser importantes. En la figura 1 se resumen estas relaciones.

Figura 1. Marco para la función del género como factor social determinante de la salud



Nota: las líneas punteadas representan los efectos de retroalimentación.

## IV. Factores estructurales determinantes relacionados con el género

### IV.1 ¿Qué sabemos?

Como ya se mencionara, el género como *estratificador social*, sus intersecciones con otros motivos de discriminación y sesgo tales como clase económica, raza o casta y sus interacciones con *procesos estructurales* constituyen en conjunto los *factores estructurales determinantes de la salud relacionados con el género*. Estos son los factores preliminares que modelan la salud de la gente de maneras importantes. Para el análisis de este informe

identificamos algunos procesos estructurales (el aumento del alfabetismo y la educación, las transiciones demográficas que se reflejan en las tasas de natalidad y mortalidad y en las estructuras familiares, y la globalización, incluso sus efectos en la fuerza laboral, los sistemas de salud y los medios de comunicación) que son cruciales debido a su relevancia actual, alcance, rapidez e interacciones con el género. La forma en que estos procesos interactúan con los sistemas de poder determinados por el género y con la estratificación, así como el alcance y las formas en que debilitan o refuerzan las desigualdades y la inequidad de género, son fundamentales para la exposición de esta sección. También examinamos las formas en que la profundización de la agenda de derechos humanos ha alterado el marco normativo en el cual descansa la igualdad de género. En la medida de lo posible, dados los límites de los datos probatorios disponibles, en la sección también se abordan las intersecciones entre el género y otros estratificadores sociales.

#### **IV.1.1 Género como estratificador social**

Durante el último medio siglo se han acumulado muchas pruebas basadas en el trabajo realizado en casi todas las ciencias sociales y las humanidades, así como en algunas de las ciencias naturales, acerca de la presencia, el alcance y la profundidad de la desigualdad y la inequidad de género en gran parte de la historia conocida y en prácticamente todo el mundo. En ocasión del décimo aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (United Nations, 1995), varios organismos examinaron los datos probatorios sobre el género y el desarrollo y observaron que la desigualdad de género seguía estando ampliamente presente (Sen, 2006). Aunque sus formas varían según el momento y el lugar y pueden ser más ostensibles o más sutiles, el sistema de poder determinado por el género que coloca a las mujeres en posiciones sociales subordinadas ha sido notablemente generalizado y persistente. Los correlatos del poder determinados por el género se pueden hacer sentir entre las mujeres y los hombres en prácticamente cada campo y, con toda seguridad, la de la salud (Lorber, 1997).

Aunque varios conceptos han evolucionado con el transcurso de los años, proporcionando las bases analíticas para la comprensión y la acción,<sup>9</sup> un aspecto fundamental de la mayoría de ellos es la función del poder determinado por el género en la organización de las relaciones entre personas, que crea y mantiene valores, normas, comportamientos y costumbres desigualadores y estructura las organizaciones de forma tal que reflejen y consoliden esas mismas creencias y relaciones. El género afecta al funcionamiento y la capacidad de la gente (Sen, 1999). Las relaciones de género operan mediante procesos de *tener, ser, saber y hacer* que diferencian, estratifican, subordinan y jerarquizan a las personas y, en el caso de las personas transgénero e intersexuales en particular, aunque no exclusivamente, las margina y las excluye.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> La subordinación, la discriminación, el sesgo, el patriarcado, el sistema de género y la masculinidad hegemónica, entre otros.

<sup>10</sup> Las personas transgénero e intersexuales no son las únicas que se enfrentan con la exclusión social, pero la distinción entre la exclusión social y la inclusión desigual es importante (para mayor información, consultar el informe de la Red de Conocimiento sobre la Exclusión Social).

Las mujeres tienen menos tierras, riqueza y propiedades en casi todas las sociedades, pero todavía tienen una carga mayor de trabajo en la economía del “cuidado” de las personas, incluso de los jóvenes y los ancianos, garantizando su supervivencia, reproducción y seguridad (Elson 1993). En algunos contextos, las niñas reciben menos alimentos y menos educación y se las restringe más físicamente. Las mujeres generalmente son empleadas y segregadas en ocupaciones “informales”, menos remuneradas y menos seguras. La jerarquía de género gobierna la forma en que vive la gente, lo que la gente cree y lo que dice saber con respecto a lo que significa ser niña o niño, mujer u hombre. A menudo se considera que las niñas y las mujeres son menos capaces,<sup>11</sup> y en algunas regiones se las ve como depositarias del honor masculino o familiar y del amor propio de las comunidades (Fazio, 2004). Se considera que las restricciones de su movilidad física, su sexualidad y su capacidad reproductiva son naturales y, en muchos casos, los códigos de conducta social aceptados y los sistemas jurídicos toleran, e incluso premian, la violencia contra ellas (García-Moreno et al., 2006a).

Las mujeres, por lo tanto, son consideradas como objetos en vez de sujetos (o agentes) en sus propios hogares y comunidades, y eso se refleja en normas de comportamiento, códigos de conducta y leyes que perpetúan su condición de seres inferiores y ciudadanos de segunda clase.<sup>12</sup> Aun en los lugares donde no existe una desigualdad de género extrema, las mujeres a menudo tienen menos acceso al poder político y menos participación en las instituciones políticas, desde el concejo municipal o el pueblo local hasta el parlamento nacional y la escena internacional. Aunque eso ocurre con todas las mujeres en comparación con los hombres, puede haber grandes diferencias entre las mujeres según la edad o la etapa de la vida, así como la clase económica, la casta, el grupo étnico, etc. Gran parte de lo expuesto se aplica también a las personas transgénero e intersexuales, que a menudo se ven obligadas a vivir en los márgenes de la sociedad con pocos bienes materiales, se enfrentan con una exclusión extrema en los mercados de trabajo que les deja pocas opciones fuera de la prostitución como medio de subsistencia, y suelen ser víctimas de ostracismo, discriminación y brutalidad (IDS Bridge Cutting Edge Pack on Gender and Sexuality).

La otra cara de la moneda de la posición subordinada de las mujeres es que los hombres poseen habitualmente mayor riqueza, mejores trabajos, más estudios, mayor influencia política y menos restricciones para su comportamiento. Por otro lado, los hombres de muchas partes del mundo ejercen poder sobre las mujeres, tomando decisiones en su nombre, reglamentando y restringiendo su acceso a los recursos y su representación personal, y sancionando y vigilando su comportamiento mediante la violencia socialmente aprobada o la amenaza de violencia. Nuevamente, no todos los hombres ejercen poder sobre todas las mujeres; en las relaciones de poder determinadas por el género influyen la edad y la etapa de la vida, así como otros estratificadores sociales tales como la clase

---

<sup>11</sup> Un ejemplo es el cuestionamiento reciente del ex rector de la Universidad de Harvard sobre la capacidad científica intrínseca de las mujeres.

<sup>12</sup> El concepto de ciudadanía ha sido cuestionado y, por ende, ampliado a fin de incluir no solo la esfera pública sino también la política dentro del hogar (véase PITANGUY, J. [2002] Bridging the Local and the Global: Feminism in Brazil and the International Human Rights Agenda. *Social Research*, 69, 805-820).

económica, la raza o la casta. Por ejemplo, las mujeres pobres y las que pertenecen a grupos subordinados raciales o de castas, tienden a estar cerca del nivel más bajo del orden social, sobrellevando la múltiple carga de la pobreza, el trabajo, la discriminación y la violencia. Al mismo tiempo, los sistemas de género a menudo ofrecen a algunas mujeres la posibilidad de ejercer poder y autoridad sobre otras mujeres (las mujeres más ricas sobre las más pobres, las mayores sobre las más jóvenes, por ejemplo) y, hasta en algunas dimensiones, sobre los hombres más pobres.

La repercusión del poder de género en la salud física y mental de las niñas, las mujeres y las personas transgénero e intersexuales, así como de los niños y los hombres, pueden ser profundas. En las secciones siguientes veremos cómo afecta las normas de salud y las prácticas, las exposiciones y las vulnerabilidades a los problemas de salud, y las formas en que responden los sistemas de salud e investigación. No obstante, los sistemas de género, a pesar de la lentitud con que cambian, no son inmutables, y estos cambios pueden ser para bien o para mal. Ofrecen posibles puntos de acceso para la abogacía, el activismo y la política.

#### ***IV.1.2 Procesos estructurales relacionados con el género***

Aunque los sistemas de género pueden cambiar con lentitud, a menudo están sometidos a la presión de otros procesos estructurales que ponen en tela de juicio los cimientos en los que descansa el edificio del poder de género. Algunos de estos procesos pueden sacudir realmente esos cimientos y provocar tensiones, resistencia (especialmente de los que se benefician del poder de género), adaptación o transformación. En esta subsección examinamos algunos de los procesos estructurales clave que ya han cambiado y continúan cambiando los aspectos de la vida de las personas determinados por el género.

*Cambios en el alfabetismo y la educación.* Cada vez que se buscan factores positivos que afectan a los sistemas de género históricamente desiguales, el aumento del alfabetismo y de la educación de las niñas habitualmente encabeza la lista. No obstante, en muchas partes del mundo persiste una disparidad de género en el alfabetismo y la educación, que ha sido documentada por Herz y Sperling (Herz y Sperling, 2004) y en los informes del Grupo de Trabajo 3 sobre Educación e Igualdad de Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (Grown et al., 2005, Birdsall et al., 2005). Un número significativo de mujeres llegan a la edad adulta sin educación, especialmente en el sur de Asia, donde la tasa de alfabetización de las mujeres (de 15 años y más) en el 2004 era de apenas 48%, o sea solo dos tercios de la tasa masculina (HDR, 2006).

Los hijos de las mujeres que nunca recibieron educación tienen una probabilidad 50% mayor de sufrir desnutrición o morir antes de cumplir 5 años (UNFPA, 2002). Los niños, y especialmente las niñas, con bajo nivel de escolaridad asumen la carga de trabajo propia de un adulto prematuramente y se los priva de la oportunidad de aprender en un

entorno institucional fuera de la familia. En muchos países, millones de niñas “desaparecen” en matrimonios tradicionales a una edad temprana, trabajos peligrosos o incluso en funciones de combate (UNICEF, 2006).

Las normas que crean barreras para la educación de las niñas incluyen las percepciones negativas acerca de las mujeres que devalúan su capacidad, las fuertes creencias acerca de la división de trabajo que colocan una carga injusta sobre las mujeres, las creencias con sesgo de género acerca del valor de la educación de las niñas y los programas de estudios que se consideran inadecuados para las niñas (Abane, 2004). Tales normas se exageran por barreras estructurales tales como la matrícula escolar o el costo de ir a la escuela, la distancia hasta las escuelas y el riesgo, percibido o real, que corren las niñas al asistir a la escuela, la falta de mujeres docentes, la falta de sensibilidad a las cuestiones de género en las escuelas, como la falta de baños decentes para las adolescentes y la inflexibilidad de los programas de clases.

Estas barreras tienen un efecto especialmente fuerte en la educación posprimaria. La disparidad de género en la enseñanza primaria se ha reducido mucho en casi todos los países, pero aunque la brecha en la educación secundaria se ha cerrado en la mayoría de los países con un índice de desarrollo humano alto o mediano, persiste una brecha significativa en el coeficiente neto de matrícula secundaria en muchos países con un índice de desarrollo humano (IDH) bajo (HDR, 2006). La educación terciaria en muchos países con un índice de desarrollo humano alto parece favorecer a las mujeres más que a los hombres en lo que concierne a la matrícula bruta. Esto probablemente refleje una combinación del rendimiento menor de la educación secundaria para las niñas en el mercado de trabajo (que les exige permanecer más tiempo en escuela) y las tasas mayores de deserción de los varones después de la escuela secundaria.

El cambio en algunas regiones tales como el Caribe y partes de América Latina hacia el ingreso de más niñas que niños en la educación secundaria y superior y la terminación de estos estudios se debe examinar más cuidadosamente. En parte se debe a un interés mayor de las niñas en la escolaridad y en parte a causas tales como un gran aumento del desempleo juvenil y el bajo rendimiento de la enseñanza superior para los varones en el mercado de trabajo. El nivel de matriculación más deficiente y las tasas de deserción escolar más altas entre los niños también pueden generar agresión, normas masculinas destructivas y violencia contra la mujer como maneras de compensar la poca autoestima de los hombres jóvenes (Osler et al., 2006).

*Transición demográfica.* Los cambios en la oferta y demanda de educación fueron provocados en parte por las transiciones demográficas reflejadas en las tasas de natalidad y de mortalidad en muchas partes del mundo. En términos generales, la reducción de las tasas de mortalidad se vinculó con transiciones en el ámbito de la salud pública, especialmente la disminución de la mortalidad por las enfermedades infecciosas tradicionales y el aumento de la vacunación. La disminución de la fecundidad se debe a múltiples factores, entre ellos los programas de

planificación de la familia y los cambios en las relaciones de poder entre mujeres y hombres que están firmemente relacionados con los avances de las mujeres en la educación, la participación en la fuerza laboral remunerada y el acceso a los anticonceptivos. En los lugares donde ha concluido la transición demográfica hacia una menor fecundidad, ello ha influido sin duda en las relaciones de género al reducir el tiempo que las mujeres tienen que dedicar a la maternidad y la crianza de los hijos, y también en la cultura al debilitar la relación entre la sexualidad y la maternidad, y al transformar el tamaño y la composición de las familias y las relaciones dentro de ellas (Presser y Sen, 2000). Sin embargo, el ritmo y el modelo de estos cambios son diferentes en distintas regiones del mundo. En algunos países ha bajado la tasa de mortalidad sin que se haya producido hasta ahora la correspondiente disminución de las tasas de natalidad. En consecuencia, el número absoluto y relativo de los jóvenes en esos países ha aumentado en los últimos decenios, paralelamente al envejecimiento de la población en otros países de ingresos por lo general altos o medianos (UNFPA, 2003). En las regiones seriamente afectadas por la pandemia de la infección por el VIH/sida, la pirámide de edad parece estar vacía en la sección correspondiente a la edad madura debido a las tasas elevadas de infección entre las mujeres y los hombres en edad fecunda. En las regiones donde la preferencia por los hijos varones es endémica, la disponibilidad de tecnologías ecográficas ha alterado significativamente la razón de sexos en la población en conjunto, desfavoreciendo en particular a las niñas y las mujeres (UNFPA, 2006).

Estos procesos tienen consecuencias importantes no solo para el tipo de exigencia impuesta a los servicios de salud, sino específicamente para las niñas y las mujeres como proveedoras de primera línea de todas las formas de cuidado, incluso la atención de la salud dentro y fuera del hogar. Una gran población joven habitualmente significa un aumento del trabajo de las mujeres en maternidad y cuidado de los hijos. En la mayoría de los países, este trabajo no cuenta con ningún apoyo y generalmente no es remunerado. Cuando los niños se enferman, las mujeres tienen que hacer malabarismos con las múltiples responsabilidades de una doble o triple carga de trabajo. Cuando las madres trabajan para obtener ingresos (como ocurre con la mayoría de las madres pobres), las niñas se tienen que encargar de cuidar a los hermanos a expensas de su propia educación (Herz y Sperling, 2004). Cuando los padres mueren debido a la infección por el VIH, son a menudo los abuelos o los niños (a menudo las niñas) quienes tienen que cuidar de los niños pequeños y el hogar (Monash y Buerma, 2004). Una razón de sexos sumamente sesgada en la población da lugar a mayores diferencias de edad entre los cónyuges y a fenómenos tales como el secuestro de novias y las esposas compartidas entre hermanos, que tienen repercusiones negativas en el poder de las mujeres dentro del hogar (Hudson y den Boer, 2004).

Irónicamente, el envejecimiento de la población también aumenta la carga de trabajo de las mujeres en lo que se refiere al cuidado de los ancianos, que generalmente necesitan más atención de salud (WHO, 2003d). El envejecimiento también afecta a las mujeres de otra manera, especialmente en los países donde se observa una mayor longevidad de las mujeres. Aunque hay indicios de que los viudos son menos capaces que las viudas de

cuidarse a sí mismos y administrar su vida (Fry, 2001), el número absoluto de viudas tiende a ser mayor. Es allí donde se siente el efecto acumulativo de la posición económica inferior y la dependencia de las mujeres a lo largo de su vida. Las viudas tienden a ser más pobres y sus tasas de empobrecimiento e indigencia son mayores que las de los viudos y de muchos otros subconjuntos de la población. En los países de ingreso bajo y medio, donde es aceptable que los hombres mayores se casen con mujeres mucho más jóvenes y donde el casamiento de las viudas en segundas nupcias no está bien visto, hay muchas más viudas que viudos. En estos casos, las viudas pueden correr un riesgo mayor de mala salud si viven solas (si han sobrevivido a un cónyuge mayor y, por una razón u otra, no viven con uno de sus hijos). En el Líbano, esto constituye un verdadero problema para los hijos adultos que se mudaron durante la guerra civil para encontrar trabajo; 15% de las mujeres ancianas viven solas, en comparación con 1% de los hombres ancianos (Sibai et al., 2004). En la guerra de julio a agosto del 2006, los ancianos en estado delicado que se vieron obligados a abandonar las zonas rurales deben haber experimentado gran estrés y peligro. En un estudio realizado en Egipto y Túnez se observó que las mujeres mayores, independientemente de su situación residencial, parecían presentar mayores tasas de morbilidad y discapacidad que los hombres mayores, e informaban que usaban medicamentos y que visitaba a los proveedores más a menudo que los hombres (Yount y Agree, 2005, Yount et al., 2004).

Pocos países de ingreso bajo y medio proporcionan apoyo financiero o servicios de cuidados domiciliarios adecuados para los ancianos, tengan o no cónyuge. En los países donde la asistencia institucional de los ancianos no está bien vista, la mayoría de las familias no pueden costearla y no la consideran adecuada. Sin embargo, las mujeres no pueden cuidar a los familiares ancianos si no les proporcionan apoyo extra. Como los padres viven más tiempo y las mujeres trabajan fuera del hogar, el cuidado de los padres ancianos se puede convertir en una situación estresante para los miembros de la familia. La situación de dependencia de los ancianos en estado delicado (una gran proporción de los cuales son mujeres) los hace vulnerables a los abusos en la familia y en la atención. En los países de ingreso bajo y medio, donde las personas mayores todavía constituyen una proporción relativamente pequeña de la población y se las atiende principalmente en el hogar, el maltrato de ancianos no es un tema que se trate o investigue.

La medida en que hay que atender las necesidades de las poblaciones de jóvenes y ancianos mediante el trabajo no remunerado de "cuidado" que realizan las mujeres se exagera por el desmoronamiento de los servicios de salud y la desaparición del personal sanitario remunerado (George, 2007a). Las mujeres se convierten en los amortiguadores del sistema y se espera que actúen como tales, tanto en épocas de normalidad económica y sanitaria como durante las sacudidas causadas por las crisis sanitarias y las situaciones de emergencia. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres que sobrellevan las múltiples cargas transversales de pobreza y, por ejemplo, raza, grupo étnico o casta. En efecto, la experiencia de estas mujeres puede contradecir las normas biomédicas tradicionales; por ejemplo, que los primeros años de la edad adulta son el período más saludable para la

maternidad. Geronimus propuso la "hipótesis del desgaste" como explicación verosímil de las diferencias raciales en los patrones de edad materna en relación con los nacimientos y los resultados de los nacimientos en los Estados Unidos (Geronimus, 1992). Según la "hipótesis del desgaste", la salud de las mujeres afroestadounidenses se puede empezar a deteriorar en los primeros años de la edad adulta como consecuencia física de las desventajas socioeconómicas acumuladas. Por consiguiente, la adolescencia quizá sea un período más saludable para quedar embarazadas y tener hijos que los primeros años de la edad adulta. Este trabajo ha continuado con mediciones y con estudios sobre las consecuencias de política en lo que se refiere a la urgente necesidad de reducir los factores socioeconómicos estresantes que enfrentan las mujeres que están sometidas a varios factores transversales de opresión (Geronimus y Thompson, 2004, Geronimus et al., 2006). La hipótesis del desgaste también se probó y se encontró que es válida en relación con las mujeres de origen mexicano nacidas en los Estados Unidos, con claros correlatos en niveles extraordinariamente altos de mortalidad neonatal e hipertensión relacionada con el embarazo en los primeros años de la edad adulta (Wildsmith, 2002).

Sin embargo, la disminución del tamaño de la familia y los cambios en su composición también han tenido efectos importantes en las relaciones intrafamiliares al reducir el tiempo que las mujeres deben dedicar a la maternidad y la crianza de los hijos y el mayor control ejercido por las estructuras familiares patriarcales sobre las mujeres y los jóvenes (Hopkins, 2001). En algunos casos, sin embargo, estos cambios también desencadenan reacciones cuando aquellos que ejercen el poder de género en la familia, la comunidad y las estructuras religiosas tratan de controlar y disciplinar (especialmente) a las mujeres jóvenes.

Aunque algunas interpretaciones religiosas reconocen la igualdad de las mujeres y los hombres, otras son profundamente patriarcales y el reto planteado por la transición demográfica y la igualdad de género les resulta sumamente amenazador para su goce de viejo cuño de los frutos del poder masculinista. El deseo de aferrarse a ese poder ha conducido a intentos de hacer retroceder las normas internacionalmente acordadas sobre igualdad de género y en particular la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Petchesky, 2003). Esos intentos han tenido graves consecuencias para la salud y los derechos humanos de las mujeres, los hombres y los jóvenes. Entre ellas, la reducida disponibilidad de condones a pesar de ser el único método eficaz conocido para prevenir la infección por el VIH<sup>13</sup> y las limitaciones a los abortos sin riesgos incluso en los lugares donde son legales y en los casos en que la salud de la mujer puede estar en riesgo.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> En el marco del programa ABC (abstinencia, fidelidad y condones) financiado por el gobierno de Bush, se ha hecho hincapié abrumador en la abstinencia, mientras que la disponibilidad de condones ha disminuido drásticamente en grupos muy vulnerables a la infección por el VIH. La reversión en los últimos años de los adelantos que se habían logrado en Uganda para limitar la infección por el VIH es un ejemplo notorio de los peligros muy reales que las ideologías relacionadas con el género plantean para la salud de las personas (véase MURPHY, E. M., GREENE, M. E., MIHAILOVIC, A. & OLUPOT-OLUPOT, P. [2006] Was the "ABC" Approach [Abstinence, Being Faithful, Using Condoms] Responsible for Uganda's Decline in HIV? *PLoS Med*, 3, e379).

<sup>14</sup> La Corte Suprema de los Estados Unidos, con mayoría conservadora, dictaminó en 2007 que una ley que prohibía ciertos abortos en el segundo trimestre del embarazo era legal aunque no contenía una excepción para los casos en que hubiera riesgo para la salud de la mujer (véase FEDERAL ABORTION BAN TRIALS [2007] U.S. Supreme Court Upholds Federal Abortion Ban: Law Threatens Women's Health;

*Globalización.* Durante los últimos cuarenta años, los efectos de las transiciones demográficas y de procesos que mejoran la capacidad, entre ellas la educación, se transversalizaron como consecuencia de los rápidos cambios en la economía política a nivel internacional y nacional. Aunque diversos cambios tecnológicos y de otros tipos tendieron a acercarse más que nunca a las economías locales, nacionales y regionales durante los últimos quinientos años, en los últimos decenios se han observado cambios cualitativos en su velocidad y alcance. Los países y sus sistemas económicos están más estrechamente entrelazados debido a los grandes flujos de dinero, mercancías y personas, líneas de ensamblaje y cadenas de productos básicos mundiales, mayor información y conocimientos, y repercusiones más fuertes de las políticas y acciones entre los países. La globalización, impulsada por la revolución en la tecnología de la información y su penetración en el núcleo de los sistemas económicos y de producción, también generó movimientos sociales (en torno a los temas del medio ambiente, las mujeres, el racismo y los indígenas) con un alcance más mundial. Asimismo, se relacionó (aunque no siempre causalmente) con una mayor militarización y conflictos bélicos, así como una intensificación de las guerras por la energía y los recursos minerales, con el aumento consiguiente del número de refugiados internos, personas desplazadas y la trata de mujeres y niños. El informe de la Red de Conocimiento sobre la Globalización, de la CDSS, contiene un análisis más detallado de los efectos de la globalización, mientras que en el informe de la Red de Conocimiento en Sistemas de Salud se presentan algunas de las repercusiones para los sistemas de salud.

Hay tres repercusiones importantes de la globalización que son particularmente significativas para nuestro enfoque de las relaciones de género. El *primero* es la transformación de la composición de la fuerza laboral y sus secuelas para la salud de la mujer. La “feminización” de la fuerza laboral (Joekes, 1995, Standing, 1997) es un producto de la intensificación de la competencia mundial por fuentes de mano de obra más barata, hecha posible por los cambios tecnológicos y el surgimiento de líneas de ensamblaje mundiales para una variedad cada vez más creciente de productos. Con la difusión de tales procesos a los servicios mediante la tercerización de procesos comerciales y el surgimiento de la economía mundial que funciona veinticuatro horas al día, las trabajadoras se incorporan en números crecientes a mercados vinculados a nivel mundial, a pesar de que su trabajo sigue siendo menos remunerado y, a menudo, se realiza en condiciones adversas (Messing y Östlin, 2006, Mills, 2003). La feminización de la fuerza laboral fue de la mano con una proliferación del trabajo casual —formas más inseguras de trabajo, como en el sector informal y en el hogar—, que significa ausencia de protección social y tiene efectos potencialmente graves para la salud de las mujeres y su familia, y el empobrecimiento resultante. Al mismo tiempo, las mujeres siguen teniendo una carga desigual de trabajo no remunerado en el hogar. Para muchas mujeres, la responsabilidad por el cuidado de los hijos constituye la barrera más importante que menoscaba su capacidad para participar en los mercados de trabajo formales (asalariados) (Barriento et al., 2004; informe de la Red de Conocimiento sobre la Globalización). Con frecuencia, las mujeres sufren la carga de estas múltiples disyuntivas

como una profundización de la doble carga de ganar ingresos fuera del hogar al mismo tiempo que continúan siendo las principales responsables del trabajo doméstico de atención (Mansdotter et al., 2006). Estas cargas tienen consecuencias para la salud de la mujer, tanto desde el punto de vista ocupacional como en relación con el descanso y el tiempo libre insuficientes. A pesar de esto, las mujeres que tienen esos trabajos a menudo se muestran reacias a dejar de trabajar si eso significa volver a someterse a la autoridad de género y el control patriarcal de los sistemas familiares tradicionales (Kabeer, 2002).

Las trabajadoras migratorias y los hijos que quedan en el hogar corren un riesgo especial. En las sociedades donde no se socializa a los hombres para que se ocupen de las tareas reproductivas en el hogar, esto da lugar al descuido general de los niños. Los compañeros que quedan en el hogar también pueden gastar el dinero enviado por las mujeres en vicios y en otras mujeres, exacerbando la opresión de género (Pingol, 2001, Battistella y Asis, 1999).

En la mayoría de los países del Consejo de Cooperación del Golfo, los trabajadores inmigrantes tienen algunos derechos a la salud. Sin embargo, las obreras que viven en viviendas colectivas y las empleadas domésticas tal vez no estén al tanto de estos derechos. Las empleadas domésticas que tienen derecho a recibir atención de salud como miembros de la familia que las emplea quizá no estén al tanto de este derecho o no puedan hacerlo valer. Estas mujeres corren especialmente el riesgo de acoso sexual y aislamiento social. Se ha observado que las empleadas domésticas inmigrantes en Kuwait sufren de una tasa elevada de enfermedades mentales (Zahid et al., 2003). Huelga decir que a menudo no tienen una opción real de irse si son el único sostén económico de su familia. Sin las habilidades proporcionadas por la educación y en vista de la falta de opciones en los mercados de trabajo formales de sus países de origen, estas mujeres a menudo están atrapadas en el empleo como empleadas domésticas inmigrantes.

La *segunda* consecuencia de la globalización relacionada con el género se debe al estrechamiento del espacio de la política nacional que se ha producido en muchos países (de ingreso alto, mediano y bajo) que han tenido que subordinar la salud, la educación y otras políticas de desarrollo humano a la necesidad de armonizar la economía nacional con las presiones de los mercados financieros y de productos básicos mundiales (Rodrik, 1997, Stiglitz y Charlton, 2005). Los préstamos de ajuste estructural otorgados por las instituciones de Bretton Woods en los años ochenta fueron una manifestación temprana de este fenómeno. Sus efectos en la disminución de fondos destinados a la salud y la educación, y sus efectos negativos en el acceso de las niñas y las mujeres en particular fueron ampliamente criticados (Herz y Sperling, 2004).

En los años noventa se modificaron las políticas emanadas del llamado Consenso de Washington. El compromiso de los países con estrategias de reducción de la pobreza o estrategias nacionales de desarrollo equivalentes se convirtió en la base de los préstamos extranjeros. Los préstamos directos para programas de salud aumentaron en

varios casos, pero a menudo relacionados con presiones para privatizar los servicios y aumentar las tarifas de los usuarios. El enfoque modificado ha tenido resultados mixtos en cuanto a su eficacia para lograr una reversión real de las tendencias negativas en los sistemas de salud.<sup>15</sup> Estas políticas se aplicaron también en esferas conexas, tales como las reformas de las pensiones, con significativos aumentos de la desigualdad. Varios países latinoamericanos han privatizado en todo o en parte las pensiones públicas desde los años ochenta. En 1995, México privatizó su sistema de pensiones públicas, pasando de prestaciones definidas a un sistema de contribuciones definidas basado en cuentas individuales administradas de forma privada. El sistema nuevo quizá proporcione incentivos a las mujeres para aumentar su participación en el trabajo formal, pero debido a la falta de apoyo a las trabajadoras es muy probable que, a la larga, las mujeres pierdan el derecho a cobrar una pensión y dependan del apoyo de su familia en la vejez (Dion, 2006).

Otro estudio muestra que el nuevo sistema de pensiones administrado de forma privada en Chile ha aumentado las desigualdades de género. Las mujeres están peor que con el régimen anterior de seguridad social financiado con ingresos corrientes, en el que el cálculo de las prestaciones para los hombres y las mujeres no difería y las mujeres podían obtener pensiones con menos requisitos que los hombres. Actualmente, las prestaciones se calculan según los aportes individuales y el nivel de riesgo. Factores tales como la mayor esperanza de vida de las mujeres, la jubilación a una edad más temprana, las tasas menores de participación en la fuerza laboral formal, los sueldos más bajos y otras desventajas en el mercado de trabajo están afectando directamente a su acumulación de fondos en las cuentas de ahorro para jubilación, lo que lleva a pensiones más bajas, especialmente en el caso de las mujeres más pobres. Las lecciones de la reforma chilena deberían impulsar a los expertos, a las instancias normativas y al público en general a entablar debates que incorporen más adecuadamente las variables de género en la concepción y puesta en práctica de cambios en las políticas (deMesa y Montecinos, 1999).

Un *tercer* aspecto de la globalización que es importante para la salud es el recrudescimiento de la violencia vinculada con los cambios de la economía política de los estados naciones en el orden internacional. Con la caída del sistema soviético (que al menos en parte se debió a su incapacidad de resistir el poder creciente de la nueva economía mundial), se esperaba que los gastos militares se redujeran de forma generalizada, liberando recursos para el

---

<sup>15</sup> "...el crecimiento de los enfoques selectivos de la atención primaria de salud arraigados en análisis de rentabilidad de los años ochenta fue encabezado también por organismos internacionales. Aunque algunos de estos enfoques, como la vacunación, tuvieron efectos positivos en la mortalidad en la niñez, se han cuestionado enérgicamente sus repercusiones en la capacidad de los sistemas de salud para responder a la mayor variedad de problemas de salud con que se enfrentan diariamente. Los debates del pasado acerca de los enfoques selectivos en comparación con los enfoques del desarrollo de sistemas de salud (Rifkin y Walt 1986) ahora están de nuevo en la agenda con el surgimiento de las iniciativas de salud mundiales, algunas de las cuales se orientan a problemas de salud específicos y a algunos servicios en particular, que han movilizado niveles enormes de financiamiento para los sistemas de salud en los países de ingreso bajo y medio (US\$ 8.900 millones en 2006 solo para la infección por el VIH/sida). Un análisis de las políticas, los programas y los procesos que rigen la formulación y ejecución de tres iniciativas de salud mundiales (el PEPFAR, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el Programa Multinacional contra el VIH/SIDA, del Banco Mundial) indica que pueden tener efectos negativos en los sistemas de salud y, específicamente, la equidad de género, a menos que en sus actividades futuras se preste más atención a la equidad" (Hanefeld et al. 2007, citado en el informe de la Red de Conocimiento sobre Sistemas de Salud). (Véanse los debates anteriores en RIFKIN, S. B. & WALT, G. [1986] Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care. *Social Science Medicine*, 23, 559-566.)

desarrollo humano y para usos más productivos. Sin embargo, la esperanza de que las espadas se convirtieran en arados fue tristemente defraudada. El mundo unipolar postsoviético todavía amenaza con volver a caer en una carrera armamentista,<sup>16</sup> se intensificó la competencia entre las naciones más potentes por los recursos minerales de otros y se exacerbó los conflictos étnicos y comunales como consecuencia de la merma de la capacidad de gobernanza de los estados más pobres y la mezcla de tensiones étnicas y de otros tipos con las luchas por los recursos.

Según cálculos recientes, en 2005 había entre 10 y 12 millones de refugiados y personas que buscaban asilo en todo el mundo y de 24 a 25 millones de desplazados internacionales.<sup>17</sup> Weiss y Korn (2006) señalan la “notable reversión” de la “razón entre los refugiados y los desplazados internacionales” en los últimos veinticinco años, desde 1982, cuando el número de refugiados internacionales era diez veces mayor que el de desplazados internacionales, hasta el presente, en que estos últimos son dos veces y media más numerosos (2006:1) (Petchesky y Laurie, 2007). Petchesky y Laurie afirman que la característica central de los campamentos de refugiados y desplazados es que son sitios donde la gente no goza de los derechos de los ciudadanos normales y a menudo no es contada ni recordada por los principales sistemas o informes de salud, a pesar de ser puntos clave para la transferencia de “virus, violencia y cuerpos dañados y desechados”.

Además, son focos importantes de violencia de género.<sup>18</sup> Es importante señalar que esta forma de violencia afecta no solo a las niñas y las mujeres, sino que también incluye la violencia contra los niños varones y los hombres, las personas transgénero e intersexuales y todos los que no se encuadran en las normas de heterosexualidad.

Asimismo, uno de los efectos importantes relacionados con el género de la expansión rápida de los medios de comunicación de distintos tipos y la creciente centralización del control de los medios de comunicación de masas en unas pocas manos es la pérdida de claridad de los límites de los espacios públicos y privados. Como consecuencia de la intensificación de la competencia mundial y nacional por su control, los medios de comunicación han tendido a recurrir al mínimo común denominador en lo que se refiere a la programación, en la que abundan los despliegues de

---

<sup>16</sup> Muestra de ello son las críticas de Rusia con respecto a los planes de los Estados Unidos de extender sus sistemas de misiles hasta partes de Europa oriental.

<sup>17</sup> Los números varían según el método de recuento y quién hace el recuento (véanse UNHCR (2006) *Global Refugee Trends*. Ginebra, ONACUR, USCRI [2006] *World Refugee Survey 2006*. Comisión Estadounidense para los Refugiados e Inmigrantes [USCRI], NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL [2006] *Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2005*. Ginebra, Centro Internacional de Seguimiento de los Desplazamientos Internos, WEISS, T. G. & KORN, D. A. [2006] *Internal Displacement: Conceptualization and Its Consequences*. Routledge: Londres y Nueva York, 2006). Según la encuesta mundial sobre refugiados realizada en el 2001 por la Comisión Estadounidense para los Refugiados e Inmigrantes, se calcula que las personas “desplazadas por situaciones complejas de emergencia humanitaria” ascienden a 35 millones, pero no cabe duda de que esta cifra combina los desplazados internacionales y los refugiados.

<sup>18</sup> “En gran parte del mundo, las guerras se libran cada vez más contra la población civil desarmada [que ahora representa entre 60 y 90% de todas las bajas de los conflictos]... de modo que las principales víctimas son civiles: mujeres, hombres y niños. La violencia de tales conflictos no puede separarse de otras expresiones de violencia. En cada sociedad militarizada, zona de guerra y campamento de refugiados, la violencia contra las mujeres y los hombres forma parte de un proceso continuo más amplio de violencia que trasciende la simple dicotomía diplomática de la guerra y la paz. ... [y] resiste toda división entre los ámbitos público y privado.” Véase GYLES, W. & HYNDMAN, J. (2004) *Introduction: Gender and Conflict in a Global Context*. En GYLES, W. & HYNDMAN, J. (Eds.) *Sites of Violence: Gender and Conflict Zones*. Universidad de California: Berkeley.

violencia y la comercialización (en particular) del cuerpo de la mujer. Con el crecimiento y la diversificación de la tecnología de la comunicación, su contenido se ha cargado de mensajes e imágenes violentas y misóginas.<sup>19</sup> La Internet, los juegos de video y los medios de comunicación tradicionales tales como el cine están llenos de este tipo de contenido. En estudios psicológicos y datos probatorios de mucho peso se argumentan los efectos de la violencia injustificada en la desensibilización de los jóvenes; sin embargo, hasta ahora eso no parece haber influido mucho en las políticas sobre los medios de comunicación (Cantor, 2002). La Asociación Estadounidense de Psicología dice que hay tres efectos principales de ver actos de violencia en los medios de comunicación (es decir, los juegos de video y la televisión): los niños se pueden volver menos sensibles al dolor y el sufrimiento de otros, pueden ser más temerosos del mundo que los rodea y pueden tener mayores probabilidades de comportarse de manera violenta o hiriente con los demás (Tompkins, 2003).

#### **IV.1.3 Movimientos de mujeres y derechos humanos**

Algunas de las consecuencias negativas de la globalización contrastan con la profundización en los últimos decenios del marco normativo de los derechos humanos. Esta profundización ha sido importante porque alteró los valores, las creencias y los conocimientos acerca de los sistemas de género y sus repercusiones para la salud y los derechos humanos. Aunque los estratificadores sociales adscriptivos, tales como el sexo, la raza o la casta, tienden en general a cambiar lentamente, a veces se pueden modificar por estallidos súbitos de agitación social. En épocas recientes, la agitación social provocada por los movimientos de defensa de los derechos civiles y de las mujeres de los años sesenta y la mayor atención a una agenda más amplia de derechos humanos en las conferencias de las Naciones Unidas de los años noventa<sup>20</sup> pusieron en tela de juicio la noción estrecha de los derechos humanos que prevaleció hasta ese entonces (Petchesky y Laurie, 2007). Por medio de estos procesos, las organizaciones de mujeres y otras crecieron y maduraron como resultado de sus experiencias con la tarea de enfrentar la desigualdad y la inequidad de género en el terreno, a nivel de la política nacional y en las negociaciones y los debates mundiales sobre los marcos normativos y las orientaciones estratégicas. Esas organizaciones se han convertido en actores importantes en estos debates, aunque ha habido una fuerte reacción y resistencia de algunos sectores, principalmente los relacionados con jerarquías religiosas conservadoras (Faludi, 1992).

Los movimientos de mujeres siempre formaron parte de movimientos sociales amplios (Antrobus y Sen, 2006). En el contexto de las conferencias de las Naciones Unidas de la década de los noventa, el movimiento internacional de

---

<sup>19</sup> También está la cuestión de la presentación por los medios de comunicación del aspecto que debería tener el cuerpo de las mujeres jóvenes. Las mujeres delgadas en los medios de comunicación se convierten en modelos para las niñas jóvenes, dando lugar a trastornos alimentarios. Este fenómeno está afectando también en medida creciente a los niños jóvenes: en los medios de comunicación se glorifica el cuerpo de los hombres bien entrenados físicamente, lo cual lleva a los hombres jóvenes a adoptar regímenes de entrenamiento físico insalubres e incluso a tomar drogas ilícitas para aumentar su capacidad de entrenamiento y su desempeño.

<sup>20</sup> Ellas incluyen la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Rio de Janeiro, 1992), la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 2005) y la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001).

las mujeres emergió como un grupo potente de presión política y pasó a formar parte en medida creciente del movimiento mundial en pro de la justicia social. El movimiento femenino moderno tiene sus raíces en el fermento social y político de los años sesenta, como tantos otros movimientos sociales de la última parte del siglo XX. Lo específico y exclusivo del movimiento de mujeres fue *su llamamiento al reconocimiento de lo personal como político*. El surgimiento del movimiento femenino internacional como parte de una nueva sociedad civil transnacional también estuvo condicionado por los procesos generados por el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985).

La profundización resultante del marco de los derechos humanos llevó el debate mundial mucho más allá de los enfoques actuales de los derechos humanos. Casi desde la época de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (United Nations, 1948) se debatió la importancia relativa de los derechos civiles y políticos frente a los derechos económicos, sociales y culturales. Este debate giraba en gran medida alrededor de la persistencia de la desigualdad económica mundial que obraba en contra de la apertura política y la democracia. Otras dimensiones de la desigualdad y la injusticia habían estado ausentes de gran parte de este debate. Con el surgimiento de los movimientos sociales de los años sesenta se comenzaron a debatir dimensiones de la desigualdad e inequidad hasta ese momento no reconocidas: el género, la orientación sexual, el grupo étnico, la raza, la casta y la discapacidad. Todos estos elementos nuevos se inspiraron en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se referían a sus diversas cláusulas y principios. Pero también proporcionaron nuevas interpretaciones de estas mismas cláusulas, fundamentadas en la realidad de la vida de las personas que eran objeto de discriminación y desigualdad, o que eran vulnerables por otras razones, como la edad.

## **IV.2 Promoción de los derechos humanos y fortalecimiento de la capacidad de las mujeres para actuar**

El análisis de la sección anterior señala la necesidad de tres tipos diferentes de acción para abordar los factores estructurales determinantes relacionados con el género que operan antes que los factores intermediarios determinantes de la salud. Aunque las posibles acciones son muchas, nuestra selección de las prioridades la dicta la manera en que las relaciones de poder determinadas por el género se entrelazan con los roles, la división del trabajo, los recursos y la autoridad. Estas relaciones llevan a las niñas y las mujeres a sobrellevar costos y cargas desproporcionados y no remunerados para garantizar la supervivencia de los hogares, la reproducción diaria y generacional de personas y el crecimiento de las economías. Las mujeres son los amortiguadores de las familias y los sistemas sociales tanto en épocas de normalidad como en épocas de penuria. Además, sobrellevan estas cargas con un acceso inadecuado y desigual a los recursos, las oportunidades y las posibilidades de desarrollar sus propias capacidades, a menudo en un marco de restricciones injustas, controles sociales y violencia. La primera prioridad para la acción es, por consiguiente, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, que constituyen elementos clave del marco normativo para la salud. Para eso, a su vez, es necesario fortalecer la

capacidad de las mujeres para actuar y empoderarlas a fin de que puedan hacer valer y ejercer sus derechos humanos. Eso conduce a las dos acciones prioritarias siguientes: proteger a las mujeres que actúan como “amortiguadores” mediante reformas estructurales decisivas y ampliar sus oportunidades y capacidades.

#### ***IV.2.1 Profundizar el marco normativo y ejercitar los derechos humanos***

La participación de los movimientos sociales ha sido crucial para la aclaración y profundización del marco normativo de los derechos humanos clave que afectan a la salud de la gente. El reconocimiento explícito de las realidades “vivas” —por ejemplo, de la violación como una infracción de los derechos humanos de la mujer (United Nations, 1993) o del racismo como una forma de violación de los derechos humanos de determinados grupos raciales o étnicos (United Nations, 2001)— fue crucial para que se admitiera la necesidad de remedios legales y de políticas. Un precursor importante a nivel mundial fue la adopción de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1979. La CEDAW proporcionó un marco amplio para los derechos de las mujeres que se ha usado en algunos países a fin de impulsar la acción a nivel nacional. La convención tiene un mecanismo de responsabilización incorporado por el cual los Estados Miembros de las Naciones Unidas deben informar regularmente sobre las medidas tomadas para su aplicación.

Otra forma importante en que se ha profundizado el marco de derechos humanos es por medio de la interpretación de que el derecho a la salud abarca la salud reproductiva y sexual y los derechos reproductivos (United Nations, 1994) y sexuales (United Nations, 1995). El actual Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Paul Hunt, estuvo prestando especial atención a los temas de los derechos sexuales, como muestra su informe del 2004 al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Más recientemente, un grupo distinguido de expertos internacionales en derechos humanos lanzó los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del derecho internacional sobre derechos humanos a la orientación sexual y la identidad de género.<sup>21</sup> Las violaciones de los derechos humanos de ciertas personas debido a su orientación sexual real o percibida, o su identidad de género incluyen los asesinatos extrajudiciales, la tortura y los malos tratos, la agresión sexual y la violación, la intromisión en la vida ajena, la detención arbitraria, la denegación de empleo y oportunidades de educación, y la discriminación grave con relación al goce de otros derechos humanos. En los Principios de Yogyakarta se afirman 29 derechos clave, muchos de los cuales tienen consecuencias para la salud, y la obligación primordial de los Estados de garantizar estos derechos. Revisten especial importancia para este informe los principios 17 (derecho al estándar máximo de salud que se pueda lograr) y 18 (derecho a la protección contra los abusos médicos).

---

<sup>21</sup> [http://www.yogyakartaprinciples.org/docs/File/Yogyakarta\\_Principles\\_EN.pdf](http://www.yogyakartaprinciples.org/docs/File/Yogyakarta_Principles_EN.pdf)

*La profundización del reconocimiento de los derechos humanos a través de tales acciones es solo la mitad de la acción necesaria. La otra mitad consiste en convertir esas normas en realidad por medio de mecanismos de implementación y responsabilización. Para eso se necesitan mecanismos institucionales, financiamiento para la aplicación y estructuras de responsabilización que creen incentivos para una acción apropiada.* En varias secciones posteriores de este informe se presentan recomendaciones y ejemplos detallados de buenas prácticas.

Tal como se ha señalado ampliamente, los derechos económicos y sociales son una parte fundamental de los derechos humanos. La crítica de los programas de ajuste estructural y las reformas económicas neoliberales aclaró la necesidad de procurar que no se menoscabe la atención al acceso, la asequibilidad y la disponibilidad de los servicios de salud, así como los recursos necesarios durante los períodos de reformas económicas, y de proteger y promover los derechos y la salud de las mujeres, así como la igualdad de género, debido a la estrecha conexión entre los derechos de las mujeres a la salud y su situación económica.

#### **IV.2.2 Proteger los “amortiguadores”**

En un mundo justo, las responsabilidades del trabajo doméstico y el cuidado de las personas estarían distribuidas por igual entre las mujeres y los hombres. Hasta entonces, para proporcionar apoyo a las mujeres a fin de reducir al mínimo las consecuencias perjudiciales para la salud de su doble carga y especialmente las tareas domésticas cotidianas no remuneradas, como recoger leña, agua y forraje, cocinar, lavar y limpiar, se necesita una atención sostenida de la política pública. Además de esas tareas, las mujeres necesitan apoyo para su trabajo de cuidar de los niños, los ancianos y los enfermos de la familia. El Grupo de Trabajo 3 sobre Educación e Igualdad de Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas señaló un conjunto de prioridades estratégicas en este sentido (Grown et al., 2005).

El Grupo de Trabajo usó un marco operacional de tres dominios: capacidad, acceso a recursos y oportunidades, y seguridad. A fin de alcanzar el ODM 3 (promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres) en 2015, el Grupo de Trabajo estableció siete prioridades estratégicas (Grown et al., 2005):

- 1) Fortalecer las oportunidades para la educación posprimaria de las niñas, cumpliendo al mismo tiempo los compromisos con la enseñanza primaria universal.
- 2) Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- 3) Invertir en infraestructura a fin de reducir la carga sobre el tiempo de las mujeres y las niñas.
- 4) Garantizar los derechos de propiedad y herencia de las mujeres y las niñas.
- 5) Eliminar la desigualdad de género en el empleo disminuyendo la dependencia de las mujeres del empleo informal, eliminando las disparidades de género en los ingresos y reduciendo la segregación ocupacional.
- 6) Aumentar la proporción de mujeres que ocupan cargos en los parlamentos nacionales y los órganos de gobierno locales.

7) Combatir la violencia contra las niñas y las mujeres.

*Entre estas prioridades estratégicas, la tercera requiere la inversión en infraestructura a fin de ahorrarles tiempo y labores monótonas a las niñas y las mujeres. La Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género apoya estas prioridades estratégicas y respalda firmemente este llamamiento a fin de proporcionar apoyo a las mujeres en su función de amortiguadores involuntarios de las familias y las economías. También estamos de acuerdo con la especificación de fuentes eficientes de energía, mejores sistemas de transporte, agua potable y saneamiento como prioridades. Los efectos en la salud de estas tres prioridades son significativos. La sustitución de biomasa por combustibles más limpios y eficientes reducirá el tiempo que pasan las mujeres recogiendo leña y el problema de los contaminantes en la cocina. El suministro de agua potable y el saneamiento tienen efectos bien conocidos en la salud de los hijos, las mujeres y los niños. Sin embargo, la planificación y la instalación de tal infraestructura serán más eficaces si las niñas y las mujeres mismas participan.*

Las tareas de las mujeres, como tratar el agua en el lugar de uso (en la casa), lavarse las manos, tapar los recipientes del agua y eliminar sin riesgos las heces de niños son comportamientos eficaces que reducen la carga de enfermedad diarreica. Otros hábitos de higiene preventiva son lavarse la cara para prevenir el tracoma y, en el caso de la esquistosomiasis, ofrecer opciones para las tareas domésticas que no requieran el uso de zanjias. Para poder mejorar la higiene, hay que entender estos comportamientos, las alternativas que tienen las mujeres y las limitaciones locales que experimentan, como la falta de tiempo, la pobreza y la falta de apoyo de las autoridades de salud y sociales. En este entorno, esperar que las mujeres cambien su comportamiento no es realista, a menos que se intente seriamente mejorar la accesibilidad y la fiabilidad del abastecimiento de agua y la eliminación sin riesgos de las aguas residuales (Watts, 2004, Zwane y Kremer, 2007). En un estudio de proyectos comunitarios de abastecimiento de agua y saneamiento en 88 comunidades de 15 países, se encontraron pruebas fehacientes de que los proyectos formulados y ejecutados con la plena participación de las mujeres son más sostenibles y eficaces que aquellos que pasan por alto a las mujeres (Gross et al., 2001). Este hallazgo corrobora un estudio anterior del Banco Mundial, en el que se observó que la participación de las mujeres presentaba una fuerte relación con la eficacia de los proyectos de agua y saneamiento (Fong et al., 1996, United Nations, 2005).

*Asimismo, las políticas y actividades de promoción de la salud en general son más válidas cuando las comunidades y los grupos destinatarios participan en todos los aspectos de la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas y programas. Por ejemplo, el "Proyecto de Salud del Nilo Azul" en el Sudán, que se proponía controlar las enfermedades transmitidas por el agua, tuvo mucho éxito gracias al énfasis del programa en los aspectos relacionados con el género que definían el papel y la participación de las mujeres (Rahman et al., 1996). El estudio insta a los planificadores sanitarios a que persuadan a las mujeres en muchos países africanos, como el Sudán, para que desempeñen un papel más activo en tales programas de salud.*

En una sección posterior del documento sobre sistemas de salud, se aborda específicamente la forma de apoyar mejor el trabajo de las mujeres como proveedoras de atención de la salud en la familia a fin de reducir su carga y promover su propia salud. En particular, será importante invertir en programas para transformar las actitudes, tanto masculinas como femeninas, con respecto al cuidado de otras personas a fin de que los hombres empiecen a asumir una responsabilidad igual por esta tarea.

#### ***IV.2.3 Ampliar la capacidad de las mujeres: enfoque en la educación***

En un examen previo de los nexos entre la educación y el bienestar económico se observó que la educación mejora la productividad en el mercado de trabajo y los ingresos de todos, y que la educación de las mujeres también tiene efectos beneficiosos en el bienestar social. Por ejemplo, aumenta la productividad de las mujeres en el hogar, lo que a su vez puede mejorar la salud familiar, la supervivencia infantil y la inversión en los niños. Se calcula que los países pueden esperar un crecimiento anual per cápita del PIB de 1 a 3 puntos porcentuales con mayores niveles de igualdad de género en la educación, mientras que cada año de escolaridad perdido significa una reducción de 10 a 20% de los ingresos futuros de las niñas (Herz y Sperling, 2004).

En un análisis pormenorizado de los resultados de 44 estudios científicos se observó que los pacientes con un nivel bajo de alfabetismo tenían peores resultados de salud, incluso en conocimientos, marcadores intermedios de enfermedades, mediciones de la morbilidad, estado de salud y uso general de los recursos sanitarios. Los pacientes con un grado bajo de alfabetismo en general tenían una probabilidad de 1,5 a 3 veces mayor de experimentar un mal resultado de salud (Dewalt et al., 2004).

*Educar a las mujeres puede ser la clave para romper los ciclos de mortalidad de los lactantes y los niños, así como los de pobreza (UNFPA, 2002). Sin embargo, la enseñanza primaria es insuficiente para proporcionar a las mujeres los conocimientos y las aptitudes necesarios para mejorar y mantener su propia salud o independencia económica.*

En un estudio en el que se analizó el efecto de la educación femenina en el uso que hacían de los servicios de salud materno-infantil las mujeres en Tailandia durante el embarazo, se descubrió que la educación secundaria era el factor predictivo más uniforme del uso de tres servicios de salud: vacunación con toxoide tetánico, atención prenatal y atención de proveedores formales de servicios de salud durante el parto (Raghupathy, 1996). Los niveles más altos de educación también pueden brindar a las niñas y las mujeres mayor capacidad para cuestionar las normas de género, les proporciona una posición en la que apoyarse en términos de control de los bienes económicos o también les permite mejorar el ingreso. La resistencia y la oposición a la violencia y la mutilación genital son mayores entre las mujeres que tienen al menos algo de educación secundaria (Global Campaign for Education, 2005). Según el informe del Grupo de Trabajo 3 sobre Educación e Igualdad de Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grown, Rao-Gupta y Pande (Grown et al., 2005) afirman que la educación secundaria de las niñas también influye más tarde en la edad en que contraen matrimonio, mejora la capacidad de las mujeres de

controlar su fecundidad y tener familias más pequeñas y sostenibles, mejora la atención material de los niños, incluso nutrición y el rendimiento escolar, y reduce la vulnerabilidad a la infección por el VIH/sida.

*¿Qué se debe hacer para romper las barreras a la educación para las niñas? Muchas de las acciones quizá sean las mismas para la educación tanto primaria y la posprimaria. “Entre ellas se encuentran hacer que la escolaridad sea más asequible al reducir los costos y ofrecer becas focalizadas, construir escuelas secundarias cerca de los hogares de las niñas y hacer que las escuelas sean lugares amistosos para las niñas. Además, se deben mejorar el contenido, la calidad y la relevancia de la educación mediante la reforma de los programas de estudios, la capacitación de los profesores y otras medidas. La educación debe servir de vehículo para transformar actitudes, creencias y normas sociales arraigadas que perpetúan la discriminación y la desigualdad” (Grown et al., 2005).*

#### Ejemplo: Programa de Asistencia a Escuelas Secundarias Femeninas de Bangladesh

Este programa se inició en 1994 con la finalidad de aumentar el coeficiente de matrícula secundaria y las tasas de retención de las niñas de lugares rurales. Es un programa del gobierno que aprovecha las enseñanzas extraídas de programas de organizaciones no gubernamentales (ONG) durante más de un decenio. Con los años, adjudicó becas completas que cubren la matrícula y todos los demás gastos, aumentó el número de profesoras, enseñó a las comunidades y los padres la utilidad de la educación de las niñas, realizó mejoras de la infraestructura escolar e incorporó el entrenamiento de habilidades ocupacionales a los programas de estudios. En 2002, el programa en expansión asistía a 5.000 escuelas de los 118 distritos rurales más pobres, con la adjudicación de becas a alrededor de un millón de niñas y un cuerpo docente integrado por casi 40% de mujeres. La matrícula y las tasas de asistencia de las niñas mejoraron notablemente y superaron las de los niños varones. Además, bajó considerablemente la proporción de niñas casadas entre los 13 y 19 años (Herz y Sperling, 2004).

Las normas culturales relativas al embarazo de las adolescentes varían mucho. Incluso cuando haber poco estigma adherido al embarazo y la maternidad, como sucede en muchas partes del África subsahariana, esas situaciones pueden dificultar sobremanera la permanencia de las niñas en la escuela. Por consiguiente, se necesitan medidas sistemáticas para romper estas barreras.

#### Ejemplo: Iniciativa Diphilana en Botswana

Esta iniciativa muestra la forma en que un enfoque integrado que abarca varios sectores sociales —salud, educación y bienestar social— puede atender las necesidades de las alumnas embarazadas. A diferencia de lo que ocurre en muchos otros lugares donde el embarazo de una colegiala puede llevar a la deserción escolar porque es demasiado difícil combinar múltiples papeles y debido a restricciones legales, en esta iniciativa se trabajó explícitamente para enfrentar tales barreras. “Las colegialas embarazadas de la Escuela Pekenene pueden volver a la escuela después de dar a luz durante el tiempo que deseen. Durante su ausencia por maternidad, se les envían

las tareas escolares y otros recursos al hogar, y la escuela ha elaborado un programa de estudios con algunos módulos de educación a distancia que se pueden seguir en ese período. Cuando un médico certifica que las niñas están en condiciones de regresar a la escuela, lo hacen con su bebé. La escuela tiene una guardería, adonde se pueden llevar bebés de apenas cuatro meses y se les proporcionan pañales y leche. En los recreos y en el almuerzo, las jóvenes madres amamantan a sus hijos. El proyecto Diphallana exige que el padre, si está en la escuela, comparta la responsabilidad del cuidado del bebé durante los recreos y el almuerzo” (United Nations, 2005).

Aunque ahora hay varias iniciativas que están funcionando bien, como la anterior, que mejoran la matrícula y las tasas de retención de las niñas, eso a menudo no basta para abordar el nivel siguiente de limitaciones. *En los lugares donde persisten normas fuertes relacionadas con el género, incluso las niñas que asisten a la escuela pueden asumir más adelante roles de género estereotipados (Lloyd y Grant, 2004). Para romper estas barreras es necesario también eliminar los sesgos del mercado laboral, reconocer la medida en que los hogares, las naciones y la economía mundial dependen del trabajo no reconocido y no remunerado de las niñas y las mujeres en la economía del “cuidado” de otras personas y estar dispuestos a adoptar medidas para poner en tela de juicio esta grave injusticia.*

## **V. Normas, valores y costumbres**

### **V.1 ¿Qué sabemos?**

#### **V.1.1 ¿Cómo operan las normas?**

Lo que un grupo, comunidad u organización considera *normal* está influenciado por sus valores y costumbres, los que a su vez se rigen por la estructura de sus relaciones sociales, entre las cuales cabe destacar las relaciones de poder que evolucionan históricamente en respuesta a muchos factores, algunos estructurales y otros que resultan de las acciones de la gente misma por medio de movimientos sociales y aprendizaje colectivo. A su vez, las normas sociales rigen el comportamiento de las personas, aunque en cada contexto habrá quienes se adhieran a los códigos de conducta y quienes se rebelen contra ellos.

Las normas se pueden entender como “modelos de comportamiento generalizados que habitualmente se toleran o se aceptan como correctos, se refuerzan por las respuestas de otros y son muy difíciles de resistir individualmente aunque se opongan a lo que se considera correcto” (Tibandabage y Mackintosh, 2002). Ellas son una parte esencial del modo en que organizamos nuestras vidas. Las normas “abarcan toda la gama de la interacción humana, desde la esfera más privada de la sexualidad hasta la arena pública de la vida económica y política. En consecuencia,

forman una trama de creencias y prácticas cuyos diferentes hilos se refuerzan mutuamente” (Sen et al., 2006). No son un monopolio de las sociedades “tradicionales” no occidentales ni operan solo en el plano personal y subjetivo. La medicina moderna aplica normas que a veces sobremedicalizan las preocupaciones de salud de la mujer (como la infertilidad, la menopausia y el parto con la “epidemia de cesáreas”) o los naturaliza como intrascendentes (como cuando el dolor del trabajo de parto se vuelve dolor de espalda).

Las normas son determinantes vitales de la estratificación social porque reflejan y reproducen las relaciones que empoderan a algunos grupos con recursos materiales, autoridad y derechos, al mismo tiempo que marginan y subordinan a otros al normalizar la vergüenza, la desigualdad, la indiferencia o la invisibilidad. “Es importante señalar que estas normas reflejan y reproducen las relaciones básicas de poder determinadas por el género y eso es fundamentalmente lo que dificulta su modificación o transformación” (Sen et al., 2006).<sup>22</sup>

Las normas pueden ser *formales* o *informales*. Las normas formales son aquellas cuya aplicación y sanciones se garantizan por medio de procesos formales que generalmente, pero no siempre, son oficiales. Pueden estar escritas y ser exigibles, habitualmente mediante un recurso legal o arbitraje. Por consiguiente, pueden estar relacionadas con organismos del Estado, el mercado o la sociedad civil. Incluyen instituciones económicas y políticas, sistemas jurídicos e instituciones culturales y sociales con reglas y procedimientos formales. Las normas sociales informales, en cambio, son costumbres que han evolucionado con reglas estables del comportamiento que están fuera del sistema formal. El comportamiento aceptable puede regirse por medio de un conjunto de sanciones conocidas o de poderosos procesos de interiorización sin tener que recurrir a sanciones. En lo que concierne a las normas referidas al género, tales procesos de interiorización pueden ser tan eficaces como las sanciones reales y pueden servir para que las propias mujeres acepten normas de desigualdad de género (Sen et al., 2006).

La experiencia de cada persona, la interpretación de las normas y la actitud con respecto a ellas dependen de la ubicación social de la persona. “Hay cada vez más pruebas de que las normas de género —las expectativas sociales de los roles y comportamientos apropiados de los hombres (y los niños) y las mujeres (y las niñas)— y la reproducción social de estas normas en instituciones y costumbres culturales están directamente relacionadas con muchos de los comportamientos de los hombres relacionados con la salud, lo cual genera consecuencias para su propia salud y la de su compañera y sus hijos (Worth, 1989, Amaro, 1995, Campbell, 1995, Cohen y Burger, 2000). En Costa Rica, los hombres cuyos derechos económicos y posición social se ven perturbados por los cambios en

---

<sup>22</sup> Un ejemplo que ilustra este punto es la facilidad con que cambian los códigos relativos a la vestimenta de los hombres en la mayoría de las sociedades, mientras que los códigos relativos a la vestimenta femenina “adecuada” se continúan aplicando y pueden ser objeto de intensas pugnas. Los primeros son sencillamente una forma de comportamiento social, mientras que los últimos incluyen sanciones que sirven para definirlos como una institución informal. Véase un análisis adicional de la distinción entre las instituciones informales y las regularidades de comportamientos informales, véase en HELMKE, G. & LEVITSKY, S. (2004) Informal Institutions and Comparative Politics: A Research Agenda. *Perspectives on Politics*, 2, 725-740, pág. 727.

las normas sociales que facilitan la entrada de las mujeres en el mercado de trabajo formal expresan más preocupación por el “deterioro de la familia” que las mujeres u hombres más jóvenes (Chant, 2002).

Sin embargo, no solo los que se benefician de las normas las defienden: aquellos que son marginados por las normas también pueden apoyarlas involuntariamente o inclusive, a veces, estratégicamente. Las mujeres pueden apoyar normas que limitan su movilidad, disminuyen sus oportunidades en la vida, las estigmatizan, las violan y las subordinan en las relaciones de poder. ¿Por qué? Puede ser que intervengan varios factores. Es posible que las mujeres sencillamente cedan si no tienen ninguna opción porque las sanciones son demasiado fuertes y con la sumisión pueden alcanzar la paz o incluso la supervivencia. Esto es especialmente cierto en lo que se refiere a la movilidad física, la sexualidad o la reproducción. Las mujeres pueden apoyar normas opresivas porque les confieren estatus a pesar de ser dolorosas o peligrosas. El peligro e incluso la degradación dependen del ojo con que se miren, y no de las propias mujeres. Se ha descubierto que eso es lo que ocurre con la mutilación genital femenina, en cuyo caso las creencias de las mujeres giran en torno a la limpieza y la pureza más que a la mutilación y la desfiguración. Las mujeres pueden tolerar la pérdida de control y representación porque lo ceden a cambio de sustento económico, especialmente si su posición de repliegue (Sen, 1990) es débil. Eso suele suceder cuando los proveedores de servicios de salud son irrespetuosos (George et al., 2005, Govender y Penn-Kekana, 2007). Las mujeres se someten a normas negativas porque eso garantiza su integración en redes sociales que pueden ser cruciales para su propia supervivencia y la de sus hijos. Algunas costumbres, tales como la segregación durante la menstruación o el puerperio, en realidad pueden brindarles un descanso muy necesario, aunque pueden ser estigmatizantes e incluso riesgosas para la salud. Las mujeres mismas pueden interiorizar normas que las relegan a una situación secundaria y subordinada, creer en ellas y hacer que se cumplan, especialmente si encierran la promesa de una mejora de su situación con la edad. Las mujeres pueden apoyar las normas como expresión de desafío contra la sociedad en general o como gesto de solidaridad con la comunidad, como ocurre actualmente con el *hijab* o *niqab* en Europa (Sen et al., 2006).

A pesar de ello, hasta las normas de género más potentes no son estáticas. Necesitan que se las refuerce constantemente porque a menudo se las cuestiona y se deben renegociar y reformular por intermedio de los actores sociales que las practican y a quienes les conviene mantenerlas. Las mujeres y los hombres desempeñan papeles importantes en el mantenimiento de las normas, pero también en su subversión y transformación. Debido a la naturaleza del poder y la disensión, las normas no son homogéneas o hegemónicas. La realidad vivida de las personas subordinadas, oprimidas y marginadas, cuya vida se enriquece y a la vez se complica con las intersecciones de clase, raza, género u orientación sexual, siembra de desafíos las creencias y costumbres que consagran el poder. Al alterar esa realidad vivida, los cambios estructurales y sistémicos como la globalización, la migración, los conflictos y los adelantos tecnológicos, pueden desencadenar temblores sísmicos en las creencias y los comportamientos que catalizan o refuerzan los desafíos y la rebelión. Cuando muchas personas comienzan a

cuestionar una norma, el discurso público al respecto empieza a cambiar.<sup>23</sup> Eso a veces provoca una reacción desde el interior de las estructuras existentes de poder, junto con intentos de volver al statu quo ante (Faludi, 1992).

### ***V.1.2 Normas de género que afectan la salud***

Las normas de género en el ámbito de la salud se manifiestan en los hogares y las comunidades en función de los valores y las actitudes acerca de la valía o la importancia relativa de las niñas frente a los niños y de los hombres frente a las mujeres; acerca de quién tiene la responsabilidad con respecto a distintas necesidades y funciones del hogar y la comunidad, de la masculinidad y la femineidad; acerca de quién tiene derecho a tomar diferentes decisiones; acerca de quién se cerciora de que se mantenga el orden en el hogar y en la comunidad y de que se sancione o se castigue debidamente toda desviación, y acerca de quién tiene la máxima autoridad sobre el mundo interno de la familia y la comunidad, y sobre sus relaciones externas con la sociedad (Quisumbing y Maluccio, 1999).

Los valores de género sesgados se reflejan en costumbres y comportamientos que influyen en la vida cotidiana de las personas, así como en factores determinantes clave del bienestar y la equidad tales como la nutrición, la higiene, el reconocimiento de problemas de salud, el comportamiento de búsqueda de atención para la salud y el acceso a servicios de salud en la medida en que estos están en manos de las comunidades. La equidad en salud y el bienestar se pueden ver afectados por la preferencia por un sexo determinado de los hijos y por costumbres relacionadas con la mayoría de edad y la menarquia, la adolescencia, la sexualidad y el matrimonio, el parto, la viudez y el divorcio. Muchas de estas costumbres corresponden, como se ve, a las áreas de la sexualidad, la reproducción biológica y el ciclo de vida.

El problema de las llamadas “mujeres desaparecidas” y el empeoramiento de la razón de sexos, especialmente en partes de Asia oriental y meridional debido a la preferencia por los hijos varones, está bien documentado (Sen, 1992b). La presión por tener hijos varones ha llevado al uso creciente de técnicas de ecografía seguidas de abortos en el segundo trimestre que pueden conllevar grandes riesgos para la embarazada. La drástica disminución de la razón de sexos ha dado lugar a secuestros, matrimonios forzados y la trata de niñas y mujeres. En el sur de Asia, estas costumbres han empeorado en los últimos decenios con las aspiraciones crecientes de consumo (vinculadas a la globalización y el crecimiento económico) y la prevalencia y la intensificación crecientes de la dote como medio de hacer realidad esas aspiraciones. Estas presiones se superponen a las costumbres matrimoniales tradicionales que dan preferencia al casamiento de las niñas con hombres que no sean de su propia aldea y a las costumbres que refuerzan el corte de los lazos con la familia natal (Hudson y den Boer, 2004). Irónicamente, en muchas

---

<sup>23</sup> Eso se ve, por ejemplo, en las infecciones genitales: aunque médicamente son muy conocidas, fueron reconocidas como un problema que merecía la atención de políticas recién a fines de los años ochenta y en los años noventa. Esta atención se debió en gran medida a la acción de las organizaciones de defensa de la salud y los derechos de la mujer. Otros casos similares recientes que tienen secuelas drásticas para la salud de la mujer son la mutilación genital femenina y los actos de violencia contra la mujer cometidos por sus compañeros sexuales y miembros de la familia, problema que se conoce desde hace tiempo y que es muy prevalente, pero envuelto durante demasiado tiempo en el silencio de las políticas.

sociedades las costumbres relacionadas con las nociones de pureza e higiene son a menudo perjudiciales para la salud de las niñas y las mujeres, como la práctica de la higiene durante la menstruación, la segregación ritual después del parto y los diferentes grados de mutilación genital femenina.

En casi todas partes, la adolescencia es el momento en que se definen firmemente los papeles masculinos y femeninos: se prepara a los niños para la independencia, la fortaleza y la autoridad, mientras que se les enseña a las niñas a suprimir sus capacidades y aptitudes. También es el momento en que se definen e inculcan los papeles sexuales. “Las mujeres jóvenes y las niñas interiorizan estas normas e identidades sociales que se traducen en costumbres culturales y acciones individuales de quienes deben proteger a las niñas y las mujeres jóvenes (por ejemplo, los padres, que pueden promover o ignorar las relaciones sexuales tempranas forzadas, permitir que sus hijas entablen una relación con hombres mucho mayores o que se vendan como trabajadoras sexuales). Estas normas sociales crean las condiciones en las cuales algunos hombres jóvenes y adultos (en la familia o fuera de ella) abusan sexualmente de las niñas o usan la violencia física contra ellas y dan lugar a la preferencia de algunos hombres adultos por compañeras sexuales más jóvenes y a los apremios sexuales de demasiados hombres y niños contra las niñas” (Barker, 2006).

Se frenan la movilidad y las actividades de niñas y se espera que se vuelvan sumisas y dependientes. También se espera que se sacrifiquen por otros miembros de la familia, especialmente esposos e hijos. En algunas sociedades, los hombres no deben manifestar emociones ni reconocer sus propias necesidades de salud. Estos rasgos se pueden reflejar, y se reflejan, en la supresión de las mujeres, en las familias que no reconocen sus necesidades de salud y en los hombres que no buscan atención para su salud. “Las expectativas sociales con respecto a lo que los hombres y los niños *deben* y *no deben* hacer y ser afectan directamente a las actitudes y los comportamientos relacionados con la infección por el VIH/sida, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la participación de los hombres en la salud maternoinfantil” (Barker et al., en imprenta).

Las costumbres relacionadas con la sexualidad incluyen el “desfloramiento” ritual (y doloroso) de las novias y la tolerancia de la violación en el matrimonio. Son también las más punitivas de toda desviación de la norma social que cometen las mujeres, las castas y razas subordinadas, las lesbianas y las personas homosexuales, bisexuales y transgénero. En la escena mundial, al menos desde la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, se reconocen cada vez más los crímenes de honor y otras formas de violencia en torno a la sexualidad.

Si bien las costumbres relacionadas con el parto afectan la supervivencia de los bebés y las madres están entre las más ampliamente documentadas, los nexos entre la nutrición materna y el bienestar y la supervivencia del bebé todavía no se reflejaron eficazmente en las políticas. Las políticas en materia de mortalidad materna tuvieron

altibajos que han resultado impenetrables para numerosas iniciativas de política debido al poder de las normas de género (Sen et al., 2007a).

En muchas sociedades, la viudez trae aparejados el empobrecimiento y una capacidad financiera debilitada para atender las necesidades de salud, junto con otras costumbres que pueden humillar o subordinar a las mujeres (Chen et al., 2005). Por ejemplo, en estudios realizados en Kenya se revelaron violaciones significativas de los derechos humanos de las viudas, especialmente en familias afectadas por el VIH, mediante la usurpación de sus bienes y “costumbres relacionadas con el levirato y la purificación ritual, que consiste en tener relaciones sexuales una sola vez o por corto tiempo con un hombre pagado para tener relaciones sexuales con la viuda a fin de quitarle los malos espíritus que se cree que están vinculados con la muerte de su esposo (Human Rights Watch, 2003). En los dos últimos casos, se concede a las mujeres acceso condicional a su casa y a sus bienes a cambio de tolerar estos actos, que a menudo se realizan sin condones y representan nuevos riesgos de más diseminación del VIH” (ICRW, 2004).

Muchas de las normas y costumbres mencionadas más arriba corresponden al área de la sexualidad y la reproducción en las familias y las comunidades, pero las normas relacionadas con el género también afectan a la salud de otras maneras. Las normas que rigen la división del trabajo, los roles laborales y las ocupaciones de las mujeres en comparación con los hombres dan lugar a diferencias y diferenciales en exposición y vulnerabilidad (como se presenta en la próxima subsección de este informe). La discriminación y los sesgos por motivos de género que influyen en el acceso a los servicios de salud y en el tratamiento se ha documentado ampliamente (George, 2007b, Iyer, 2007). “El género, interactuando con la pobreza y otros factores, determina directamente la estructura y la organización de los sistemas y servicios de salud, y cómo y quiénes pueden tener acceso a ellos” (Barker et al., en imprenta). También influye en la forma en que los proveedores de servicios de salud encaran y, por consiguiente, tratan a las mujeres, sus enfermedades y sus necesidades sanitarias, como se detalla en la subsección a continuación sobre sistemas de salud y se puede consultar en Govender y Penn-Kekana (Govender y Penn-Kekana, 2007).

Las normas relacionadas con la masculinidad afectan a la salud no solo de las niñas y las mujeres, sino también de los niños y los propios hombres. “Las investigaciones sobre hombres y niños en diversos entornos de todo el mundo han mostrado la influencia de las normas de género desiguales y rígidas en la manera en que los hombres interactúan con su pareja en una gama amplia de temas, entre ellos la prevención de la infección por el VIH y las ITS, el uso de anticonceptivos, la violencia física (tanto contra las mujeres como entre hombres), los quehaceres domésticos, la crianza de los hijos y el comportamiento de los hombres de búsqueda de atención para su salud (Barker y Ricardo, 2005, Kimmel, 2000, Barker, 2000, Rivers y Aggleton, 1998, Kaufman et al., 1993, Marsiglio, 1988). En estudios de encuestas muestrales mediante escalas estandarizadas de actitud, se observó que los

hombres adultos y los más jóvenes que se adhieren a criterios más rígidos de la masculinidad (por ejemplo, los que creen que los hombres necesitan tener relaciones sexuales más que las mujeres, que los hombres deben dominar a las mujeres y que las mujeres son “responsables” de las tareas domésticas, entre otras cosas) es más probable que informen que han tratado con violencia a su pareja, que han tenido una infección de transmisión sexual, que han sido arrestados y que han usado drogas (Courtenay, 1997). De manera análoga, un análisis sistemático reciente de alcance mundial de los factores que influyen en el comportamiento sexual de los jóvenes (que abarcó 268 estudios cualitativos publicados entre 1990 y 2004 que cubren todas las regiones del mundo) confirmó que los estereotipos de género y las diferentes expectativas acerca de lo que constituye un comportamiento sexual apropiado para los niños en comparación con las niñas que fueron factores clave que influyen en el comportamiento sexual de los jóvenes (Marston y King, 2006).

Estos estudios, entre otros, muestran que ciertas normas relacionadas con la masculinidad constituyen un peligro tanto para los hombres como para las mujeres. Por ejemplo, en algunos entornos ser un hombre significa ser fuerte, valiente, arriesgado y agresivo y no cuidar de su propio cuerpo. Algunos comportamientos arriesgados de los hombres y los niños, como el uso de drogas, las relaciones sexuales peligrosas y la conducción temeraria de vehículos, se pueden ver como una manera de afirmar su virilidad. Las normas que llevan a los hombres y los niños a creerse invulnerables también influyen en el comportamiento de búsqueda de atención de salud de los hombres y contribuye a su renuencia para buscar ayuda o tratamiento cuando su salud física o mental se deteriora. En algunas instituciones predominantemente masculinas, como las fuerzas policiales, las fuerzas armadas o las cárceles, los hombres también se enfrentan con riesgos específicos surgidos de una cultura institucional que puede promover la dominación y la violencia. En resumen, las nociones predominantes de masculinidad a menudo aumentan la propia vulnerabilidad de los hombres a las lesiones y otros riesgos para la salud, y crean riesgos para las mujeres y las niñas (Barker et al., en imprenta).<sup>24</sup>

## **V.2 Desafío de los estereotipos de género y sus efectos en la salud**

Los estereotipos de género se encuentran entre los más resistentes al cambio. Cook (Cook, 2007) afirma que los servicios de salud a menudo niegan la representación moral de las mujeres, las sociedades y los gobiernos usan el cuerpo de la mujer como instrumento, y el descuido de la salud de la mujer es una forma de discriminación contra la mujer que los gobiernos deben corregir. Esto se desprende de la recomendación general 24 adoptada por el CEDAW en 1999 para “elaborar la interpretación del Comité al artículo 12 y abordar medidas encaminadas a

---

<sup>24</sup> Agradecemos a Gary Barker su autorización para citar ampliamente este informe.

eliminar la discriminación a fin de que la mujer pueda ejercer su derecho al más alto estándar de salud posible”.<sup>25</sup>  
(<http://www.mimdes.gob.pe/dgm/compromisos%20internacionales/DDHH%20sobre%20mujeres/52.pdf>).

Desafiar las normas de género, especialmente en las áreas de la sexualidad y la reproducción, toca un punto vulnerable de las personas y toca las relaciones personales más íntimas, así como su conciencia de sí mismas y su sentido de identidad. Por consiguiente, no se puede esperar que ninguna acción o intervención de política aislada o sencilla sea una panacea para el problema. Se necesitan intervenciones en múltiples niveles. Seleccionamos *tres conjuntos de acciones*: a) *formular y poner en práctica acuerdos formales, códigos y leyes para cambiar las normas que infringen los derechos humanos de las mujeres*; b) *adoptar estrategias en múltiples niveles a fin de cambiar las normas, incluido el apoyo a las organizaciones femeninas*; y c) *trabajar con los niños y los hombres a fin de transformar los valores masculinistas y el comportamiento perjudicial para su salud y para la salud de las mujeres*.

### **V.2.1 Crear, establecer y cumplir acuerdos formales, códigos y leyes para cambiar las normas que vulneran los derechos humanos de las mujeres**

Lo primero que se necesita es formular normas diferentes por medio de leyes, junto con acuerdos internacionales y regionales, que impugnen la desigualdad de género y las violaciones de los derechos humanos de las mujeres. Eso quizá sea más fácil decirlo que hacerlo, especialmente si hay una fuerte oposición organizada a la igualdad de género. La regla cardinal es que haya grupos locales de abogacía, especialmente organizaciones femeninas o grupos de defensa de los derechos humanos que puedan desempeñar un rol fuerte. Habitualmente, la reforma tomará un largo período de preparación, en particular si hay una oposición conservadora organizada que pueda usar la amenaza del cambio para movilizar los temores culturales, religiosos o masculinistas. *Se debe proporcionar apoyo a largo plazo a las organizaciones locales. Entretanto, puede ser valioso aumentar la capacidad de los funcionarios de gobierno, los jueces y los parlamentarios para el día en que se puedan producir cambios (Sen et al., 2006). Una vez que se adopten leyes se deben hacer cumplir y para eso se necesitan instituciones y presupuestos asignados para tal fin.*

#### Ejemplo: fallo de la Corte Suprema de Nepal contra el *chhaupadi*

Un cambio judicial que constituye un hito y que puede influir en la política en muchos sectores, incluso el de la salud, es el fallo de la Corte Suprema de Nepal de septiembre del 2005 (en respuesta a un litigio de interés público) contra la costumbre secular conocida como *chhaupadi*. En el fallo, la Corte Suprema ordenó al gobierno que, en un corto plazo, promulgara una ley para prohibir esta costumbre, que consiste en obligar a las niñas y a las mujeres a permanecer en cobertizos para animales, lejos de la gente, durante la menstruación y el parto, momentos en los que

---

<sup>25</sup> De acuerdo con el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la atención de la salud a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención de la salud, incluso los que se refieren a la planificación familiar”.

se las considera “ritualmente contaminantes” y “peligrosas” para el orden social normal. La costumbre consiste en aislar a las mujeres durante varios días, dejándolas prácticamente a valerse por sí mismas en momentos de posible vulnerabilidad y grandes riesgos de ser violadas y ser atacadas por animales salvajes. Esta costumbre todavía está generalizada en la parte occidental del país y cabe suponer que puede tardar muchos años en desaparecer por completo. Sin embargo, durante los últimos años el trabajo de promoción de la causa y de varios grupos de defensa de los derechos humanos ha influido en este cambio judicial de gran alcance. Recientemente el gobierno formuló un borrador de las “Directivas 2064 para la Eliminación del Chhaupadi” con el propósito de poner fin a esta costumbre en las regiones del lejano oeste y el mediano oeste del país (The Himalayan Times, 2007).

#### Ejemplo: cambio de la Ley sobre el Estado Civil de Túnez

Los cambios en la Ley sobre el Estado Civil de Túnez comenzaron con el Código del Estado Civil de 1956, que proscribió el repudio y la poligamia, estableció una edad mínima para el matrimonio de las niñas y estableció la igualdad de salarios para hombres y mujeres. Las reformas de 1993 abordaron el matrimonio de menores, las obligaciones mutuas de los cónyuges y la violencia doméstica. Esta legislación ha propiciado un cambio profundo en las normas relacionadas con la situación de las mujeres en la sociedad y en el matrimonio, que pasó “del sometimiento sexual al compromiso voluntario” (Labidi, 2001).

#### Ejemplo: cambio en la Ordenanza *Hudood* de Pakistán

Según la Comisión de Derechos Humanos de Pakistán, en el país se produce una violación cada dos horas y una violación en grupo cada ocho horas. La promulgación de la Ordenanza *Hudood* en 1979 se debe encarar en este contexto y, en general, se la reconoce como una artimaña política del presidente Zia ul Huq para ganarse el favor de los partidos políticos conservadores, que están creciendo rápidamente. Los movimientos de mujeres, pequeños pero bien articulados, junto con el movimiento de los derechos humanos en el Pakistán, han estado luchando por un cambio en una situación política cada vez más complicada por las guerras con Afganistán e Iraq. Sus esfuerzos recientemente dieron fruto con la aprobación por la Asamblea Nacional y la Cámara Alta del proyecto de Ley de Protección de la Mujer de 2006, que transfiere la jurisdicción de casos de violación de la sharia a los tribunales civiles. También hace más fácil que una mujer pruebe un alegato de violación sin que se la acuse de adulterio. Aunque la consideración del proyecto de ley se tuvo que aplazar anteriormente debido a la oposición islamista, encabezada por la alianza Muttahida Majlis-e-Amal (MMA) de seis partidos fundamentalistas, la ley ya se promulgó (gulfnews.com, 2006).

#### Ejemplo: revisión del 2000 de la ley de divorcio de Egipto

En Egipto, los contratos de matrimonio escritos y formales entraron en vigencia de acuerdo con la ley de 1979 (la llamada Ley Jihan Al-Sadat), que dio a las mujeres una base para hacer valer sus derechos en caso de divorcio. Aunque la versión inicial de la ley permitía a la mujer pedir el divorcio si su esposo era polígamo, esta cláusula fue

atacada por los círculos religiosos y se suprimió en la revisión de 1985. Sin embargo, otra revisión realizada en el año 2000, dio a la mujer derechos mucho más amplios para pedir el divorcio, permitiéndole obtenerlo unilateralmente si estaba dispuesta a renunciar a sus derechos pecuniarios. Eso dio formalmente a las mujeres derechos similares a los de los hombres para divorciarse en Egipto, que de ese modo se sumó a Túnez, el único país árabe que tiene una ley de este tipo (Fargues, 2001). Esto fue posibilitado por una combinación notable de maniobras de la coalición, activismo jurídico y una reivindicación inteligente del islamismo por los defensores de los derechos de las mujeres.

#### Ejemplo: Ley de Protección de las Mujeres contra la Violencia Doméstica de la India de 2005

Un ejemplo de mala formulación fue la primera versión de 2002, del proyecto de ley contra la violencia doméstica de la India, que dejó muchos vacíos, como la falta de recurso para una mujer echada a la calle por un esposo violento si ella se atrevía a amenazarlo con recurrir a la ley. Como resultado de las fuertes presiones de los grupos de mujeres y de una revisión eficaz del texto por abogados feministas, en 2005 se modificó el proyecto de ley y se mejoró. En 2005, entró en vigor Ley de Protección de las Mujeres contra la Violencia Doméstica. El maltrato, tanto físico como verbal, puede ser motivo para formular cargos y también se prohíbe que los hombres acosen a sus esposas para que paguen una dote más grande. La Ley usa una definición amplia de violencia que incluye los golpes, las bofetadas, los puñetazos, las relaciones sexuales forzadas y el uso de insultos, así como impedir que la esposa trabaje y obligarla a abandonar el hogar.

La Ley permite que las mujeres maltratadas se quejen directamente ante los jueces, en vez de la policía, que generalmente se pone del lado de los hombres y rara vez actúa cuando se presentan quejas. Ahora, cuando una mujer presenta una queja, el hombre tiene la carga de probar que no maltrató a su esposa. La Ley también asegura el derecho de la mujer de permanecer en la casa familiar, tenga o no título de propiedad. Además, abarca no solo a las esposas y concubinas, sino también a las hermanas, madres, suegras u otras parientes que vivan con un hombre violento. Como tal, es una de las normas jurídicas más progresivas sobre este tema hasta la fecha (Agnes, 2005).

#### Ejemplo: ley de Sudáfrica sobre el aborto

En 1997 entró en vigor la Ley sobre Terminación del Embarazo en Sudáfrica. Esta ley sobre el aborto, la más liberal de África, se inspiró en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (El Cairo, 1994). El proceso que llevó a la promulgación de la Ley incluyó amplias consultas encabezadas por organizaciones de mujeres y abarcó a comunidades rurales pobres a fin de determinar sus necesidades y preocupaciones. Aunque la Ley se enfrentó con la oposición de los conservadores, también recibió considerable apoyo en el clima de emancipación y defensa de los derechos que existía en el país en ese momento.

Sin embargo, la aprobación de una ley es en muchos casos solo el comienzo de un proceso. Su aplicación, especialmente si se opone a las normas conservadoras de género, puede enfrentar muchos obstáculos, como ha ocurrido en muchos países. Esto es especialmente cierto cuando las mujeres que podrían beneficiarse de la ley son pobres y tienen poca voz y representación. Los estudios sobre la aplicación de la ley muestran que la legalización por sí sola no puede garantizar el suministro de servicios de aborto (Harrison et al., 2000) y otros cambios. En consecuencia, se debe prestar atención a las complejidades y las estructuras de incentivos que garanticen su aplicación efectiva. Este tema se trata en la sección IX de este informe.

### ***V.2.2 Adoptar estrategias de múltiples niveles para cambiar las normas, incluso el apoyo a las organizaciones de mujeres***

Se necesitan estrategias de varios niveles y multisectoriales para cambiar las normas de género que no son equitativas. Las primeras implican trabajar en diferentes niveles en un sector determinado, mientras que las segundas implican intervenciones en varios sectores. Así como las normas guían las interacciones humanas, reflejan los valores, la representación y los contextos sociales de las personas que están sujetas a ellos y las practican. *En consecuencia, las intervenciones que abordan las normas de género deben abordar los múltiples niveles y las dimensiones que ejercen una influencia recíproca mediante las cuales se organiza la vida humana (personal, pública, sectorial, informal y formal, así como los valores, la representación y el contexto).* En Sudáfrica, Kim y Motsei hallaron que las normas y los valores del personal sanitario con respecto a la violencia contra la mujer se deben abordar en talleres de sensibilización antes de que se puedan enseñar eficazmente directrices técnicas, ya que el personal sanitario ha vivido experiencias que ejemplifican y repiten los sesgos de género (Kim y Motsei, 2002). No obstante, una vez realizados los talleres de sensibilización que abordan los valores en la esfera personal, hay que complementarlos con cambios institucionales y estructurales más amplios para que las nuevas normas puedan subsistir. Las directrices técnicas o la información de por sí no modificarán el comportamiento si no se cambian los valores y el contexto social de las personas.

*La eficacia de los programas para cambiar las normas de género a nivel del hogar y la comunidad exige que los cambios se lleven a cabo simultáneamente en varios niveles (mediato, intermedio e inmediato) con el propósito de influir en los factores determinantes fundamentales del problema y fortalecer los derechos de las mujeres y las niñas.* Los cambios en las políticas pueden desencadenar cambios en las actitudes y las normas de formas indirectas. Este enfoque está respaldado también por el trabajo de Seguino (Seguino, 2005), que analizó tres rondas sucesivas de la *Encuesta Mundial sobre Valores*<sup>26</sup> para determinar si las políticas económicas que permiten a las mujeres tener un empleo asalariado y para controlar bienes tales como tierras pueden provocar cambios en las actitudes y normas relacionadas con el género. Observó que “el empoderamiento económico de las mujeres es un

---

<sup>26</sup> La Encuesta Mundial sobre Valores, que contiene una serie de preguntas relacionadas con el género, abarca 79 países. Fue realizada en tres rondas en el período de 1981 a 1997.

factor (en el cambio de actitud hacia una mayor igualdad de género), al cual contribuye también el crecimiento económico. Por lo tanto, parecería que, a medida que la economía crece, disminuye la resistencia masculina al empoderamiento económico femenino, aunque la situación económica relativa cambie en favor de la mujer” (Seguino 2005:17).

Uno de los intentos más cuidadosos realizados hasta la fecha para delinear una estrategia multisectorial y de varios niveles para subrayar una manifestación importante de la desigualdad de las normas del género se encuentra en el informe de la OMS del 2005 basado en un estudio de la violencia contra la mujer que abarcó varios países.

#### Ejemplo: Informe de la OMS sobre la Violencia contra la Mujer (WHO, 2005a)

Las 15 recomendaciones del informe que se detallan a continuación, son un ejemplo excelente de acción multisectorial en varios niveles. Las recomendaciones son las siguientes: 1) promover la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres; 2) establecer y dar seguimiento a los planes de acción multisectoriales para abordar la violencia contra la mujer y darles seguimiento; 3) reclutar a líderes sociales, políticos, religiosos y de otros tipos para que se pronuncien claramente su oposición a la violencia contra la mujer; 4) mejorar la capacidad y establecer sistemas de recopilación de datos a fin de vigilar la violencia contra la mujer y las actitudes y creencias que la perpetúan; 5) elaborar, llevar a cabo y evaluar programas de prevención primaria de la violencia sexual y la violencia infligida por el compañero sexual; 6) priorizar la prevención del abuso sexual infantil; 7) integrar respuestas a la violencia infligida por el compañero sexual en los programas actuales de prevención de la infección por el VIH/sida y de promoción de la salud de los adolescentes; 8) hacer que los entornos físicos sean más seguros para las mujeres; 9) hacer que las escuelas sean seguras para las niñas; 10) formular una respuesta integral del sector de la salud a los diversos efectos de la violencia contra la mujer; 11) usar los servicios de salud reproductiva como punto de acceso para detectar a las mujeres que se encuentran en relaciones abusivas, proporcionarles apoyo y referirlas a servicios de apoyo o de otros tipos; 12) fortalecer los sistemas formales e informales de apoyo para las mujeres que son víctimas de la violencia; 13) sensibilizar los sistemas legales y judiciales con respecto a las necesidades particulares de las mujeres que son víctimas de la violencia; 14) apoyar las investigaciones sobre las causas, las consecuencias y los costos de la violencia contra la mujer y sobre medidas preventivas eficaces; y 15) aumentar el apoyo a los programas para reducir la violencia contra la mujer y responder a ella.

Estas recomendaciones son el resultado de procesos detallados de investigación y consulta a nivel nacional y proporcionan un modelo que se espera que se ponga en práctica. Aunque ningún país las ha adoptado en su totalidad, muchos han incluido algunas, como se ve en los ejemplos siguientes. Algunas normas tal vez no se presten a cambios jurídicos y pueden necesitar de una intervención social.

#### Ejemplo: mutilación genital femenina

La OMS calcula que cerca de 130 millones de niñas y mujeres en unos 28 países han sufrido alguna forma de mutilación genital femenina, observándose la mayor incidencia en partes de África. La mutilación genital femenina está prohibida en 14 países africanos, entre ellos Etiopía, Uganda, Ghana y Togo, pero la costumbre persiste. Las niñas de apenas 3 años de edad pueden ser sometidas a la mutilación genital femenina según los rituales y las costumbres locales.

La mutilación genital femenina se basa en ideales profundamente arraigados de pureza y belleza femenina combinados con la creencia de que asegura que las mujeres sean fieles a su esposo. Algunas comunidades consideran a las niñas “sucias” y no casaderas si no han sido sometidas a circuncisión, pero en términos generales la costumbre se basa en normas de género acerca de la posición social inferior de las mujeres, las estructuras familiares patriarcales, el honor, el prestigio, las creencias religiosas y la creencia de que las mujeres son propiedad de los hombres y deben depender económicamente de ellos. Sin duda, las fuertes disparidades de género en el seno de la sociedad conducen a violaciones de los derechos de la mujer, pero la mutilación genital femenina parece formar parte de una densa trama social y cultural, de la cual puede extraerse la tradición solo con cierta dificultad y una resistencia extraordinaria.

Hay indicios de que la mutilación genital femenina se podría encuadrar en una clase de costumbres que responden más fácilmente a los cambios sociales en las normas de género que a la legislación y la vigilancia. La legislación puede conducir a consecuencias imprevistas para las mujeres y arraigar aun más la adherencia a la costumbre en las comunidades donde la pobreza, la incertidumbre económica y el aislamiento social amenazan a aquellos que cuestionan esas normas. Los cambios parecen responder mejor al consenso de la comunidad. Con enfoques de educación en varios niveles se ha logrado cambiar actitudes y normas comunitarias en algunos casos. Algunos ejemplos exitosos son el proyecto de Senegal (encabezado por la ONG Tostan), que es ahora un modelo regional respaldado por el UNICEF. Sus éxitos incluyen una declaración pública de la intención de abandonar la costumbre y un programa lento pero constante de educación sobre los derechos humanos que alienta a la gente de las aldeas a tomar su propia decisión al respecto. El modelo está adoptándose en Guinea, Burkina Faso, Malí y Somalia. En Burkina Faso, la educación de los miembros de la comunidad condujo a apoyar a aquellos que se convierten en portavoces de la causa, organizando reuniones de aldea y de varias aldeas sobre la salud de la mujer y la mutilación genital femenina —como forma de movilización social— para impulsar a los encargados de adoptar decisiones, a los donantes y a las ONG para que aboguen por el abandono de la costumbre de la mutilación genital femenina. Los programas eficaces generalmente tienen las siguientes características:

- Inclusión de los hombres en las intervenciones para tratar de cambiar las actitudes;
- Selección cuidadosa de líderes del grupo “correcto” y facilitadores para los proyectos, y acuerdo sobre los criterios para seleccionar a los participantes;

- Dictado de clases de educación en salud reproductiva y de derechos para eliminar el tabú en torno al debate sobre los problemas de salud relacionados con la mutilación genital femenina;
- Colaboración con la comunidad a fin de idear un rito de iniciación diferente; y
- Ampliación del tema central de la educación a fin de que abarque mucho más que la mutilación genital femenina para que incluya los derechos, la salud y el desarrollo.

Limitarse a adoptar una posición en contra de la mutilación genital femenina no basta sin un escrutinio empírico minucioso de la política local, nacional e internacional que rodea esta costumbre y los esfuerzos para eliminarla. Con tácticas tales como proporcionar otros tipos de empleo a las personas que realizan la circuncisión o introducir ritos de iniciación diferentes no se lograron cambios efectivos sin un enfoque integral y en varios niveles de la educación, la movilización social y estrategias de difusión de ideas para cambiar las actitudes. Gruenbaum (Gruenbaum, 2001) afirma que el desarrollo humano y económico, en particular la autonomía económica de las mujeres, es necesario para crear condiciones propicias para el abandono de la mutilación genital femenina (Keleher y Franklin, 2007).

En Egipto, donde se practica el tipo 1 de circuncisión, que es menos grave, los estudios comunitarios calculan que la proporción de mujeres circuncisadas va de 65 a casi 80%, pero es mucho mayor en la encuesta de demografía y salud (El Geneidy et al. 1991, citado en Vatis y Siddiqi, 2006, Wassif et al. 1994, citado en Vatis y Siddiqi, 2006, Egypt DHS 2000, Egypt DHS 2003, Egypt DHS 2005). La costumbre está sumamente generalizada en las zonas rurales pobres y entre las familias analfabetas. Debido al apoyo popular generalizado a la costumbre, las actividades eficaces para poner fin a la mutilación genital femenina ahora se centran en las actividades comunitarias para transformar las convenciones sociales que la apoyan. Los programas comunales contra la mutilación genital femenina en Egipto y el Sudán (FGM-Free Village) ponen de relieve el diálogo y el debate sin prejuicios en las comunidades, con la participación tanto de mujeres como de hombres, que gradualmente sacan a la luz un tema que había permanecido oculto (Abdel-Hady, 1998, UNICEF, 2005a, UNICEF, 2005b).

En particular, cuando se intenta cambiar normas que infringen derechos humanos pero que cuentan con un gran apoyo de los sectores conservadores (incluidos los sectores religiosos conservadores), se pueden necesitar distintos enfoques para sacar el tema a la luz. El miedo, el estigma y la vergüenza impiden que la gente, especialmente las mujeres, hablen sobre el tema. Eso alimenta la desinformación, así como la insensibilidad y la indiferencia del público. Un método usado por las organizaciones de mujeres en tales situaciones consiste en organizar tribunales públicos con jueces que tienen credibilidad. Eso ayuda a concientizar al público, fomenta la solidaridad y reduce la desinformación.

Ejemplo: Tribunal Polaco sobre el Aborto

“De 1956 a 1993, el aborto estaba ampliamente disponible en Polonia por motivos terapéuticos y socioeconómicos. Se realizaba gratuitamente en los hospitales públicos o se podía hacer en consultorios privados pagando honorarios relativamente bajos. La Ley de Planificación de la Familia, Protección del Embrión Humano y Condiciones para la Interrupción Legal del Embarazo, de 1993, conocida generalmente como la Ley Polaca contra el Aborto, fue aprobada por el Parlamento de Polonia tras una campaña sistemática contra el aborto llevada a cabo por la Iglesia Católica Romana, apoyada por fuerzas políticas conservadoras del movimiento Solidaridad y muchos de la profesión médica. La mayor parte de la sociedad polaca estaba (y todavía está) a favor del aborto (65%), aunque es principalmente católica (95%), y en ese momento no estaba a favor de una ley restrictiva. Sin embargo, la sociedad civil no logró resistir públicamente la presión enorme y persistente de la Iglesia y su amado líder, Juan Pablo II, que se ejercía diariamente en los servicios religiosos, la instrucción religiosa en las escuelas, los medios de comunicación y las visitas regulares del Papa.

El 25 de julio del 2001, la Federación Polaca para la Mujer y la Planificación de la Familia organizó un tribunal sobre el derecho al aborto en Varsovia, a fin de dar a conocer las consecuencias negativas de la tipificación del aborto como delito criminal en Polonia. Un panel de expertos polacos y extranjeros oyó el testimonio de siete mujeres polacas que relataron su experiencia con la Ley contra el Aborto de 1993. Solo dos de las siete mujeres pudieron relatar su historia personalmente. Una murió en 2001, a los 21 años, por un aborto peligroso. Una quedó legalmente ciega después de haber llevado su último embarazo a término. Una está en la cárcel por infanticidio, que probablemente fue cometido por su novio. Asistieron periodistas nacionales y extranjeros, así como observadores de todas las profesiones y condiciones sociales: escritores, estudiantes, madres, activistas, feministas y esposos. Las pruebas eran claras e irrefutables. Las leyes que restringen el aborto lo vuelven peligroso al pasarlo a la clandestinidad, poniendo en peligro la salud de la mujer, creando un clima en el cual incluso los servicios que están permitidos por ley no están disponibles y contraviniendo las normas jurídicas internacionales sobre derechos humanos. La ley que restringe el aborto en Polonia no ha llevado a un aumento del número de nacimientos; solo ha causado sufrimiento a las mujeres y su familia. El tribunal llevó el tema del aborto a los medios de comunicación antes de una campaña electoral y galvanizó a grupos de mujeres de Polonia y de Europa oriental para que trabajaran más en la defensa del derecho al aborto” (Girard y Nowicka, 2002). La controversia continúa con el fallo de marzo del 2007 del Tribunal Europeo de Derechos Humanos a favor de una mujer que impugnó la ley del país contra el aborto alegando que infringía su derecho a la privacidad. Esta fue la mujer que sufrió daños irreversibles de la retina y quedó ciega porque se vio obligada a llevar a término su embarazo en contra de los consejos de más de un experto médico (Rosen Molina, 2007).

### ***V.2.3 Trabajar con los niños y los hombres para promover la transformación de la masculinidad***

Una de las principales ideas innovadoras de las conferencias de El Cairo y Beijing fue el concepto de la responsabilidad masculina por la salud de sus compañeras, así como la de la propia salud y la de los hijos. Desde entonces, ha habido un avance constante en la comprensión y experimentación con programas en el terreno, así

como en el replanteo de ideas. “La perspectiva fundamental que ha llevado a un llamamiento a una mayor participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva a menudo ha descrito a los hombres en términos bastante negativos. Este ‘modelo deficitario’ de los papeles masculinos no motiva eficazmente a la gente para adoptar medidas de cualquier tipo. [...] Aclarar los efectos negativos de las normas de género en la salud y el bienestar de los *hombres* y no solo de las mujeres podría facilitar la formulación y puesta en marcha de políticas más visionarias y el empleo de métodos más innovadores para aplicarlas” (Greene et al., 2006).

Barker (Barker, 2006) argumenta que siempre hay niños y hombres en cada situación de inequidad de género que se opondrán a las normas que no sean equitativas. Afirma que “son precisamente estas ‘grietas’, incongruencias o manifestaciones de resistencia a los criterios tradicionales acerca de la virilidad lo que ofrece puntos de acceso para la intervención”. Un examen más pormenorizado de estos niños y hombres bastante especiales reveló que generalmente habían observado y reflexionado acerca de la injusticia de las normas de género y había recibido un refuerzo positivo de miembros de la familia u otros. “Esta investigación formativa tiene varias implicaciones programáticas: 1) la necesidad de ofrecer a los hombres jóvenes oportunidades para interactuar con modelos de género equitativos en su propio entorno comunitario; y 2) la necesidad de promover actitudes más equitativas con respecto al género en los grupos pequeños y en la sociedad en general. Esta investigación también confirmó la necesidad de intervenir: 1) a nivel del cambio individual de actitud y comportamiento, impulsando a los jóvenes a realizar una reflexión crítica a fin de comprender los costos de las versiones tradicionales de masculinidad; y 2) a nivel de las normas sociales o comunitarias, incluidos los padres, los proveedores de servicios y otros que influyen en estas actitudes y comportamientos individuales” (Barker, 2006).

En Un examen bibliográfico de 57 intervenciones con hombres y niños en las áreas de los derechos sexuales y reproductivos, la salud de la madre, el recién nacido y el niño, la violencia de género, la paternidad y la prevención de la infección por el VIH/sida, en las cuales se aplicó el análisis de género a la transformación masculina, se observó que 53% de los programas eran prometedores o eficaces. Los programas que abordaban las normas de género —por medio de mensajes, capacitación del personal, sesiones educativas y campañas con hombres y niños— tenían probabilidades aun mayores de influir en el cambio de actitud y del comportamiento (Barker et al., en imprenta). “*Las enseñanzas que emergen de los programas que abordaron explícitamente el género con esa perspectiva ecológica señalan la importancia de 1) promover la reflexión crítica sobre el género y la socialización en las actividades educativas, 2) crear entornos en los cuales los cambios individuales y grupales sean respaldados por cambios en las normas sociales y en las instituciones, y 3) forjar alianzas más amplias entre el gobierno, la sociedad civil y las comunidades locales para contribuir a los cambios positivos en las normas de género y sexualidad y fortalecerlos*”.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Barker (2006) señala los retos que enfrenta este trabajo actualmente. “No obstante, subsisten varios retos:

- Casi ninguno de los programas era a largo plazo (con un seguimiento de los hombres y los niños durante más de dos años) y casi todos han sido relativamente de escala pequeña.

### Ejemplo: Programa H

El Programa H, un programa educativo innovador promovido por ONG latinoamericanas y que se difundió a partes de Asia y América Latina, procura crear un espacio seguro en el cual los hombres jóvenes puedan cuestionar las normas en torno a la virilidad y aprender opciones por medio de actividades y procesos grupales. Una parte sumamente visible del programa es el mercadeo social con la participación de hombres jóvenes a fin de crear mensajes positivos acerca de los hombres que son sensibles a la dimensión de género usando la cultura juvenil. El joven “frescol” o “en la onda” se presenta como no violento y sensible por medio de personajes juveniles populares y bien conocidos.

### Ejemplo: “Peldaños” de Sudáfrica

“Peldaños” es una intervención conductual que encara la prevención de la infección por el VIH y la reducción de la violencia contra la mujer desde la perspectiva de las cuestiones de género, las relaciones, las aptitudes y preocupaciones más amplias relacionadas con la salud reproductiva (Jewkes et al., 2007). Usa métodos participativos para fomentar el aprendizaje sobre la salud sexual, los riesgos, las consecuencias del comportamiento arriesgado y las aptitudes para la comunicación, y proporcionar oportunidades para la autorreflexión sobre el comportamiento sexual. Durante el último decenio, esta intervención se ha usado en más de 40 países, adaptado a 17 entornos como mínimo y traducido a 13 idiomas (Wallace, 2006). “Peldaños” fue evaluado rigurosamente en Sudáfrica y aporta datos probatorios del éxito en la reducción de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres, el cambio en el comportamiento sexualmente arriesgado de los hombres y la reducción de la violencia contra la mujer (Jewkes et al., 2007).

## **VI. Diferencias en exposición y vulnerabilidad**

### **VI.1. ¿Qué sabemos?**

En esta sección se analizan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de las mujeres y los hombres a enfermedades específicas. Para comprender estas diferencias es necesario hacer una distinción entre el sexo y el

- 
- Solo en unas pocas intervenciones se pregunta a las mujeres y las niñas directamente sobre el cambio de los hombres y los niños.
  - Pocos de los programas van más allá de una medición del cambio de la actitud y el comportamiento individual y evalúan los cambios en las instituciones sociales y las costumbres (en el sector de la salud, la escuela pública y otras instituciones públicas).
  - Pocos o ninguno de los programas incluyeron datos sobre costos, o sea un análisis de lo que cuesta lograr cambios en gran escala en las construcciones sociales de género.
  - Solo en unos pocos programas se ha fomentado la participación de los hombres, los niños, las niñas y las mujeres con un enfoque integrado y completo que entiende el género como relacional.

... Hay datos probatorios de los efectos positivos del fomento de la participación de los hombres y los niños en las campañas para eliminar las desigualdades de género en la salud. Se necesitan más datos probatorios y tales programas han sido principalmente en pequeña escala y de corto plazo. Sin embargo, los datos probatorios confirman que la lentitud del cambio entre los hombres no es inevitable, pero tampoco es rápido, duradero ni fácil de lograr en lo que se refiere a las normas y las estructuras de género.”

género. Tal análisis es crucial para la formulación de políticas de salud orientadas a abordar los riesgos para la salud que implica ser mujer u hombre mediante formas que promuevan el bienestar y la igualdad de género.

### ***VI.1.1. Configuración de las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud***

En una amplia gama de países, la supervivencia masculina en todas las edades es inferior a la de las mujeres, lo cual se refleja en una esperanza de vida menor para los hombres. Sin embargo, también hay varios países, como Bangladesh, Tonga, Afganistán, Nepal, Malawi, Benin, Botswana, Camerún, República Centroafricana, Kenya, Níger, Nigeria, Pakistán, Qatar, Tuvalu y Zambia, donde la esperanza de vida de las mujeres es menor o igual que la de los hombres (WHO, 2006b). Aun en los lugares donde los hombres mueren antes que las mujeres, la mayoría de los estudios sobre morbilidad realizados en países de ingreso alto y bajo muestran tasas más altas de enfermedad entre las mujeres. Por lo tanto, el potencial de las mujeres de una mayor longevidad rara vez resulta en que se sientan bien o más sanas que los hombres en el curso de su vida (Östlin et al., 2001). Esta denominada “paradoja de género” (Danielsson y Lindberg, 2001) y las maneras en que los factores biológicos y sociales determinantes interactúan para producirla todavía no se comprenden cabalmente, pero hay un creciente cúmulo de pruebas acerca de las diferencias de salud entre los hombres y las mujeres.

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres varían en magnitud según el trastorno. Los cálculos de la Carga Mundial de Morbilidad correspondientes a 2002<sup>28</sup> muestran una diferencia de 20% como mínimo entre las mujeres y los hombres en relación con 68 de los 126 trastornos y factores de riesgo para la salud (anexo 3). Dejando de lado los posibles sesgos metodológicos o las discrepancias en los datos, estas cifras indican que las diferencias de salud entre hombres y mujeres están generalizadas. Un área en la cual hay diferencias es la de los trastornos y los riesgos relacionados directamente con la reproducción. Si se tienen en cuenta la infección por el VIH, las infecciones reproductivas y los distintos tipos de cáncer del aparato reproductor, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por las mujeres son 1,22 veces más que los de los hombres. En cuanto al cáncer del aparato reproductor, las mujeres pierden siete veces más AVAD que los hombres. Si a este cálculo se agrega la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad de las mujeres en relación con la maternidad, que representan 42.173.635 AVAD, se observa que las mujeres pierden 2,19 veces más AVAD que los hombres.<sup>29</sup>

Otras áreas en las cuales las mujeres pierden más AVAD que los hombres, según se desprende del número de mujeres en relación con el de hombres,<sup>30</sup> incluyen las relacionadas con la vista (tracoma, cataratas, trastornos de la vista relacionados con la edad, glaucoma), la migraña, la salud mental (trastorno por estrés posttraumático, trastorno de pánico, trastorno depresivo unipolar, insomnio, trastorno obsesivo compulsivo), la fuerza muscular y ósea (artritis reumatoide, osteoartritis, otras afecciones osteomusculares, esclerosis múltiple), el envejecimiento (enfermedad de

---

<sup>28</sup> Cuadro maestro (anexo 3) proporcionado por Rachel Snow (2007).

<sup>29</sup> No incluye los AVAD correspondientes a trastornos perinatales, que son 1,18 veces mayores para los bebés varones que para los bebés del sexo femenino, ni el aumento de las comorbilidades relacionadas con el embarazo, como la anemia, la malaria, etc.

<sup>30</sup> Estas comparaciones parten del análisis de Snow (2007).

Alzheimer y otras formas de demencia), la nutrición (otros trastornos nutricionales, anemia por carencia de hierro, carencia de vitamina A) y las quemaduras.

Las áreas en las que los hombres pierden más AVAD que las mujeres, según se desprende del número de hombres en relación con el de mujeres, incluyen las relacionadas con el consumo excesivo (gota, trastornos por el consumo de alcohol y drogas, cáncer de pulmón, cáncer de la boca y la orofaringe, cáncer de hígado, cáncer de esófago, cáncer del estómago, cirrosis hepática, cardiopatía isquémica, úlcera péptica), las enfermedades infecciosas (filariasis linfática, hepatitis B, tripanosomiasis o enfermedad del sueño, tuberculosis, esquistosomiasis, lepra, leishmaniasis, oncocercosis) y las defunciones o lesiones causadas por ahogamientos, caídas y accidentes de tránsito). Además hay consecuencias extremas de las costumbres y el comportamiento violentos en el plano individual y colectivo (guerras, violencia, otras lesiones intencionales, intoxicación y lesiones autoinfligidas).

### **VI.1.2. Comprensión de las diferencias de salud entre hombres y mujeres**

Algunos problemas de salud dependen principalmente de las diferencias biológicas entre los sexos.<sup>31</sup> Otros son el resultado de la forma en que las sociedades socializan a las mujeres y los hombres en roles de género apoyados por las normas relativas a la masculinidad y la femineidad y las relaciones de poder que otorgan privilegios a los hombres pero que tienen efectos adversos en la salud tanto de las mujeres como de los hombres.<sup>32</sup> Sin embargo, muchas afecciones reflejan una combinación de las diferencias biológicas entre los sexos y factores sociales determinantes relacionados con el género. Por ejemplo, no todas las mujeres contraen cáncer de cuello uterino, aunque biológicamente todas las mujeres tienen cuello uterino. Su riesgo de contraer cáncer de cuello uterino aumenta por factores sociales tales como el número de compañeros sexuales, el comportamiento sexual masculino (Bosch et al., 1996), el tabaquismo (Trimble et al., 2005) y la alimentación deficiente (Brock et al., 1988). En el caso de la ceguera, las diferencias biológicas se combinan con factores sociales tales como el menor acceso de las mujeres a los servicios de atención oftalmológica y el cuidado de los niños con tracoma, que aumentan el riesgo de la mujer.<sup>33</sup> En países donde la tasa de mortalidad de las mujeres es más alta o igual a la de los hombres, podría existir una privación diferencial femenina de proporciones extraordinarias que elimina por completo la ventaja biológica de las mujeres en lo que se refiere a la supervivencia (Sen, 1992a).

---

<sup>31</sup> Por ejemplo, la hemofilia se expresa en los hombres que tienen el gen recesivo en el cromosoma X. Algunas mujeres pueden ser portadoras, pero como tienen dos cromosomas X, el gen recesivo no se expresa.

<sup>32</sup> Algunos ejemplos son los resultados sanitarios relacionados con el género tales como la violencia contra la mujer (por definición dirigida contra la mujer), los accidentes de tránsito (que afectan desproporcionadamente a los hombres) y los ahogamientos durante desastres naturales (que afectan desproporcionadamente a las mujeres) o debidos a la pesca (que afectan desproporcionadamente a los hombres).

<sup>33</sup> El resultado es una incidencia de 10 a 15% mayor de catarata en las mujeres atribuida a una diferencia hipotética vinculada al sexo (véanse ABOU-GAREEB, I., LEWALLEN, S., BASSETT, K. & COURTRIGHT, P. [2001] Gender and blindness: a meta-analysis of population-based prevalence surveys. *Ophthalmic Epidemiol*, 8, 39-56, SNOW, R. [2007] Sex, Gender and Vulnerability. Documento encargado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género) y un riesgo de 2,3 a 3 veces mayor de tracoma en los adultos en las mujeres (véanse COURTRIGHT, P. & LEWALLEN, S. [2002] Sex, gender and blindness: eye diseases and use of eye care services. World Health Organisation, LEWALLEN, S. & COURTRIGHT, P. [2002] Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bull World Health Organ*, 80, 300-3).

Antes de analizar las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud por sexo y género, aclararemos la forma en que se usan estos términos en el presente informe. En las secciones anteriores ya se explicó la forma en que actúa el género como factor social determinante. Con respecto al sexo biológico, este informe se refiere a las características anatómicas y fisiológicas derivadas de los cariotipos sexuales 46, XX femenino y 46, XY masculino.<sup>34</sup> Todas las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres se basan en estas diferencias de los cromosomas sexuales. Estos cromosomas sexuales hereditarios no pueden cambiar, pero otros aspectos del sexo biológico (las hormonas sexuales, los órganos reproductivos y otras características secundarias) pueden cambiar y lo hacen a lo largo del ciclo de vida de una persona (pubertad, menopausia), como consecuencia de sus actos (cambio de sexo, terapias hormonales, ejercicio) y al ambiente al cual están expuestos (toxinas ambientales). A medida que las investigaciones biológicas avanzan, vamos comprendiendo mejor que nuestros cromosomas sexuales no solo afectan las características sexuales secundarias o las diferencias hormonales, sino que tienen un efecto aun más profundo, como vemos a continuación. Por esta razón resulta más complejo, pero no menos fundamental, investigar tales diferencias a fin de comprender su interacción con el sesgo social de género.

Para comprender las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad es importante entender la función de las diferencias biológicas y el sesgo social. *Si bien la gente puede, en el plano individual, tener un grado diferente de exposición biológica y social a los riesgos y problemas de salud según su cariotipo sexual y su posición social, su vulnerabilidad a los riesgos y problemas de salud se determina socialmente, no biológicamente.* Por ejemplo, aunque la exposición a la hemofilia se determina biológicamente, la vulnerabilidad a este trastorno depende del acceso a una buena atención por medio de sistemas de salud que funcionen bien. Al igual que las personas que sufren de otras enfermedades, los hemofílicos de sectores sociales marginados son más vulnerables, con complicaciones y tasas de supervivencia peores que los de grupos sociales más privilegiados (Soucie et al., 2000).

La vulnerabilidad refleja la capacidad individual de evitar la exposición, responder a ella, hacerle frente o recuperarse de ella. Como tal, esa capacidad para desviar o absorber la exposición, con diferentes efectos en la salud y consecuencias sociales, depende de una variedad de procesos normativos y estructurales sociales. En el contexto de la infección por el VIH, Gruskin y Tarantola (Gruskin y Tarantola, 2001) definen la vulnerabilidad como el resultado “de factores sociales, culturales, económicos, políticos y de otros tipos que determinan el grado de riesgo de estar expuesto a la infección o de ser privado de la posibilidad de recibir tratamiento, atención y apoyo una vez contraída la infección”. La vulnerabilidad aumenta con la falta de conciencia y de reconocimiento de los problemas de salud o del poder de decisión para tomar medidas al respecto, y con el acceso inadecuado al tratamiento y el apoyo social en toda la experiencia de búsqueda de atención de la salud.

---

<sup>34</sup> De los 46 cromosomas que tiene cada ser humano, solo uno (XX o XY) distingue a las mujeres de los hombres.

*Aunque las diferencias biológicas entre los sexos pueden reducir o aumentar el riesgo de ciertos resultados sanitarios, eso no da lugar necesariamente a cambios correspondientes en la vulnerabilidad de género a un trastorno. Se sabe que las niñas recién nacidas están protegidas por ciertas características de su cariotipo sexual. Están cundiendo las teorías de que la menor supervivencia de los varones recién nacidos en comparación con las niñas recién nacidas, que se manifiesta en una mortalidad masculina de 35 a 50% por diversos trastornos respiratorios (Stevenson et al., 2000), se debe a un alelo recesivo vinculado al cromosoma X (Mage y Donner, 2004), que contribuye a la “desventaja del varón recién nacido” también en lo que se refiere al peso bajo al nacer (Snow, 2007). Aunque las defunciones en el período neonatal (un mes) son en gran medida una secuela de acontecimientos intrauterinos, en algunos contextos sociales la gran preferencia por un hijo varón puede llevar a un descuido de las niñas recién nacidas que persiste durante la lactancia y la primera infancia (Arnold, 1997).*

### ***VI.1.3. Exposición y vulnerabilidad debidas tanto al sexo como al género***

*Como las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres derivan de su cariotipo, van más allá de los órganos reproductivos y otras características secundarias visibles. Por ejemplo, la sensibilidad de las mujeres a la exposición a sustancias químicas es mayor que la de los hombres debido a las diferencias entre ambos sexos en lo que concierne a la absorción, el metabolismo y la excreción de productos químicos solubles en grasas (Sims y Butter, 2002). Con respecto a los tratamientos antirretrovíricos, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir situaciones adversas relacionadas con la toxicidad mitocondrial, una mayor incidencia de erupciones cutáneas y toxicidad hepática, y diferentes perfiles de lipodistrofia (Forum for Collaborative HIV Research, 2002).*

*Las diferencias biológicas son importantes, pero no siempre influyen tanto como para determinar los resultados de salud por sí solos. Sin embargo, a menudo se supone que los problemas de salud de la mujer están determinados principalmente por las características biológicas. Uno ejemplo es la osteoporosis, que en las mujeres parece estar vinculada en parte a cambios hormonales durante la menopausia. Sin embargo, una respuesta centrada en la comercialización de terapias de sustitución hormonal, a pesar de ser útil, es demasiado limitada y medicaliza excesivamente el problema. Tiende a desviar la atención de otros factores sociales posiblemente más importantes que influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a la osteoporosis y sus complicaciones, como el aislamiento de las mujeres ancianas, las deficiencias de la infraestructura pública y privada e incluso algunas características de los regímenes alimentarios tradicionales. Lo que es peor, no deja ver la importancia de las medidas preventivas a nivel individual mediante la nutrición y el ejercicio o de las medidas protectoras a nivel social tales como edificios mejor diseñados y caminos y aceras que reduzcan el riesgo de caídas (Snow, 2002).*

Otro ejemplo es la depresión: las mujeres tienen una probabilidad de ser diagnosticadas con depresión que es el doble o el triple que la de los hombres (Ustun et al., 2004, Bhugra y Mastrogianni, 2004, Desjarlais et al., 1995). La depresión también tiende más a ser medicalizada en las mujeres que en los hombres (Russo, 1990). Aunque en algunos estudios las tasas más altas de depresión de las mujeres se vincularon con fenómenos reproductivos tales

como la menstruación, el embarazo y la menopausia, esa relación ha sido cuestionada. En las mujeres, la depresión suele aparecer antes del embarazo o la menopausia (Piccinelli y Wilkinson, 2000, Bebbington, 1998). Factores sociales tales como el apoyo social y del compañero, vivencias tales como el abuso durante la niñez y otras formas de victimización, la experiencia social de la maternidad y el temperamento infantil pueden desempeñar un papel más importante que los factores biológicos (Astbury, 2002). El énfasis en las causas reproductivas (biológicas) de la depresión de las mujeres ha conducido al descuido de las formas en que la morbilidad no reproductiva, como las enfermedades cardiovasculares, influyen en la depresión de las mujeres (Astbury, 2002). También impide que se preste atención a la depresión que los hombres pueden sufrir tras el nacimiento de un hijo (Bielawska-Batorowicz y Kossakowska-Petrycka, 2006), así como en etapas posteriores de la vida como consecuencia de la disminución del nivel de testosterona que se da con el envejecimiento (Orengo et al., 2004, Seidman y Walsh, 1999) y posiblemente de cambios en distintas etapas de la vida tales como la jubilación y la pérdida de la autoridad y poder en el seno de la sociedad. De manera análoga al ejemplo de la depresión, las mujeres presentan más problemas de salud reproductiva que los hombres, pero no todas sus preocupaciones en el ámbito de la salud reproductiva y las enfermedades conexas están determinadas biológicamente. Además, los hombres tienen problemas reproductivos u otros problemas de salud que pueden ser tanto biológicos como sociales.

Las dimensiones de género de la vida familiar conducen a una vulnerabilidad notablemente diferente de las mujeres y los hombres a las enfermedades mentales. En el caso de las mujeres de comunidades de bajos ingresos en Siria, las enfermedades mentales se asocian generalmente con la violencia conyugal, un gran número de hijos, analfabetismo, inseguridad financiera y falta de control sobre sus propios ingresos (Ahmadi, 2007, Maziak, 2002). En Irán, hasta 80% de las personas que se suicidaron o que intentaron suicidarse eran mujeres, principalmente en edad fecunda. Se observó que los conflictos matrimoniales y las riñas con familiares eran los motivos principales de los intentos de suicidio (Ahmadi, 2007, Groohi et al., 2006, Zarghami y Khalilian, 2002, Mohammadi et al., 2005).

La importancia de la distinción entre la exposición (que puede ser tanto biológica como social) y la vulnerabilidad (que se determina socialmente) es más evidente todavía en los siguientes ejemplos referidos a la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH. Estas enfermedades infecciosas se abordan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y tienen importantes componentes de género.

En el caso de la malaria, el embarazo aumenta la sensibilidad de las mujeres al comprometer su inmunidad (Rogerson et al., 2007, Shulman y Dorman, 2003), y las convierte en el principal grupo de adultos en riesgo en la mayoría de las zonas donde la malaria es endémica (WHO/UNICEF, 2003). A pesar de esta diferencia biológica que aumenta su exposición, su vulnerabilidad a la malaria y sus efectos en el embarazo responden a diversos factores determinados socialmente: el acceso al tratamiento de la malaria durante la atención prenatal, el acceso a ambientes que protegen de los mosquitos (mosquiteros, eliminación del agua estancada), una buena nutrición y la

vigilancia y el tratamiento de la anemia, que es una de las complicaciones de la malaria durante el embarazo. Dado que estos factores sociales no se abordan bien, las embarazadas que viven incluso en zonas donde la transmisión de la malaria es baja o inestable corren un riesgo dos o tres veces mayor de enfermar gravemente de malaria que otros residentes adultos (WHO/UNICEF, 2003), siendo las embarazadas pobres las más vulnerables.

En cuanto a la tuberculosis, las tasas de *notificación* son más altas para los hombres de todas las edades excepto en la niñez, etapa en la cual son más altas para las mujeres. La razón de este fenómeno todavía no se comprende bien. Algunas diferencias entre los hombres y las mujeres se explican en parte por las diferencias biológicas (las mujeres tienden menos que los hombres a presentarse con una "tos productiva" o a tener un resultado positivo en la baciloscopia) y también por las diferencias de género en el acceso a la asistencia (las mujeres pueden tener menos acceso a proveedores calificados de servicios de salud y a centros de tratamiento de la tuberculosis, o experimentar mayores retrasos en la búsqueda de atención) y en el estigma que influye en la búsqueda de asistencia sanitaria (las perspectivas matrimoniales y la seguridad del matrimonio corren mayor riesgo en el caso de las mujeres que en el de los hombres), mientras que las inquietudes de los hombres están relacionadas con la pérdida de ingresos y dificultades económicas (Thorson, 2002, WHO, 2002a).

En cuanto a la evolución de la enfermedad, en las mujeres influyen factores biológicos importantes. De manera análoga a la malaria, la tuberculosis aumenta los malos resultados de salud durante el embarazo tanto para la madre como para el niño. La morbilidad obstétrica se cuadruplica en las embarazadas con un diagnóstico tardío de tuberculosis. La tuberculosis pulmonar duplica el riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer en los recién nacidos y aumenta entre 3 y 6 el riesgo de muerte perinatal. La tuberculosis genital en las mujeres causa habitualmente infertilidad, que es difícil de tratar y persiste incluso después del tratamiento para la tuberculosis (WHO, 2002a). En el caso de los hombres, sin embargo, el comportamiento de género en forma de tabaquismo influye en la evolución de la enfermedad. La razón de sexos en la evolución de la enfermedad en un estudio de la población en el sur de la India bajó de 2,7 a 1,2 cuando se excluyeron los hombres fumadores y alcohólicos (WHO, 2002a). En un estudio ecológico se calcula que un tercio de las diferencias de género en la tuberculosis puede atribuirse al tabaquismo masculino (Watkins y Plant, 2006).

Según las estadísticas más recientes (UNAIDS, 2006), de 34 millones de adultos (mayores de 15 años) infectados por el VIH o aquejados de sida, 17,3 millones son mujeres. Las diferencias de sexo en las tasas de prevalencia de la infección por el VIH en los adultos varían según la región, lo cual refleja los diferentes modos predominantes de transmisión y sus factores sociales determinantes. En el África subsahariana, el norte de África y el Medio Oriente, así como en el Caribe, las relaciones heterosexuales son el modo predominante de transmisión, y entre los adultos VIH-positivos hay más mujeres que hombres. En el África subsahariana, 59% de los adultos infectados por el VIH

son mujeres, y para las mujeres jóvenes de 15 a 24 años la probabilidad de contraer la infección es el triple de la observada en los hombres jóvenes.

En las relaciones heterosexuales sin protección, la probabilidad de contraer la infección por el VIH de una pareja infectada<sup>35</sup> en el caso de las mujeres es el triple que para los hombres, en lo cual influyen factores biológicos tales como las características de la mucosa vaginal y los ciclos reproductivos (Forrest, 1991), la infecciosidad del semen (UNAIDS, 1999) y las mayores tasas de ITS en las mujeres. Más importantes aun, en el contexto de la infección por el VIH, son las relaciones de poder que influyen en el comportamiento sexual y limitan el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención de la salud y apoyo social. En medida creciente, los hombres que corren riesgo de contraer la infección por el VIH empiezan a tener relaciones sexuales con compañeras cada vez más jóvenes, lo cual aumenta el riesgo para las niñas (Brown et al., 2001a). Las normas heterosexuales a menudo reflejan la aplicación de criterios diferentes para los hombres y las mujeres en cuanto a la conciencia y la representación. Las mujeres heterosexuales a menudo son tachadas de inmorales o libertinas si se atreven a saber sobre las relaciones sexuales sin riesgos o si intentan negociar para tener relaciones sexuales sin riesgos, en tanto que las normas sociales toleran la violencia contra ellas como medio para castigar esa desviación. Las normas sexuales predominantes que se aplican a los hombres promueven la promiscuidad, no prestan atención al uso incorrecto o a la falta de uso de condones y aprueban la violencia contra la mujer y contra los hombres de las minorías que no se ciñen a las normas (WHO, 2003c, UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, 2004, Rao Gupta et al., 1996).

A nivel de políticas, las mujeres también son más vulnerables a la infección por el VIH debido a la jerarquía conservadora de las opciones de política que no reconoce la realidad o los derechos de las mujeres. El énfasis en la abstinencia y la fidelidad (que predomina en el enfoque ABC) no reconoce que, para muchas mujeres, estar casadas y ser fieles, en matrimonios monógamos y especialmente en matrimonios polígamos, son el principal factor de riesgo de la infección por el VIH, en particular cuando su compañero se niega a usar condones (Kelly, 2006). Los métodos de prevención controlados por la mujer han recibido poco apoyo, a diferencia del entusiasmo reciente con el cual se respalda la circuncisión masculina.

Para poner fin a la morbilidad y la mortalidad maternas y a la vulnerabilidad de las niñas y las mujeres a la infección por el VIH/sida, se necesita realizar una inversión importante y sostenida en políticas y programas para abordar los factores sociales determinantes comunes a ambos problemas. Eso incluye el trabajo para acabar con las violaciones, los apremios sexuales y la violencia contra la mujer (que impide que las mujeres y las niñas negocien relaciones sexuales sin riesgos o usen anticonceptivos, y puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH); múltiples medidas contra el matrimonio en la niñez; programas juveniles que ayuden a los jóvenes a adoptar actitudes y desarrollar aptitudes para las relaciones basadas en la igualdad de género, el respeto mutuo y los

---

<sup>35</sup> [http://www.unaids.org/en/Issues/Affected\\_communities/women.asp](http://www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/women.asp), consultado el 9 de abril del 2007.

derechos humanos, subsidios para los preservativos femeninos y mayores inversiones en investigación y desarrollo a fin de obtener microbicidas seguros y eficaces controlados por la mujer.

*Estos ejemplos muestran que, a pesar de que el sexo biológico combinado con el género contribuye a diferencias en la exposición de mujeres y hombres a los problemas de salud, los factores sociales determinantes desempeñan una función crucial en la determinación de la vulnerabilidad a nivel individual, comunitario, programático y de política. El papel del género se examina más a fondo en la próxima sección.*

#### **VI.1.4. Exposición y vulnerabilidad debidas principalmente al género**

Esta sección contiene un análisis de los riesgos y problemas de salud determinados principalmente por los sesgos de género. Comienza con resultados sanitarios que guardan una estrecha relación con la identidad de género, como la violencia contra la mujer, los accidentes de tránsito y el tabaquismo, y concluye con un análisis de áreas más amplias, como la salud ocupacional. *La exposición y la vulnerabilidad atribuibles al género, independientemente de que estén relacionadas con el comportamiento social individual o con procesos más amplios de estratificación social, son susceptibles de cambio social y, por lo tanto, ofrecen el mayor potencial para las intervenciones de salud* (Snow, 2007).

Un resultado de las normas masculinas que se manifiestan en el comportamiento arriesgado es que, a nivel mundial, 2,7 veces más hombres que mujeres mueren de lesiones causadas por accidentes de tránsito. Los hombres sobrepasan a las mujeres en todas las categorías de víctimas de lesiones por accidentes de tránsito: peatones, ocupantes de vehículos, conductores y ciclistas.<sup>36</sup> El riesgo masculino general mayor se atribuye a una mayor exposición a la conducción de vehículos y, en particular, a formas más arriesgadas de conducir.<sup>37</sup> Los hombres no solo tienden más que las mujeres a conducir después de beber (Stoduto, Adlaf et al. 1998), sino que, cuando se evaluó la conducción simulada en jóvenes de 18 años con una concentración de alcohol en la sangre elevada experimentalmente, las muchachas conducían con mayor prudencia cuanto más embriagadas estaban, mientras que los muchachos conducían con mayor temeridad a medida que su embriaguez aumentaba (Snow, 2007, Oei y Kerschbaumer, 1990).

---

<sup>36</sup> Se ha observado que los hombres en Pakistán tienden mucho más que las mujeres a saltar de un autobús en movimiento (43% en comparación con 1,6%), a subir a un autobús en movimiento (49% en comparación con 12%) y a correr detrás de un autobús (45% en comparación con 8%) en medio del tránsito urbano pesado (WHO [2002c]. WHO factsheet Gender and Road Traffic Accidents. Ginebra, Organización Mundial de la Salud).

<sup>37</sup> En Estados Unidos, cuando se mantuvo constante el efecto de la mayor exposición masculina a la conducción de vehículos, su mayor involucramiento en choques desapareció, aunque no en relación con los *choques mortales*. El riesgo excesivo de choques mortales entre hombres es especialmente notable en los conductores más jóvenes, y en gran parte se atribuye a la velocidad y al consumo de alcohol (véanse ODERO, W. [1998] Alcohol-related road traffic injuries. En Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 75, 708-711, MAIO, R., WALLER, F., BLOW, F., HILL, E. & SINGER, K. [1997] Alcohol abuse/dependence in motor vehicle crash victims presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 4, 256-262. MMWR [1994] MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report. Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, junio de 1994).

La violencia contra la mujer es otra consecuencia del comportamiento machista y el epítome de las relaciones de poder desiguales entre las mujeres y los hombres (García-Moreno, 2002). Incluye la violencia doméstica, la trata de mujeres y formas de violencia vinculadas a las tradiciones de ciertos países, como el aborto determinado por el sexo del feto, el infanticidio de las niñas, el descuido deliberado de las niñas, las violaciones en la guerra, las muertes relacionadas con la dote, la mutilación genital femenina y los crímenes de honor. Aunque las causas de violencia son múltiples y están relacionadas entre sí, la desigualdad de género y las normas de comportamiento masculino que toleran la violencia, la pobreza, el bajo nivel de educación y el consumo de alcohol, así como haber presenciado abusos y actos de victimización, se encuentran entre las causas más comúnmente documentadas (Jewkes, 2002). El riesgo de violencia es mayor en las sociedades con códigos aceptados de conducta social que toleran e incluso premian la violencia contra la mujer.

Las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer son muchas: muerte y lesiones que van desde cortaduras y moretones hasta discapacidad permanente, ITS, infección por el VIH, sida, embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos espontáneos, mortinatalidad, dolor pelviano crónico y enfermedad pélvica inflamatoria, depresión y trastorno postraumático, por mencionar solo algunos (WHO, 2005b, ARROW, 2005, Campbell, 2002, Astbury, 2002, Gielen et al., 2000, Coker et al., 2000, Letourneau et al., 1999). Sin embargo, la violencia contra la mujer ha sido reconocida solo recientemente como preocupación legítima de las sociedades.<sup>38</sup> El Centro de Recursos e Investigación del Pacífico Asiático para la Mujer (ARROW) señaló que solo en 2 de 8 países de Asia (Camboya y Malasia) se había realizado una encuesta nacional sobre la prevalencia de la violencia doméstica, y ni hablar de la adopción de estrategias de prevención (ARROW, 2005).

A nivel mundial, 47% de los hombres y 11% de las mujeres fuman actualmente (Jha et al., 2002). No obstante, la mala salud como resultado del tabaquismo está afectando más a las mujeres que a los hombres.<sup>39</sup> Como consecuencia de la comercialización con una marcada orientación de género por las compañías tabacaleras,<sup>40</sup> el tabaquismo se considera como una estrategia de las mujeres para emanciparse o para sobrellevar la situación, y este cambio de género es más notable entre los jóvenes. En encuestas mundiales recientes se observó que, a

---

<sup>38</sup> En todo el mundo están surgiendo datos probatorios de que, debido a su magnitud y a la gravedad de sus consecuencias para la salud, debe reconocerse como uno de los problemas de salud pública más importantes (véase WATTS, C. & ZIMMERMAN, C. [2002] Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359, 1232-7). Los resultados recientes del estudio realizado por la OMS en varios países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica, que abarcó Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y Tanzania, muestran que la prevalencia notificada en el curso de la vida de actos de violencia física o perpetrados por el compañero sexual, o de ambos, se sitúa entre 15 y 71%, con dos lugares con una prevalencia de menos de 25%, siete con una prevalencia de 25 a 50% y seis con una prevalencia de 50 a 75%. Entre 4 y 54% de las entrevistadas dijeron que habían sido víctimas de actos de violencia física o perpetrados por el compañero sexual, o de ambos, durante el año precedente (véase GARCÍA-MORENO, C., JANSEN, H. A., ELLSBERG, M., HEISE, L. & WATTS, C. H. [2006b] Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-9).

<sup>39</sup> Debido a las diferencias en las características biológicas de los pulmones de las mujeres y los hombres, una exposición equivalente a la nicotina ocasiona mayores daños a la mujer. Esta diferencia entre los sexos en lo que se refiere a la vulnerabilidad puede contribuir a la convergencia de las tasas de cáncer de pulmón (es decir, más casos de cáncer en las mujeres a pesar de que las fumadoras sean menos que los fumadores), pero los cambios en las tendencias del tabaquismo representan la mayor parte de la convergencia (Snow 2007).

<sup>40</sup> Por ejemplo, el aviso publicitario de Virginia Slims, dirigido a las mujeres emancipadas: *Has recorrido un largo camino, muchacha.*

pesar de las diferencias de lugar, entre los adolescentes de 13 a 15 años las jóvenes fuman casi tanto como los jóvenes y usan otros productos de tabaco (tabaco de mascar o de polvo, cigarrillos liados a mano y narguiles) en proporción similar. En las proyecciones de las defunciones relacionadas con el tabaco se deben tener en cuenta estos cambios en las tendencias de género en el tabaquismo (Snow, 2007, WHO, 2003b).

El lugar de trabajo es un escenario clave para determinar diferencias en la salud relacionadas con el género. La división del trabajo relacionada con el género, ejemplificada en la asignación de tareas específicas a hombres y mujeres, es extensa y generalizada en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo, riqueza, orientación religiosa o régimen político.<sup>41</sup> Estos factores tienen un efecto negativo en la posición social de las mujeres en relación con los hombres, y las desigualdades resultantes contribuyen a desigualdades de género en el ámbito de la salud (Messing y Östlin, 2006, Östlin, 2002a, Östlin, 2002b).

En cuanto a los peligros para la salud en el lugar de trabajo, tanto en los países de ingreso alto como en los de ingreso bajo, las muertes relacionadas con el trabajo son más comunes entre los hombres debido a que los hombres trabajan en ambientes donde hay un riesgo mayor de accidentes; por ejemplo, el transporte, la minería, la pesca y los servicios de bomberos (Laflamme y Eilert-Petersson, 2001, Islam et al., 2001). Además, los hombres de países de ingreso alto notifican una exposición mayor que en el caso de las mujeres a ruidos, vibraciones, temperaturas extremas, productos químicos y la necesidad de levantar objetos pesados (Paoli y Merlié, 2001). No obstante, los riesgos para la salud ocupacional de las mujeres no son insignificantes. Los datos probatorios, principalmente de países de ingresos altos, parecen indicar que más mujeres que hombres realizan trabajos caracterizados por grandes exigencias y poco control, con movimientos muy repetitivos y posturas difíciles, a menudo con una gran exposición al público (Messing, 2004, Östlin, 2002a, Östlin, 2002b). Por ejemplo, las mujeres constituyen la mayor parte del personal en los niveles inferiores de atención de salud que corre un mayor riesgo de infección (por agentes biológicos en los hospitales y pinchazos con agujas), violencia, lesiones osteomusculares y desgaste (WHO, 2002b, Mayhew, 2003, Aiken et al., 2002, Josephson et al., 1997).

Los pocos estudios que hay de países en desarrollo revelan que, por ejemplo, en las *maquiladoras*<sup>42</sup> de América Latina, las mujeres están expuestas a productos químicos, riesgos ergonómicos, ruido y estrés (Cedillo Becerril et al., 1997) y que 17% de las mujeres tienen un trastorno por traumatismo acumulativo diagnosticado en un examen físico (Meservy et al., 1997). Los trastornos notificados de ese tipo correspondían a mujeres casi en el doble de los casos. En los lugares donde no hay acceso al agua potable y el saneamiento, las mujeres corren un riesgo mayor

---

<sup>41</sup> Messing y Östlin observaron que las mujeres en general se enfrentan con normas de contratación desiguales, oportunidades desiguales para la capacitación, remuneración desigual por trabajo de igual valor, acceso desigual a los recursos productivos, segregación y concentración en sectores y ocupaciones femeninos, condiciones de trabajo físicas y mentales diferentes, participación desigual en las decisiones económicas y perspectivas desiguales de ascenso (véase MESSING, K. & ÖSTLIN, P. [2006] Gender Equality, work and health: a review of the evidence. Organización Mundial de la Salud).

<sup>42</sup> Una maquiladora (o maquila) es una fábrica que importa materiales y equipo libres de derechos y en franquicia arancelaria para el ensamblaje o la manufactura y luego reexporta el producto ensamblado, generalmente de vuelta al país de origen.

de contraer enfermedades transmitidas por el agua al lavar ropa y utensilios en zanjas (Watts, 2004). Las mujeres que cocinan en cocinas abiertas no solo corren el riesgo de quemaduras, sino que también corren un gran riesgo de padecer enfermedades causadas por la contaminación por el humo, como se observó en India (Mishra et al., 1999) y Guatemala (Albalak et al., 2001). En los países en desarrollo, cada año mueren casi dos millones de mujeres y niños pobres debido a la exposición a la contaminación del aire en locales cerrados causada por el humo del combustible para cocinar. Muchas más tienen infecciones respiratorias agudas y crónicas (Smith y Maeusezahl-Feuz, 2004).

## **VI.2. Reducción de los riesgos para la salud de las mujeres y los hombres**

Las perspectivas de salud pública convencionales clasifican los trastornos sobre la base de enfermedades específicas,<sup>43</sup> riesgos<sup>44</sup> o funciones.<sup>45</sup> Otros enfoques (Goldman y Hatch, 2000, Sen et al., 2002) proporcionan un análisis de género usando esta clasificación.<sup>46</sup> En este informe, en vez de realizar un análisis de género de cada categoría de salud pública, nos centramos directamente en los riesgos biológicos y sociales de ser mujer u hombre en el ámbito de la salud. Ambos enfoques son complementarios, pero este último nos permite poner de relieve los mensajes clave para abordar las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad sin tener que especificar acciones para cada trastorno. En esta sección del informe se formulan recomendaciones para reducir la vulnerabilidad relacionada con el género en cuatro dimensiones: atender las necesidades de salud diferentes y específicas tanto de las mujeres como de los hombres; abordar los sesgos sociales que aumentan la vulnerabilidad a resultados sanitarios negativos; abordar las causas sociales del comportamiento individual peligroso o perjudicial; y empoderar a las personas y las comunidades por medio de mensajes y ejemplos positivos de medidas eficaces.

### **VI.2.1 Atender las necesidades diferentes de salud**

Como se dijo en la sección anterior, las diferencias de género en la exposición y la vulnerabilidad a los riesgos para la salud pueden surgir de las influencias combinadas del sexo biológico y el sesgo social relacionado con el género, o solo del sesgo social relacionado con el género. *En los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores sociales determinantes en la definición de necesidades diferentes de las mujeres y los hombres en el ámbito de la salud, se deben abordar esas necesidades diferentes por medio de medidas de política.*

---

<sup>43</sup> Por ejemplo, enfermedades infecciosas o crónicas.

<sup>44</sup> Por ejemplo, ocupacionales o ambientales.

<sup>45</sup> Por ejemplo, mentales o reproductivas.

<sup>46</sup> En los capítulos de Sen et al. (2002) se abordan las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva, la salud mental, la violencia contra la mujer, la salud ambiental, la salud ocupacional y la osteoporosis, y se analizan temas intersectoriales tales como el establecimiento de prioridades, los factores sociales determinantes y las reformas económicas y del sector de la salud.

Una de las diferencias más visibles entre las necesidades de los hombres y las mujeres en materia de salud se encuentra en la esfera de la reproducción. Los donantes no han cumplido regularmente sus compromisos con el programa de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (UNFPA, 2004). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio no incluían originalmente una meta general para la salud reproductiva (Campbell-White et al., 2006). A pesar de la obviedad de las necesidades de la salud materna de las mujeres y sus nexos positivos con los resultados de salud neonatales (Sen et al., 2007a), no se asignaron a esta meta la atención de política, el financiamiento, los programas o los servicios concomitantes. Las consecuencias de no responder a las necesidades de la salud reproductiva de las mujeres pueden ser letales y se caracterizan por la muerte anual de miles de mujeres debida a abortos peligrosos y a la falta de servicios obstétricos de urgencia.

En algunos casos, los cambios sociales de mayor alcance que parecen ser beneficiosos en general en términos de crecimiento económico o la democracia pueden obstaculizar el acceso de las mujeres a tales servicios. Por ejemplo, antes de la reunificación, las tasas de mortalidad materna eran uniformemente bajas para todas las mujeres en Alemania oriental. Después de la reunificación, las tendencias de la mortalidad materna comenzaron a asemejarse a las de Alemania occidental: las mujeres solteras de Alemania oriental tenían un riesgo de muerte materna ajustado según la edad 2,6 mayor que el de las mujeres casadas. El cambio se atribuye a la eliminación de las medidas de apoyo y protección social que antes se garantizaban constitucionalmente a las madres solteras en Alemania oriental. Con la reunificación se eliminaron los incentivos monetarios para la asistencia prenatal, el seguimiento de las madres que podían asistir a las consultas prenatales y la garantía de empleo para las madres solteras (Razum et al., 1999). Eso fue claramente una medida retrógrada; hubiera sido mucho mejor para las mujeres alemanas solteras que Alemania occidental hubiera seguido el ejemplo de Alemania oriental en este sentido.

La provisión de atención materna básica y la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas no son costosos ni muy complejos. Según los cálculos del Banco Mundial, si todas las mujeres tuvieran acceso a intervenciones para complicaciones del embarazo y el parto, especialmente atención obstétrica de urgencia, se podrían evitar 74% de las muertes maternas (Ramana, 2003). Las intervenciones existen, pero se necesita voluntad política y movilización para apoyar una atención sostenida de las políticas, el financiamiento de programas y la ampliación del suministro de los servicios a fin de garantizarlos (Jahan, en imprenta, van Lerberghe y de Brouwere, 2001).

#### Ejemplo: reducción de la mortalidad materna en Bangladesh, Malasia, Sri Lanka y China

Entre 1996 y 1998, con la presión sostenida y la colaboración de la sociedad civil, así como de donantes, Bangladesh reformuló su política nacional en materia de población y la convirtió en una política de salud reproductiva; asimismo, comenzó a prestar mucha atención por primera vez a la creación de capacidad para la atención obstétrica esencial. La mortalidad materna bajó en los cinco años siguientes (Jahan, en prensa, Jahan, 2003, Jahan y Germain, 2004). Se observó una disminución rápida similar en Malasia y Sri Lanka (UNFPA, 2005).

Una evaluación reciente del proyecto Salud VIII en China mostró una reducción general de 40% en la mortalidad materna (de 131,5 a 68,2 defunciones por 100.000 nacidos vivos) entre 1998 y 2005 en los 71 distritos donde se llevó a cabo el proyecto (Liu et al., 2007). Esta disminución notable de la mortalidad materna se atribuyó principalmente a las medidas integrales adoptadas en los distritos abarcados por el proyecto para transformar los sistemas de salud mediante el aumento de la concientización y la influencia en las actitudes con respecto a la atención médica de la madre, la mejora de servicios mediante inversiones en instalaciones y equipo, el establecimiento de normas y directrices para fortalecer los servicios obstétricos, las inversiones en la capacitación de personal sanitario y el fortalecimiento de la supervisión, la limpieza y mejora de las salas de maternidad, la alimentación gratuita de las pacientes, el suministro de cocinas y utensilios de cocina a los familiares y el establecimiento de procedimientos de supervisión y vigilancia para detectar problemas y corregirlos. Además, los distritos examinaron todas las defunciones maternas a fin de indicar las fallas que era necesario corregir.

Se necesita una labor importante de abogacía para atraer la atención y mantener el apoyo a otros servicios que atienden las necesidades de salud específicas de las mujeres pobres y de las mujeres de países de ingreso bajo para reducir su exposición y vulnerabilidad a los resultados sanitarios desfavorables. Aunque se ha avanzado mucho en la ampliación de los servicios para el cáncer de mama, especialmente en los países de ingreso más alto, es necesario intensificar las investigaciones e intervenciones para abordar problemas desatendidos tales como el cáncer de cuello uterino y la fistula obstétrica, así como técnicas para abordar necesidades específicas de las mujeres, como mejores métodos de aborto y de protección contra el VIH controlados por la mujer, entre ellos preservativos femeninos y microbicidas.

*No solo se deben abordar los trastornos desatendidos que inciden específicamente en las personas de un sexo, sino también las necesidades específicas de cada sexo en relación con los problemas de salud que afectan tanto a las mujeres como a los hombres, de forma tal que tanto las mujeres como los hombres tengan acceso a tratamientos sin sesgos.* Es necesario modificar las directrices para el tratamiento a fin de que sean sensibles a las diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a los síntomas, como se ha observado con la tuberculosis (Thorson et al., 2007), la infección por el VIH (Bates et al., 2004) y las enfermedades cardiovasculares (Huxley, 2007). Se necesitan más investigaciones para comprender el grado y la naturaleza de tales diferencias. Por ejemplo, la evolución de la infección por el VIH al sida parece producirse al mismo ritmo en las mujeres y en los hombres, pero las mujeres presentan una carga vírica menor que los hombres (Sterling et al., 2001). Aunque las directrices actuales acerca del inicio del tratamiento se basan principalmente en recuentos de células CD4, si se tuviera en cuenta también la carga vírica se postergaría el acceso de las mujeres al tratamiento (Napravnik et al., 2002). También hay diferencias en los efectos secundarios de los antirretrovíricos (Pernerstorfer-Schoen et al., 2001, Carr y Cooper, 2000). Es indispensable tener en cuenta estas diferencias entre hombres y mujeres a fin de que el

tratamiento sea eficaz a medida que se intensifica la acción para ampliar el acceso a los medicamentos y ofrecer tratamiento antirretrovírico.

*Se deben abordar las diferencias específicas de cada sexo que contribuyen a las diferencias en las necesidades en cuanto al lugar de trabajo.* Eso abarca una gama de medidas para abordar las características de los establecimientos de trabajo, las herramientas y la seguridad, así como las políticas en materia de remuneración de los trabajadores y la cobertura de los planes de prestaciones. A continuación se mencionan algunos ejemplos. En las políticas y medidas se debe procurar que haya suficientes descansos y recesos para ir al baño y que haya suficientes baños con artículos para la higiene durante la menstruación, áreas de descanso y para amamantar, especialmente para las madres embarazadas y lactantes, y guarderías infantiles limpias. Las herramientas y el equipo que se usen en el trabajo, remunerado o no remunerado, se deben adaptar ergonómicamente al físico de los hombres y las mujeres a fin de no excluir a las mujeres de las tareas más pesadas pero mejor remuneradas. Se deben modificar las leyes que restringen las oportunidades ocupacionales de las mujeres al prohibirles realizar tareas que conlleven peligros tóxicos. En vez de establecer esta prohibición, se deben corregir las condiciones de trabajo que hacen que el entorno sea inseguro tanto para las mujeres como para los hombres. Asimismo, los planes de indemnización en el ámbito de la salud ocupacional no deben excluir trastornos que afecten específicamente a las mujeres (Messing y Östlin, 2006, Östlin, 2002a, Östlin, 2002b). Las políticas de salud pública deben abordar estas necesidades propias de cada sexo no solo para mejorar los resultados de salud, sino también para avanzar en el campo de la igualdad social. Por ejemplo, se deben modificar las leyes que discriminan contra las mujeres debido a la maternidad, y los planes de seguro deben cubrir la maternidad. Además, las políticas laborales deben promover una distribución más equitativa entre hombres y mujeres de las licencias para cuidar a niños y ancianos (George, 2007b).

### **VI.2.2. Abordar el sesgo social**

En esta sección se presentan algunos ejemplos de las clases de sesgos sociales específicos que se deben enfrentar para abordar las disparidades en la salud de la mujer y las desigualdades de género en el ámbito de la salud. Después se examinan dos estrategias relacionadas entre sí para abordar el sesgo social: enfrentar el contexto social del comportamiento individual y empoderar a las personas y las comunidades para que logren cambios positivos.

“En los casos en los que no haya ninguna razón biológica verosímil para que los resultados sean diferentes, la discriminación social se debería considerar la principal sospechosa entre las causas de los resultados de salud que no son razonables” (2002 de sen et al.). La discriminación social puede operar entre las mujeres y los hombres, entre distintas razas o grupos étnicos o entre diferentes grupos de mujeres, y hacer que aquellos que están en el nivel más bajo de la jerarquía sean vulnerables a resultados de salud adversos, incluso a pesar de que los que están situados en el nivel más alto estén bien. Un ejemplo de discriminación que afecta a grupos de todas las razas

y clases económicas es lo que ocurre en el estado de Mississippi, en los Estados Unidos. En 2004, el estado eligió un gobernador que se comprometió a reducir el programa Medicaid (que paga los gastos de atención médica de los pobres) y a no a aumentar los impuestos. En consecuencia, el acceso de los pobres a los servicios de salud ha disminuido de diversas maneras, entre ellas la reducción del horario de atención de los centros de salud y trayectos más largos para llegar a los servicios en lugares donde no se dispone de transporte público fácil. Por consiguiente, el número de participantes en Medicaid y en el seguro médico de los niños bajó en 54.000 en 2005 y 2006 (Eckholm, 2007).<sup>47</sup> Un resultado es que la tasa de mortalidad infantil entre los afroestadounidenses del estado subió de un promedio de 14 a 17 por 1.000 en 2005. Sin embargo, hay un condado en el estado —el de Sharkey— donde la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido en 5 desde 1991 a 2005 a pesar de que el condado es muy pobre. Aunque esto no se ha investigado de forma pormenorizada, se cree que la tasa baja de mortalidad infantil de este condado se debe a un sistema de visitas intensivas a domicilio que realiza la organización no gubernamental Cary Centre y que, combinado con la disponibilidad de autobuses especiales para que las mujeres asistan a sesiones prenatales y posnatales, permitió que la tasa de mortalidad infantil se mantenga muy por debajo del promedio estatal.

*Además de restablecer los servicios de apoyo que permiten a las mujeres pobres superar las barreras estructurales que les complican la vida, se necesitan políticas más amplias que equilibren el trabajo y los compromisos familiares de formas que no aumenten la discriminación contra las mujeres. El trabajo doméstico se debe reconocer como trabajo, aunque no siempre esté remunerado. Se deben reconocer y abordar los riesgos ocupacionales y el apoyo necesario para cumplir con responsabilidades familiares y realizar el trabajo doméstico, que incluye la crianza de los niños y el cuidado de los enfermos, discapacitados o ancianos. Las políticas en materia de licencia familiar deben exigir que los hombres compartan estas responsabilidades con las mujeres. Los sistemas de seguro social deben procurar que incluso las personas que no tengan una ocupación formalmente reconocida y remunerada también estén protegidas cuando no estén trabajando o cuando se enfermen. Estas recomendaciones se encuadran en la campaña de la OIT para promover el “trabajo decente”.*<sup>48</sup>

Al mismo tiempo, las medidas que promueven la igualdad en los resultados sanitarios no deben comprometer la igualdad de género. Por ejemplo, las medidas para abordar la razón de sexos sesgada en el sur de Asia no deben comprometer el derecho de las mujeres al aborto sin riesgos. Las intervenciones de políticas deben enfrentar la discriminación por motivos de género que sustenta la preferencia por los hijos varones. Las campañas fotográficas que ponen de relieve las consecuencias para las mujeres de la preferencia por los hijos varones, los modelos de

---

<sup>47</sup> Ahora es mucho más difícil renovar la cobertura de Medicaid porque se exigen reuniones presenciales, con menos oficinas, un horario de atención al público más limitado y requisitos más estrictos en cuanto a la documentación. El acceso a los consultorios ha disminuido debido a la falta de transporte para los pobres y la reducción de los días de atención al público y de los servicios disponibles.

<sup>48</sup> Al brindar oportunidades de trabajo productivo que genera ingresos justos, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de perfeccionamiento personal e integración social, libertad para que la gente exprese sus inquietudes, se organice y participe en las decisiones que influyen en su vida, e igualdad de oportunidades y tratamiento para todas las mujeres y hombres (sitio web de la OIT sobre el trabajo decente, <http://www.oit.org/public/english/bureau/integration/decent/index.htm>).

matrimonio y las estructuras familiares son un punto de partida importante para ampliar el debate acerca de los factores sociales determinantes que exacerban la razón de sexos sesgada en el sur de Asia (Nidadavolu y Bracken, 2006).<sup>49</sup>

### **VI.2.2.1 Abordar las dimensiones estructurales del comportamiento individual de riesgo**

Muchas intervenciones de promoción de la salud tienen como finalidad reducir los comportamientos de alto riesgo, como un régimen alimentario malo, el abuso del alcohol y otras drogas y el tabaquismo. Estos programas a menudo pasan por alto las condiciones materiales, sociales y psicológicas en las cuales están arraigados los comportamientos a los cuales están dirigidas las intervenciones. Por ejemplo, en muchos países hay una fuerte relación entre las penurias materiales, la baja posición social, sucesos estresantes del trabajo o de la vida, y la prevalencia del tabaquismo (Osler et al., 2001, Bobak et al., 2000).

Si no se presta atención a las fuerzas estructurales en las que están arraigados estos comportamientos, el énfasis en los roles de género y su influencia en el comportamiento relacionado con la salud pueden conducir a un énfasis en el cambio de comportamiento a nivel *individual* en vez de un cambio de políticas a nivel *social* (Stronks et al., 1996, Kabeer, 1994). Por ejemplo, se puede ofrecer ayuda a las trabajadoras a fin de que reduzcan el estrés perjudicial desarrollando sus propias estrategias personales para lograr un equilibrio entre sus roles de género, siempre en pugna, de madres, esposas, amas de casa y trabajadoras. A fin de que las mujeres destinatarias no se sientan acusadas y avergonzadas de no poder afrontar sus múltiples responsabilidades, *también se deberían tomar medidas complementarias para aliviar la carga de las mujeres, como la provisión universal de guarderías infantiles accesibles y asequibles y la introducción de horarios de trabajo más flexibles (Östlin et al., 2006). Por otro lado, se deberían tomar medidas orientadas a lograr una distribución más igualitaria de las responsabilidades familiares entre los hombres y las mujeres y procurar que las mujeres no tengan que agregar a sus tareas habituales aun más responsabilidades, como encargarse de la selección de guarderías, los horarios y los "servicios de taxi".*

De manera análoga, muchos hombres pueden experimentar presiones extraordinarias por el desempleo y dificultades materiales que constriñen su capacidad para cumplir el rol de género que se les asigna como "sostén de la familia" (Moller-Leimkuhler, 2004). Los que tratan de sobrellevar el estrés recurriendo al tabaquismo, la bebida, la conducción agresiva de vehículos o el abuso de drogas son acusados de arriesgar su salud por decisión personal. *Las estrategias para cambiar los modos de vida de estos hombres serían más eficaces si se combinaran con medidas orientadas a enfrentar las circunstancias sociales y económicas negativas (por ejemplo, desempleo, pérdida súbita de ingresos) en las cuales están arraigados los modos de vida perjudiciales para la salud (Östlin et al., 2006).* Los comportamientos de riesgo socialmente aprendidos influyen mucho en la esperanza de vida menor de los hombres. Los hombres son más propensos al tabaquismo, la bebida y la violencia y tienden menos a tener redes sociales positivas que les permitan enfrentar los cambios en la vida de una manera positiva. No obstante, la

---

<sup>49</sup> Fotos de Ruhani Kaur, [http://www.voices-unabridged.org/liste\\_slideshow.php](http://www.voices-unabridged.org/liste_slideshow.php).

vulnerabilidad de los hombres no puede ser vista separadamente de sus relaciones raciales y de clase con otros hombres, sus relaciones de género con las mujeres, sus relaciones sexuales con otras personas o su situación de privilegio relativo. *Las respuestas apropiadas de política deben abordar la vulnerabilidad de los hombres mediante intervenciones encaminadas a lograr relaciones de poder más equitativas.*

Con respecto a la infección por el VIH, hay diversos factores estructurales determinantes que vinculan la pobreza, el género y la migración afectan a la vulnerabilidad básica a nivel individual (Parker y Camargo, 2000). Por ejemplo, hay amplios indicios de que la depresión del sistema inmunitario resultante de la pobreza y la exposición a la malaria y las infecciones parasitarias entre los habitantes del África ayuda a explicar en gran medida la disparidad mundial en la prevalencia de la infección por el VIH/sida. Sin embargo, las estrategias de prevención no se centran suficientemente en estos factores y optan en cambio por abordar los comportamientos de riesgo individuales relacionados con la sexualidad y el consumo de drogas. En el caso de las mujeres, tales estrategias se centran en enseñarles a negarse a tener relaciones sexuales o a tomar la iniciativa con respecto al uso de condones. Aunque estas estrategias con una orientación individual definitivamente son útiles, hay que reconocer también que, en el contexto de las relaciones de poder desiguales determinadas por el género, pueden servir como factores desencadenantes de la violencia contra la mujer, a pesar de ser pilares fundamentales de la prevención de la infección por el VIH (Rao Gupta, 2002). El reconocimiento de estas contradicciones ha conducido a algunos esfuerzos innovadores para abordar las raíces estructurales de la desigualdad de género que hacen que las mujeres sean vulnerables a la infección por el VIH.

#### Ejemplo: combinación del acceso de las mujeres al microcrédito con sesiones sobre el empoderamiento en Sudáfrica

En Sudáfrica, la combinación del microcrédito con sesiones de concientización sobre el género y el VIH en un paquete integrado para las mujeres llevó a una reducción de 55% en la violencia infligida por el compañero sexual en un plazo de dos años (Pronyk et al., 2006). Entre los colaboradores cabe señalar el sector de las ONG (Fundación para la Pequeña Empresa y ADAPT), instituciones académicas del Norte y del Sur (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Universidad del Witwatersrand) y el gobierno nacional (Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica). Se llevó a cabo una gran campaña de movilización, que incluyó el establecimiento de comités de aldea para hacer frente a las violaciones y los delitos junto con la policía, sesiones de educación sobre el VIH en escuelas locales, iglesias, funerarias, clubes de fútbol y paradas de taxi, y protestas para mejorar los dispensarios locales y para que en los bares locales no se sirvan bebidas alcohólicas a los hombres jóvenes. En consecuencia, la comunicación doméstica con la pareja y los hijos mejoró, y se cuestionaron las normas tradicionales con sesgo de género de los participantes en el programa (Pronyk et al., 2005). No obstante, posiblemente se necesite más tiempo para que esos cambios influyan en el comportamiento sexual de otros miembros de la familia o reduzcan la

incidencia de la infección por el VIH en la comunidad, ya que se observó un efecto pequeño en esos parámetros durante el corto período comprendido en la evaluación (Pronyk, Hargreaves et al. 2006).

#### Ejemplo: abordaje de los derechos legales de las mujeres en África

En el África subsahariana, por ejemplo, los derechos legales de las mujeres en cuanto a la propiedad y la herencia son importantes porque les permiten controlar el estrés que significa ser jefas del hogar y encargadas primordiales del cuidado de las personas infectadas por el VIH. Los datos probatorios preliminares también destacan los derechos legales como una medida protectora que reduce la vulnerabilidad de las mujeres a factores de riesgo de infección por el VIH al reforzar su seguridad económica y su empoderamiento (ICRW, 2004). Es indispensable llevar a cabo reformas legislativas encaminadas a la elaboración y aplicación de leyes que protejan los derechos de propiedad y de tenencia de tierras de las mujeres, y la revisión y derogación de leyes discriminatorias. Además, se debe abordar la capacidad jurídica para interpretar favorablemente esas leyes y usarlas, así como la concientización de las mujeres acerca de sus derechos legales (ICRW, 2004).

El Centro Femenino de Ayuda Legal de Tanzania enseña a las mujeres a adquirir, enajenar e hipotecar tierras, obtener títulos de propiedad de sus tierras y participar en la adopción de decisiones relacionadas con las tierras, además de proporcionar servicios de ayuda legal. Asimismo, el Centro imparte capacitación a policías, magistrados y jueces acerca de los derechos de propiedad de las mujeres (ICRW, 2004). En un plano más general, la Comisión Internacional de Juristas de Kenya, sobre la base de una investigación que reveló el grado de sesgo contra las mujeres en el derecho de familia, presionó y logró que se estableciera una División Familiar en el Tribunal Supremo de Kenya dedicada al arbitraje de casos de divorcio, mantenimiento y propiedad familiar y a la capacitación para corregir los sesgos de género en el sistema judicial. Posteriormente, la actividad se centró en el uso de la CEDAW como instrumento orientador en la práctica judicial a fin de armonizar la política nacional con normas internacionales en materia de derechos humanos (ICRW, 2004).

En resumen, estos ejemplos indican la necesidad de considerar el comportamiento individual en el contexto social en el cual tiene lugar. Con el propósito de formular políticas apropiadas para estos contextos sociales, las personas que se encuentran en el centro de las estrategias deben participar en la formulación de intervenciones que aborden sus limitaciones. Deben participar en la capacitación del personal de salud, de servicios sociales y de servicios jurídicos a fin de que las intervenciones que manejan no victimicen aun más a las personas que corren mayor riesgo. Las campañas de información deben tener en cuenta su visión del mundo y sus preocupaciones por los efectos secundarios, y proponer pasos positivos que les permitan cambiar su vida, como se señala en la próxima sección.

### **VI.2.2.2 Empoderar a personas y comunidades para lograr un cambio positivo**

Aunque ciertos factores estructurales más generales, tales como los derechos, la infraestructura, los servicios públicos, el empleo y otras medidas que generan riqueza, son esenciales para lograr un cambio positivo, el poder de decisión individual vinculado a la dinámica comunitaria también es fundamental para fomentar la transformación de la vulnerabilidad relacionada con el género. *Para que las estrategias den resultado, deben proporcionar opciones positivas que ayuden a la gente a actuar contra el statu quo actual, que puede ser insensible a la dimensión de género o presentar sesgos de género.* En el caso del VIH, las campañas que consisten en recriminar a la gente por el comportamiento de riesgo o en infundir temor acerca de los riesgos para la salud exacerbaron el estigma y la discriminación, provocaron una actitud rebelde ante los esfuerzos por cambiar el comportamiento de las personas y disminuyeron el acceso a la atención de la salud (Brown et al., 2001b).

En Escocia, entre las actividades para ayudar a las mujeres de bajos ingresos a dejar de fumar, se incluyeron conferencias locales, grupos de apoyo centrados en las mujeres, educación por compañeras, programas de fomento de la confianza en uno mismo y otros programas de capacitación, escapadas y otras actividades “divertidas” (Crossan y Amos, 1994). En los barrios pobres de Baltimore (Estados Unidos), las iglesias fomentaron la participación de mujeres afroestadounidenses de 40 años en el programa “Corazón, cuerpo y alma”, que ofrece clases de preparación de alimentos y gimnasia, además de educación de salud, canto y debates. De esta forma, se logró reducir los factores de riesgo de cardiopatías cardiovasculares y aumentar el bienestar general (Yanek et al., 2000).

Con respecto al lugar de trabajo, para que las mujeres y los hombres tengan poder de decisión para abordar las desigualdades de género debe haber mecanismos apropiados para encauzar sus inquietudes. Hay que nombrar mediadores que realicen un seguimiento de la igualdad de género y el acoso sexual, asignarles recursos y facultarlos para que puedan exigir el cumplimiento de las normas. Los sindicatos deben tener mecanismos de responsabilización a fin de que sus afiliados, sus dirigentes y los procesos de adopción de decisiones respondan a las preocupaciones de género. Es necesario formular leyes laborales que sean sensibles a la dimensión de género y hacerlas extensivas a todos los grupos, incluso los que trabajan en el sector informal, a tiempo parcial o en su casa. Si ya hay leyes de ese tipo, hay que vigilarlas y velar por su aplicación a fin de obtener los resultados previstos en materia de equidad de género.

En otro ejemplo, aunque las imágenes de los medios de comunicación presentan a las mujeres como víctimas de los desastres naturales, las mujeres pueden ser un componente fundamental de la tarea de mitigación y respuesta a los mismos (Enarson, 2000, Shrader y Delaney, 2000, Wiest et al., 1995). Después del huracán Mitch en 1998, se veía a mujeres en Guatemala y Honduras construyendo casas y cavando pozos y zanjas, cambiando así las normas sociales con respecto a lo que las mujeres podían hacer. Después del terremoto de 1985 en la ciudad de México, las trabajadoras de las maquiladoras organizaron el sindicato “19 de Septiembre” de trabajadores de la confección,

que fue crucial para recuperar su empleo. Frente al aumento de la violencia de género en Nicaragua tras el huracán Mitch, una ONG lanzó una campaña con un mensaje potente y eficaz: “La violencia contra la mujer es un desastre que los hombres sí pueden prevenir”.

Con respecto a la mortalidad materna, aunque es importante documentar las defunciones y las oportunidades desaprovechadas para salvar vidas de mujeres, las comunidades desprovistas de poder responden a estudios de casos positivos que reflejan sus propios esfuerzos para cambiar su situación (WHO, 2004). En Karnataka, en el sur de la India, la documentación de las muertes maternas puso de relieve las brechas estructurales en múltiples niveles que permitían que persistiera tal injusticia (George et al., 2005). Posteriormente, como consecuencia de una campaña pública sistemática que movilizó a las comunidades y al personal de salud para que comenzaran a asumir la responsabilidad por la salud y los derechos de la mujer, se logró aumentar la supervivencia de las mujeres que llegaban al borde de la muerte. La demostración de que la participación de la comunidad podía producir resultados positivos fue esencial para superar el fatalismo acerca de la inevitabilidad de las defunciones maternas.

A fin de que los mensajes de género y las medidas de política lleven a la acción, se deben poner en práctica en entornos que ejemplifiquen el comportamiento estereotípico de género. En el Reino Unido, los clubes de fútbol, los bares y otros lugares predominantemente masculinos han sido escenarios eficaces para abordar las necesidades de los hombres desde una perspectiva de género.<sup>50</sup> También se han usado para cuestionar las normas masculinas con respecto a la violencia contra la mujer (por ejemplo, el programa del Fondo de Prevención de la Violencia Familiar para “convertir a los niños en hombres”). Asimismo, los mensajes sobre la salud de los adolescentes son más eficaces si no se limitan a los centros de salud sino que se difunden también en las escuelas y en lugares muy frecuentados.

#### Ejemplo: intervención en Soul City en Sudáfrica

La intervención de Soul City en Sudáfrica funcionó en varios niveles que se reforzaron mutuamente (individual, comunitario y sociopolítico) con el propósito de abordar la violencia doméstica aumentando el conocimiento del tema y cambiando las percepciones de las normas sociales al respecto. La evaluación mostró que la intervención de Soul City llegó a 86, 25 y 65% de los destinatarios por medio de televisión, folletos y radio, respectivamente, e influyó en el sentido de eficacia de las mujeres y de las comunidades al permitir que las mujeres tomaran mejores decisiones sobre su salud. Se llegó a la conclusión de que la aplicación de la Ley sobre Violencia Doméstica en Sudáfrica se podía atribuir en gran medida al éxito de la intervención (Usdin et al., 2005, Goldstein et al., 2005).

#### Ejemplo: campaña LoveLife en Sudáfrica

La campaña LoveLife en Sudáfrica es otro ejemplo de una campaña positiva para promover un comportamiento diferente al de las tendencias actuales de comportamiento de riesgo. Las carteleras LoveLife ponen en tela de juicio

---

<sup>50</sup> <http://www.menshealth.com> and <http://www.emhf.org>, <http://www.mhfs.org.uk/mhfs/research.php>

los supuestos de género relativos al dominio masculino en las relaciones sexuales y románticas entre los jóvenes y les proporciona una visión de género diferente, de relaciones equilibradas, equitativas y negociadas. LoveLife no es la única campaña de este tipo, pero es quizás la más innovadora en lo que se refiere a sus mensajes. Otras compañías de mercadeo social, como New Start, promueven el uso de condones, las pruebas de detección del VIH y la planificación de la familia, con esfuerzos para incorporar imágenes de un nuevo hombre responsable. El efecto de estos mensajes no se conoce bien y merece una evaluación más pormenorizada, pero valdría la pena en particular ver la forma en que la ampliación de los mensajes puede inducir cambios de comportamiento en otros ámbitos, además del reproductivo y sexual (Snow, 2007). Por ejemplo, para cambiar el comportamiento arriesgado de los niños y los hombres con respecto a los accidentes de tránsito, es necesario cambiar las normas actuales de género acerca de bravuconadas tales como conducir vehículos en forma agresiva, subirse y bajarse de autobuses en movimiento, apretujarse en vehículos atestados de pasajeros, no usar el cinturón de seguridad o el casco, conducir en estado de ebriedad, etc.

#### Ejemplo: movimiento “Madres contra la Conducción en Estado de Ebriedad” en los Estados Unidos

Las “Madres contra la Conducción en Estado de Ebriedad” (MADD) en los Estados Unidos han aumentado la conciencia sobre las contradicciones que resultan en una proliferación de muertes de jóvenes por accidentes de tránsito. Su investigación sobre la industria de las bebidas alcohólicas reveló que, si bien la industria gastó US\$ 23,2 millones en 2.379 mensajes generales sobre la responsabilidad en 2001, también gastó US\$ 812,2 millones en 208.909 avisos publicitarios que presentaban sus productos como atractivos y glamorosos. En 2002, los jóvenes de 12 a 22 años en los Estados Unidos tenían una probabilidad 128 veces más alta de ver un aviso publicitario de bebidas alcohólicas que un mensaje sobre la responsabilidad (WHO, 2007). Aunque MADD realizó grandes esfuerzos para ejercer presión política en el gobierno de los Estados Unidos para que se lleve a cabo una reforma, su labor de abogacía todavía queda eclipsada por la influencia política de la industria de las bebidas alcohólicas.

Además de abordar las políticas contradictorias que dan prioridad al consumo de alcohol y tabaco en vez de la salud pública, hay que trabajar más para mejorar directamente la seguridad vial. Eso incluye mejorar la infraestructura vial para reducir la congestión y aumentar la visibilidad, hacer cumplir los límites de velocidad, emplazar agentes de policía para imponer la disciplina en intersecciones muy transitadas, instituir programas graduados para el otorgamiento de licencias de conducción que adjudiquen puntos a los conductores que tengan una buena trayectoria y que descuenten puntos por conducir con imprudencia, crear cinturones de seguridad y cascos para todas las edades y promover su uso, y mejorar la capacidad de los servicios de atención de urgencia (WHO, 2007).

## VII. La política de género en los sistemas de atención de la salud

### VII.1. ¿Qué sabemos?

La OMS define los sistemas de salud como todas las actividades cuya finalidad primordial es promover, restablecer o mantener la salud (WHO, 2001). Dado el amplio contexto social, cultural y económico en el cual operan los sistemas de salud y las repercusiones que ciertos factores ajenos al sistema de salud pueden tener en la salud, los sistemas de salud no son solo “productores de salud y asistencia sanitaria”, sino también “proveedores de un conjunto más amplio de normas sociales y valores” (Gilson, 2003).

La *Red de Conocimiento en Sistemas de Salud*, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que se encargó de sintetizar datos probatorios que sirvieran de base para la acción del sistema de salud contra las causas fundamentales de las inequidades en el ámbito de la salud, incluidas las inequidades de género, hizo un análisis de la situación a partir de la definición amplia de sistemas de salud formulada por la OMS. El trabajo de la WGEKN en esta área complementa la labor de la *Red de Conocimiento en Sistemas de Salud* y se ha limitado a los *sistemas de atención de salud* (incluidos los servicios y la asistencia domiciliaria), en vez de abordar los sistemas de salud en general.

La Comisión considera los sistemas de salud como centros de acción para promover una mayor equidad en la salud. Sin embargo, los sistemas de salud en muchos países no han alcanzado un nivel adecuado en lo que se refiere a la salud básica o a la equidad en la salud en general, y la equidad de género en materia de salud en particular. Una razón es que muchos sistemas no prestan suficiente atención a las necesidades diferentes de las mujeres y los hombres en la planificación y el suministro de servicios de salud. Otra razón es que en el uso equitativo de la atención de salud influyen mucho las desigualdades de género en la sociedad que determinan si las necesidades y los problemas de salud de las mujeres se reconocen adecuadamente y si las familias están dispuestas a invertir por igual en la salud de niñas y mujeres. También influyen las restricciones desiguales de la movilidad física, el control desigual de los recursos económicos y la desigualdad en la adopción de decisiones. Asimismo, los servicios de salud tal vez no estén en condiciones de satisfacer las necesidades de salud de los hombres; por ejemplo, los servicios de salud reproductiva generalmente no están organizados como para propiciar la participación masculina.

Aunque el enfoque tradicional de los sistemas de atención de la salud tiende a estar orientado a la gestión, concentrándose en aspectos tales como la infraestructura, la tecnología, la logística y el financiamiento (Govender y Penn-Kekana, 2007), la WGEKN examinó el componente humano de los sistemas de atención sanitaria y las

relaciones sociales que caracterizan la prestación de los servicios. Más precisamente, se trata de un síntesis de los datos probatorios que muestran las diferentes maneras en que el sistema de atención de salud puede afectar a la equidad de género desde la perspectiva de las mujeres como consumidoras (usuarias) y productoras de servicios de atención de la salud (encargadas del cuidado de otras personas).

Tal como se describe en la próxima sección, la falta de *conciencia* (lo que la mujer, su familia y los proveedores de atención de salud saben sobre la existencia de un problema de salud) y *reconocimiento* (se puede y se debe hacer algo acerca del problema de salud) son barreras importantes para el *acceso* y el uso de los servicios de salud (George 2007b). El acceso depende, por consiguiente, de factores que afectan tanto el lado de la demanda (la forma en que las familias tratan a las mujeres que podrían ser usuarias y la forma en que las mujeres se ven a sí mismas) y el lado de la oferta (distintos aspectos de los proveedores). Las diferentes dimensiones del acceso a los servicios de atención sanitaria del lado de la oferta incluyen a) disponibilidad (por ejemplo, ubicación geográfica, disponibilidad de transporte, horario de atención y duración de la espera), b) asequibilidad (por ejemplo, el costo de la atención, incluido el costo del tiempo necesario para acudir al servicio) y c) aceptabilidad (por ejemplo, la brecha social y cultural entre los sistemas de atención de la salud y sus usuarios, que afecta las interacciones interpersonales y la calidad de atención, especialmente para los pobres, las mujeres y otras personas desfavorecidas) (Health Systems Knowledge Network Report, 2007). Por otro lado, la falta de mecanismos eficaces de *responsabilización* por los servicios y establecimientos de salud disponibles, asequibles, aceptables y de buena calidad puede obstaculizar seriamente la exigencia de las mujeres y su familia de que el gobierno y otros actores asuman la responsabilidad por las violaciones de sus derechos humanos a la salud (Erdman y Cook, 2007). En este informe, la responsabilización ante los ciudadanos con respecto al género y la salud se define como los procesos mediante los cuales los encargados de formular la política de salud y los proveedores interactúan con los ciudadanos, les responden y hacen cumplir las decisiones de manera de reducir las inequidades de género en la esfera de la salud (Caseley, 2003, Goetz, 2006, Murthy, 2007).

En las secciones siguientes veremos la forma en que los factores anteriores intervienen en los nexos de las mujeres con los sistemas asistenciales como consumidoras de servicios de salud. Como las relaciones de género también influyen en los sistemas de salud por medio de su efecto en la segregación ocupacional entre proveedores de servicios de salud, en las condiciones de trabajo y en los procesos de reglamentación, supervisión y gestión del personal de salud (George, 2007a), también examinamos las condiciones de trabajo de las mujeres proveedoras de atención de la salud. Por último, analizamos los diferentes mecanismos por los cuales los gobiernos promueven la responsabilización ante los ciudadanos y las brechas clave con respecto a la responsabilización en materia de género y salud.

### **VII.1.1. Las mujeres como consumidoras de servicios de salud**

Las mujeres en la mayoría de los lugares necesitan más servicios de salud que los hombres. Eso puede atribuirse en gran medida a su uso de servicios preventivos para anticonceptivos, exámenes del cuello uterino y otras pruebas de diagnóstico (Gijsbers van Wijk et al., 1996), pero también se puede atribuirse a problemas excesivos de salud que no son causados por la morbilidad reproductiva. Aunque en los países de ingreso bajo los problemas reproductivos y otras enfermedades crónicas desempeñan un papel importante en la explicación de las diferencias de género en lo que se refiere a la salud, es posible que las mujeres tengan menos acceso a los servicios de salud que los hombres (Puentes-Markides, 1992, Thaddeus y Maine, 1994, Vlassoff, 1994) debido a una serie de barreras individuales, familiares y comunitarias que se interponen entre ellas y su acceso a la atención de salud. Por ejemplo, como se dijo en la sección IV.1.1, las mujeres se consideran objetos en vez de sujetos (o agentes) en sus propios hogares y comunidades, lo cual se refleja también en los sistemas de salud con el criterio de promoción de los servicios de salud reproductiva. Las mujeres se consideran medios en el proceso de reproducción y como objetivos en el proceso de control de la fecundidad. No se proporcionan servicios a las mujeres como un fin en sí mismo. Aunque las mujeres se benefician del proceso, no constituyen su centro (Cook et al., 2003). Estas barreras son a menudo manifestaciones de la baja posición social de las mujeres y su falta de autonomía y derechos (Chatterjee, 1988).

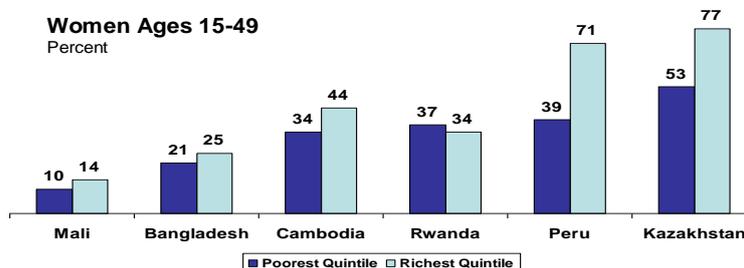
Primero, las propias mujeres, su familia y sus proveedores de atención de la salud deben *ser conscientes* de la existencia de un problema de salud. Tal vez consideren un problema de salud como un aspecto normal o natural de las características biológicas o las actividades diarias de las mujeres. Por ejemplo, ciertos tipos de trastornos, como el dolor crónico, la depresión y las infecciones genitales, quizá sean tan prevalentes que las mujeres y los proveedores de atención los consideren normales y hagan caso omiso de ellos (Iyer, 2005).

Segundo, aunque las mujeres sean conscientes de sus problemas de salud, tal vez se nieguen a *reconocer* el problema, optando por guardar silencio si temen reacciones adversas de la familia, la comunidad y los proveedores de atención de la salud. Por ejemplo, las adolescentes de Koppal, en la India (Iyer, 2005), y las mujeres jóvenes con tuberculosis en Viet Nam (Long et al., 2001, Johansson et al., 1999) no reconocen públicamente sus problemas de salud porque eso disminuiría sus probabilidades de casarse. En algunas culturas, las mujeres solteras con infecciones de transmisión sexual pueden sufrir un gran estigma como consecuencia de la reacción de proveedores de atención de la salud poco comprensivos, lo cual las lleva a no buscar atención. En algunas sociedades, las familias también pueden hacer caso omiso de las necesidades de salud de las mujeres debido a la indiferencia o al escaso valor que se atribuye a la vida o el bienestar de las mujeres. Eso puede afectar a todas las mujeres, pero especialmente a las mujeres infértiles (en los lugares donde se valora la fecundidad y se la considera como una responsabilidad de la mujer), las que no tienen hijos varones (en los lugares donde la norma social es la preferencia por los hijos varones) o las que han pasado los años reproductivos (especialmente si son viudas). La falta de

reconocimiento también puede influir en la decisión de los proveedores de servicios de salud de actuar o abstenerse de actuar a fin de promover servicios de salud para las mujeres o de abordar problemas tales como el riesgo materno o las emergencias obstétricas y otras necesidades fundamentales.

Tercero, incluso en los casos en que las mujeres y sus familias *reconocen* la necesidad de tratamiento, puede haber barreras sociales y económicas que impidan la utilización de los servicios de salud (Iyer, 2005). En estas consideraciones pueden influir las estructuras normativas con sesgos de género que rigen los hogares. Aunque se disponga de servicios de salud, es posible que las mujeres y las niñas no tengan acceso a ellos debido a la discriminación en el hogar, la asignación preferencial de recursos a las necesidades de salud masculinas o la exigencia del consentimiento de la pareja u otros miembros de la familia. En algunos lugares, las niñas suelen recibir más asistencia domiciliaria, de menor costo, que los niños (Lane SD, 1987) y también tienden más que los niños a sufrir un total descuido de sus necesidades de salud (Ahmed et al., 2000). Las familias pueden “racionar” los escasos recursos y favorecer a los niños y los hombres más que a las niñas y las mujeres, lo cual determina tasas más altas de falta de tratamiento o interrupción del tratamiento (Iyer, 2007, Sen et al., 2007a, Sen et al., 2007b). Las restricciones de la movilidad física y la necesidad de autorización del esposo o de otro miembro de la familia para utilizar el servicio de salud fuera del hogar son barreras importantes que se interponen entre las mujeres y su acceso a la atención. La figura a continuación muestra que, en los países seleccionados, solo un porcentaje pequeño de niñas y mujeres en edad fértil pueden tomar la decisión de buscar atención de salud. Eso ocurre en familias tanto ricas como pobres, aunque en algunos países, como Kazajstán y el Perú, las mujeres de familia rica tienen más libertad para tomar una decisión acerca del uso de servicios de salud que las mujeres de familias pobres (Gwatkin, 2003).

### Women Who Decide by Themselves to Seek Health Care



**Note:** Includes only those women who say that they alone have the final say in decisions to obtain their own health care.

Source: D.R. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson, E.A. Suliman, and A. Wagstaff, *Initial Country-Level Information about Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population, Volumes I and II* (Washington, DC: The World Bank, November 2003).

### Mujeres que toman la decisión de buscar atención sanitaria

Mujeres de 15 a 49 años

Porcentaje

|      |            |                   |        |                  |           |
|------|------------|-------------------|--------|------------------|-----------|
| Mali | Bangladesh | Camboya           | Rwanda | Perú             | Kazajstán |
|      |            | Quintil más pobre |        | Quintil más rico |           |

*Nota: incluye solo a las mujeres que dicen tener la última palabra en las decisiones sobre la atención de su salud.*

Fuente: D. R. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson, E. A. Suliman y A. Wagstaff, *Initial Country-Level Information about Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population, Volumes I and II* (Washington, DC: Banco Mundial, noviembre del 2003).

También puede haber barreras físicas y económicas que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud: establecimientos de salud muy alejados y falta de transporte, cobro de tarifas a los usuarios o falta de cobertura de seguros privados o públicos. Por ejemplo, los gastos del bolsillo del usuario en servicios de atención de salud públicos y privados llevan a muchas familias a la pobreza, especialmente en los países en desarrollo (Krishna et al., 2004b, Krishna et al., 2004a, Hung et al., 2001, Gottlieb, 2000, Russell y Gilson, 1997, Pannarunothai y Mills, 1997): es la “trampa de la pobreza médica” (Whitehead et al., 2001). Esta situación afecta desproporcionadamente a las mujeres porque tienen menos acceso a los recursos familiares y necesitan más servicios preventivos de salud reproductiva (Hanson, 2002, Gijsbers van Wijk et al., 1995). Los pagos bajo cuerda, la remisión de pacientes de un servicio público al propio consultorio privado, la exigencia de que los pacientes paguen medicamentos y suministros que deberían proporcionarse gratis y la recomendación de intervenciones innecesarias que pueden cobrarse son ejemplos de abusos a los cuales son sometidas las usuarias de los servicios, que a veces contribuyen a las defunciones maternas (Parkhurst y Rahman, 2007, George et al., 2005).

Cuarto, las mujeres en algunas culturas se muestran renuentes a usar los servicios de salud porque los proveedores de asistencia sanitaria, que a menudo están recargados de trabajo, no están bien remunerados, no son sensibles a la dimensión de género y no garantizan el respeto, la privacidad, la confidencialidad y la información acerca de las opciones con respecto al tratamiento (Bruce et al., 1998, George, 2007b, Govender y Penn-Kekana, 2007, Vlassoff, 1994). Hay indicios crecientes de los abusos físicos, verbales y económicos a los cuales las mujeres (y los hombres) pueden ser sometidos por los proveedores de atención (Govender y Penn-Kekana, 2007), así como una abundante bibliografía sobre los abusos físicos infligidos por el personal de salud a las mujeres durante el trabajo de parto (Freedman, 2005, Jewkes et al., 1998). El maltrato verbal de las mujeres parece estar relacionado a menudo con la suposición del personal de salud de que las mujeres transgredieron las normas de género y con la descarga de las frustraciones del personal en las pacientes (Kim et al. 2002).

En las sociedades sumamente patriarcales, las normas y las costumbres socioculturales o religiosas restringen el contacto social y físico entre las pacientes y los hombres que proveen atención (Govender y Penn-Kekana, 2007,

Holroyd et al., 2004, Rizk et al., 2005). En muchas culturas, las mujeres se muestran reacias a consultar con médicos varones. Por ejemplo, las mujeres que buscan atención prenatal en Arabia Saudita y Tailandia prefieren acudir a médicas (Nigenda et al. 2003). La falta de médicas, lo cual es en sí un reflejo del sesgo de género en las oportunidades educativas, es una barrera importante para la utilización de servicios de salud para muchas mujeres (Zaidi, 1996). Por esta razón, entre otras, las mujeres tal vez prefieran usar proveedores tradicionales incluso en los casos en que se disponga de otros servicios de atención de salud. Por ejemplo, en un estudio realizado en Colombia se comprobó que los hombres tendían más que las mujeres a cumplir con el tratamiento indicado por los servicios de salud. El personal sanitario no estaba suficientemente capacitado para reconocer y tratar los síntomas, y las mujeres no podían acudir a los servicios tan fácilmente (Allotey y Gyapong, 2005, Vélez et al., 1997).

### ***VII.1.2. Las mujeres como proveedoras de atención sanitaria***

Los recursos humanos, tanto formales como informales, forman parte de los sistemas de salud. La calidad, el compromiso y la dedicación de los proveedores de atención sanitaria son fundamentales para la salud y los sistemas de salud equitativos. La mayor parte del personal de salud está compuesto por mujeres y, aunque sus contribuciones a los sistemas de atención de la salud formales e informales son significativas (George, 2007a, Gupta et al., 2003, JLI, 2004, Ogden et al., 2006, Schindel J, 2006, WHO, 2006b), no se las valora ni se las reconoce en su justa medida. Esto ocurre en parte debido a que no se dispone de datos desglosados por sexo sobre la economía de la atención sanitaria.

*Las mujeres que se encargan de cuidar a otras personas en el sistema de salud* tienen menores probabilidades de ocupar cargos decisorios y tienden más a quedar desempleadas que sus colegas varones (De Koninck et al., 1997, Foster et al., 2000, Fox et al., 2006, Frenk et al., 1999, Kassak et al., 2006, Levinson et al., 1993, Magrane et al., 2005, Mayorova et al., 2005, Nigenda y Machado, 2000, UNIDO, 1989). En muchos estudios se ha comprobado que a menudo se espera que las mujeres se adapten a los modelos de trabajo masculinos que no tienen en cuenta sus necesidades especiales, como el cuidado de los hijos o la protección contra la violencia. Un estudio estadounidense reveló que hay más médicas que médicos con especializaciones en las cuales se acepta más que se ocupen de las responsabilidades familiares (De Koninck et al., 1997). Las mujeres tienden, más que los hombres, a trabajar a tiempo parcial para combinar el empleo lucrativo con las responsabilidades familiares (Foster et al., 2000, Fox et al., 2006, George, 2007b, Levinson et al., 1993, Mayorova et al., 2005). Un metaanálisis de estudios sobre suicidios de médicos reveló un riesgo más alto de suicidio entre las médicas (Schernhammer y Graham, 2004).

En algunos lugares, los sueldos bajos sumados a la falta de infraestructura y malas condiciones de trabajo conducen a la migración de recursos humanos valiosos y experimentados de países de ingreso bajo y mediano a países de ingreso alto (WHO, 2006b, Socio-Economic Welfare, 2002, Buchan et al., 2006, Gerein et al., 2006). En un estudio del Reino Unido se observó que 40% de las enfermeras que emigran de entornos de escasos recursos

son mayores de 40 años (Buchan et al., 2006), lo cual significa que es probable que estén mejor calificadas y tengan más experiencia.

En otros lugares, *trabajadores comunitarios de salud* pueden ser víctimas de violencia (Mumtaz et al., 2003, George, 2007a). Por ejemplo, en estudios realizados en el Pakistán (Mumtaz et al., 2003) y la India (George, 2007b), las trabajadoras comunitarias de salud informaron que a menudo las acosan cuando van a trabajar o cuando están trabajando. Debido al temor a la violencia física o sexual, dudan en atender pacientes obstétricas por la noche. Aunque los supervisores reconocen informalmente estos problemas, no los consideran como parte de sus funciones gerenciales oficiales (Mohan et al., 2003).

Se calcula que hasta 80% de toda la atención sanitaria y 90% de la atención de enfermedades relacionadas con la infección por el VIH/sida se proporciona en el hogar (Uys, 2003, WHO, 2000). En el contexto de la epidemia de la infección por el VIH/sida, se reconoce en general que las mujeres y las niñas son las principales encargadas del cuidado de los enfermos y asumen el mayor grado de responsabilidad por la atención psicosocial y física de la familia y la comunidad (Ogden et al., 2006). Sin embargo, las personas que se ocupan del cuidado de otras en su casa siguen sin contar con el apoyo y el reconocimiento del sector de la salud y los encargados de la formulación de políticas. No se han documentado en medida suficiente los efectos a corto y a largo plazo que la posición de las mujeres como *encargadas informales de cuidar a otras personas* tiene en ellas mismas y en su familia. En el corto plazo, los gastos familiares en servicios de salud fuera del hogar se reducen, mientras que el costo de oportunidades de su educación y participación en el mercado de trabajo es muy grande para las mujeres en el largo plazo, (Steinberg et al., 2002), además de los efectos directos en su salud cuando se encargan del cuidado de otras personas. En un estudio realizado en el Japón, las mujeres que cuidaban a otras personas en su casa tenían un puntaje más alto que los hombres en una situación similar en los rubros de carga de trabajo y depresión (Sugiura et al., 2004), y en los Estados Unidos su salud emocional era peor que la de los hombres que realizaban las mismas tareas (Navaie-Waliser et al., 2002). En Chile, las personas que cuidaban de otras en su casa dijeron que tenían insomnio, estrés, problemas estomacales, sensibilidad excesiva, ansiedad, tristeza, depresión, soledad, angustia y preocupación, pero pocas consultaban al médico acerca de sus necesidades y aún menos recibían tratamiento o terapia (Reca et al., 2002).

Los efectos a corto y a largo plazo de la posición de las mujeres como encargadas informales del cuidado de otras personas también se sienten en la reducción o eliminación de la protección social para las mujeres de países o segmentos de la población donde el acceso directo a la protección social en el campo de la salud y la seguridad social están vinculadas a la situación laboral: además de reducir la autonomía económica de las mujeres, la asignación de la función de cuidar a otras personas limita las oportunidades de las mujeres para tener un trabajo remunerado o las relega a ocupaciones de tiempo parcial o en sector informal que no ofrecen protección social. A fin

de abordar las inquietudes relativas a la justicia en la distribución de la atención no remunerada (entre las mujeres y los hombres, y entre las familias y las comunidades), es indispensable que los proveedores de atención sanitaria no remunerados gocen de plenos derechos como ciudadanos.

### **VII.1.3. Mecanismos de responsabilización para mejorar los servicios de salud**

Como ya se dijo, la falta de mecanismos eficaces de *responsabilización* por la disponibilidad de servicios de salud de buena calidad puede obstaculizar seriamente la capacidad de las mujeres y su familia para exigir que el gobierno y otros actores asuman la responsabilidad por las violaciones de sus derechos humanos a la salud (Cook y Ngwena, 2006). Se entiende que la responsabilización ante los ciudadanos con respecto al género y la salud es el conjunto de procesos mediante los cuales los encargados de formular la política sanitaria y los proveedores interactúan con los ciudadanos, les responden y hacen cumplir las decisiones de tal manera que se reduzcan las inequidades de género en la esfera de la salud (Caseley, 2003, Goetz, 2006). Para abordar la responsabilización, es importante que los gerentes de servicios de salud recopilen, analicen e interpreten regularmente datos desglosados por sexo y tomen medidas. Esto se trata más a fondo en la sección VIII sobre investigaciones de salud.

Murthy (2007) señaló los siguientes mecanismos por los cuales los gobiernos han promovido la responsabilización ante los ciudadanos:

**1) Estrategias que podrían aplicarse al sector de la salud** (promulgación de leyes progresivas sobre los derechos de los ciudadanos a la información y a participar en la política pública y la presupuestación).

**2) Estrategias que pueden extenderse al derecho de las mujeres y los hombres marginados de la salud**

(promulgación de leyes sobre el derecho a la salud; establecimiento de estructuras y procesos para que los ciudadanos puedan contribuir a la formulación de la política y los presupuestos en el ámbito de la salud; establecimiento de estructuras para que los ciudadanos puedan participar en la administración de los hospitales, en la prestación de servicios de salud y en las evaluaciones de la calidad de los consultorios y proveedores; establecimiento de mecanismos para la autorregulación de los profesionales de la salud, como consejos médicos y consejos de enfermería, y para proteger los derechos de los pacientes frente a los proveedores por medios tales como cartas de los derechos de los pacientes).

**3) Estrategias para promover la responsabilización en materia de género y salud ante los ciudadanos**

(promulgación de leyes para prohibir costumbres que infrinjan los derechos de las mujeres a la salud, como la mutilación genital femenina, el matrimonio de las niñas y la violencia doméstica; establecimiento de centros de mediación en materia de salud sexual y reproductiva y los derechos conexos; creación de comités nacionales y estatales con participación de grupos cívicos para contribuir a los programas de salud sexual y reproductiva y darles seguimiento).

En América Latina, hay varios casos de mecanismos de responsabilización relacionados con el género que tomaron la forma de observatorios. Algunos están administrados por la sociedad civil, otros por ministerios de asuntos de la

mujer, como en los casos de Colombia y Chile (Matamala, 2007), y otros por una combinación de ambos, como ocurre con los observatorios de la violencia de género creados en varios países.

Al analizar la eficacia de las medidas antedichas, es importante preguntar quién es responsable ante quién con respecto a qué, cómo y cuándo (Goetz, 2006, Murthy et al., 2005, George, 2003). Tal análisis revela brechas clave:

- *Hay pocos ejemplos de responsabilización de las instancias normativas públicas, el sector privado de la salud y los donantes ante los ciudadanos.* La mayoría de las estructuras y procesos de responsabilización se centran en el fortalecimiento de la responsabilidad del sector público de la salud y no del sector privado, las alianzas público privadas, los donantes y las organizaciones multilaterales. En el sector de la salud pública se presta mucha más atención a fortalecer la responsabilización de los proveedores de servicios de salud de nivel inferior (en particular, enfermeros y parteros) que de los encargados de la política sanitaria y los gerentes (Murthy et al., 2005).
- *Hay pocos ejemplos de responsabilización ante las mujeres, los hombres marginados, las minorías sexuales y los adolescentes.* Se suele colocar a todos los ciudadanos en una sola categoría y hay pocos mecanismos para lograr la responsabilización por la salud de estas personas (Elsley et al., 2005). Las ONG que tienen buenas relaciones con el gobierno a menudo son invitadas a participar en las estructuras de responsabilización, pero eso no ocurre con las organizaciones más orientadas a la defensa de los derechos, las cuales podrían cuestionar el statu quo.
- *Hay pocos ejemplos de responsabilización por problemas de género y salud polémicos y de baja prioridad, así como por la formulación de la política sanitaria y la presupuestación.* Los gobiernos han prestado mucha más atención a la responsabilización en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud que a la formulación de políticas, la planificación y la presupuestación (Murthy, 2007, Murthy et al., 2005). Tampoco han insistido mucho en la responsabilización con respecto a temas polémicos (como los servicios de abortos y los anticonceptivos para adolescentes).
- *Hay pocos ejemplos de estructuras, instrumentos y procesos de responsabilización sensibles a la dimensión de género.* Hay pocas estructuras, instrumentos y procesos de responsabilización para reducir las inequidades de género en la salud o promover los derechos de la mujer y de los hombres marginados de la salud. Varios son realmente insensibles a la dimensión de género (Murthy, 2007). Por ejemplo, las mujeres están poco representadas en las estructuras de salud comunitaria y no se crea capacidad en las estructuras para abordar problemas de género y salud. En consecuencia, estas estructuras no promueven la responsabilización para reducir las desigualdades de género en la salud (ARROW, 2005).

## **VII.2 Cambio en la forma de cuidar y curar**

En los últimos veinte años se observaron en todo el mundo fuertes tendencias internacionales hacia reformas del sector de la salud, a menudo relacionadas con prescripciones de política centradas en reformas institucionales y financieras. Aunque las reformas como la descentralización, la integración de servicios, el financiamiento, la privatización, la organización y gestión, y el establecimiento de prioridades varían considerablemente de un país a otro y de una región a otra, el objetivo declarado en la mayoría de los países fue aumentar la eficiencia, la equidad y la eficacia del sector de la salud (Östlin, 2005).

Las reformas fueron preconizadas por el Banco Mundial, que justificó los cambios estructurales en el sector de la salud en el hecho de que no se había logrado mejorar los sistemas de salud debido a la falta de alineación entre la acción del gobierno y las metas de desarrollo económico (Onyango, 2001). Las fuerzas que impulsan estas reformas varían, pero la limitación de los recursos públicos combinada con rápidos cambios demográficos y tecnológicos, a menudo sirven para justificar el cambio deseado (Eriksson, 2001, Berman y Bossert, 2000). Por ejemplo, la principal fuerza impulsora de la reforma del sector de la salud en el África subsahariana, en la cual suelen influir los donantes, fue la grave crisis de los presupuestos del sector de la salud, la escasa capacidad para administrar y reglamentar el sector de la salud de forma sostenible y equitativa, y la participación limitada de la sociedad civil (Standing, 2002). Las reformas en África incluyeron la introducción de nuevos mecanismos de financiamiento, como el cobro de cargos a los usuarios, fondos rotatorios para medicamentos y otros sistemas financieros administrados por la comunidad, así como el uso de listas de medicamentos esenciales para aprovechar al máximo los recursos. En las Américas, la reforma del sector de la salud abarca cambios institucionales: descentralización, privatización, reforma de los sistemas de seguridad social y separación entre el financiamiento y la prestación de servicios de salud (Batthyany y Correa, 2007). En el Brasil, estas reformas se realizaron con una fuerte participación de organizaciones de la sociedad civil, pero eso no ocurrió en todos los países (Batthyany y Correa, 2007, Tajer, 2003). Las reformas en Asia sudoriental han consistido en la descentralización y la mejora de los mecanismos de financiamiento (Sharma, 2000). En la mayoría de los países europeos se necesitaron reformas para dar cabida a los rápidos aumentos de los costos de los productos farmacéuticos y proporcionar atención a largo plazo y domiciliaria (Council of Europe, 2003, Saltman, 2002). En consecuencia, en las reformas se puso de relieve la contención de costos y el uso de la competencia administrada para aumentar la eficiencia. También se ha tratado de aumentar la responsabilización de los sistemas de salud por medio de legislación internacional y nacional, enfoques sectoriales amplios impulsados por los donantes e instrumentos de vigilancia comunitaria. La calidad de las relaciones entre proveedores y clientes también ha recibido atención en cuanto a sus repercusiones en la utilización de servicios.

Independientemente del contexto nacional y regional en el cual se llevan a cabo, las reformas del sector de la salud tienen consecuencias fundamentales para la igualdad de género y para la vida y el bienestar de las personas como pacientes en entornos de atención de salud formal e informal, como proveedores remunerados y no remunerados de atención, como administradores de la atención sanitaria y como encargados de adoptar decisiones. Sin embargo,

las reformas del sector de la salud que se ejecutaron en muchos países tendieron a centrarse en sus implicaciones repercusiones para los pobres, y rara vez se analizaron o tuvieron en cuenta sus consecuencias para la equidad de género en general y la atención de la salud en particular (PAHO, 2001). El informe de la *Red de Conocimiento en Sistemas de Salud* señala que la equidad de género no se aborda adecuadamente y la información sobre las repercusiones de las intervenciones en la equidad en el ámbito de la salud no está desglosada por sexo en la principal base de datos probatorios en el campo de la salud.

Los pocos análisis de género que se hicieron de los programas de reforma del sector de la salud indican que muchas de las reformas pueden afectar a las mujeres de forma diferente que a los hombres, porque las mujeres necesitan más atención de salud debido a sus funciones reproductivas, su mayor vulnerabilidad social, cultural y financiera, y su mayor participación como proveedoras de atención en los sectores formal e informal de la salud (Evers y Juárez, 2003, Ford Foundation, 2003, Mackintosh y Tibendebage, 2004, Neema, 2005, Onyango, 2001, Standing, 1997, Standing, 2000, Östlin, 2005). Los datos probatorios presentados en la sección VII.1, que muestran los numerosos problemas que las mujeres todavía tienen que enfrentar en muchos países en su interacción con los sistemas de salud, parecen indicar que las estrategias, políticas e intervenciones de reforma del sector de la salud introducidas en los últimos veinte años tuvieron un éxito limitado en lo que se refiere a mejorar la equidad de género en materia de salud. *A fin de reducir al mínimo el sesgo de género en los sistemas de salud, se necesitan enfoques sistemáticos de la concientización y la transformación de valores entre los proveedores de servicios, medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud y mecanismos de responsabilización.* Hay varias políticas, intervenciones y acciones eficaces y prometedoras en todo el mundo; de ellas se pueden extraer enseñanzas importantes de política para la acción futura orientada a abordar los sesgos de género en los sistemas de salud. En las secciones siguientes examinamos las políticas, estrategias e intervenciones que influyen en 1) la conciencia y el reconocimiento de las necesidades de la salud de la mujer, 2) el acceso a la atención sanitaria y 3) la responsabilización de los sistemas de salud ante los ciudadanos.

### ***VII.2.1 Aumentar el grado de conciencia sobre los problemas de salud de las mujeres y mejorar su reconocimiento***

La falta de conciencia y de reconocimiento de las necesidades de salud específicas de las mujeres se debe en gran medida a sesgos de género que conducen al descuido y a la baja prioridad. Los sesgos de este tipo pueden institucionalizarse en forma de indiferencia en los sistemas de salud, plasmados en partidas presupuestarias, sistemas de supervisión, modelos de dotación de personal, asignación de medicamentos, programas de capacitación, etc., que no tienen en cuenta estos aspectos (George et al., 2005). Se necesitan las siguientes acciones para aumentar la conciencia y lograr que los sistemas de salud reconozcan la salud de la mujer:

1) *Desarrollar las aptitudes y la capacidad de los profesionales de la salud en todos los niveles del sistema de salud para entender y aplicar las perspectivas de género en su trabajo.*

Una exigencia importante para abordar la indiferencia institucional en los sistemas de salud es la incorporación de la conciencia de género y la sensibilización en la capacitación básica y la educación continua de los proveedores de atención de la salud (Govender y Penn-Kekana, 2007), incluso los voluntarios de la comunidad (Nsabagasani et al., 2007, Kallander et al., 2006).

Ejemplo: “Trabajadores de salud para el cambio”

El proyecto “Trabajadores de salud para el cambio” se aparta de la capacitación convencional sobre comunicación interpersonal que no tiene en cuenta el género. En cambio, usa un enfoque de investigación y aprendizaje participativos para lograr mejoras en la calidad de la atención, haciendo hincapié en la necesidad de sensibilidad de género en los servicios de salud (Fonn y Xaba, 2001). La intervención, ideada por el Proyecto de Salud de la Mujer en Sudáfrica, también se probó en otros cinco países africanos (Uganda, Zambia, Mozambique, Kenya y Senegal), la Argentina (Onyango-Ouma et al., 2001) y, recientemente, el Pakistán (Shaikh, 2006). El proyecto efectúa varias contribuciones importantes. En primer lugar, proporciona un espacio para que los proveedores entiendan la forma en que el género y otros problemas sociales inciden en su vida. En segundo lugar, puede mejorar la relación entre proveedores y pacientes. Por último, demuestra el potencial para mejorar el desarrollo de los sistemas de salud incorporando consideraciones de género (Vlassoff y Fonn, 2001).

Ejemplo: programas de capacitación para enfermeras de atención primaria de salud en las zonas rurales de Sudáfrica

En las zonas rurales de Sudáfrica, se ofrecen programas de capacitación para enfermeras de atención primaria de salud a fin de ayudarlas a reconocer las necesidades de salud y los problemas de la mujer relacionados con la violencia doméstica. Con la ayuda de una ONG que trabaja para combatir la violencia doméstica, se organizaron debates sobre las actitudes y creencias con respecto a diferentes formas de abuso (físico, sexual, psicológico y económico), las percepciones de las enfermeras de la respuesta a la violencia de género y las experiencias personales vinculadas a la violencia de género. Las enseñanzas de intervenciones similares se pueden aprovechar en la formulación y ejecución de programas de capacitación encaminados a aumentar la conciencia y la capacidad en otros sectores, tales como el de bienestar, la policía y los sistemas judiciales (Kim et al. 2002).

La *transformación del programa de enseñanza de la medicina* es una medida clave para aumentar la capacidad de los proveedores de atención sanitaria en el análisis de género y la capacidad de respuesta. Su eficacia se ha comprobado en estudios de evaluación (Verdonk et al., 2005). Tradicionalmente, en el campo de la medicina y la formación médica, la anatomía y la fisiología masculina se consideraban como la norma, mientras que las de las mujeres seguían estando precariamente representadas en las ilustraciones de anatomía no reproductiva

(Lawrence y Bendixen, 1992) y en los libros de texto de medicina en términos más generales. Eso ha conducido al descuido de la importancia del sexo y el género en la explicación de las diferencias entre los hombres y las mujeres, y ha contribuido a inequidades de género en el tratamiento médico (Reichenbach y Brown, 2004, García-Moreno, 2002). En varios países se ha tratado de transformar el programa de enseñanza de la medicina, que es de índole biomédica y está centrado en el hombre.

#### Ejemplo: incorporación de la perspectiva de género en la formación médica en Kerala, Argentina y Ontario

En el estado de Kerala, en la India, se ha elaborado un programa de tres años de sensibilización sobre cuestiones de género para profesores de la facultad de medicina que complementa los textos médicos tradicionales. Esta iniciativa ahora se ha introducido en otros estados de la India. Su meta es eliminar los sesgos de género de los proveedores en la prestación de servicios de salud (Jesani y Madhiwalla, 2002). La Facultad de Medicina de la Universidad de Rosario, en Argentina, cambió el programa de estudios en 2001: incorporó la dimensión de género como eje transversal de la formación académica (WHO, 2006a). En el Proyecto de Programas de Estudios en Colaboración sobre Género y Salud participan profesores y estudiantes de las seis facultades de medicina de Ontario, así como miembros de los Comités de Educación de Pregrado y Cuestiones de Género del Consejo de Facultades de Medicina de Ontario (COFM), que colaboran en la creación de un recurso centrado en el papel de género en la enseñanza de la medicina. El proyecto procura mejorar la atención de la salud, tanto de las mujeres como de los hombres, por medio de un programa de estudios médicos en Internet basado en la colaboración, que integra el género y la salud en todos los aspectos de la enseñanza de la medicina. Este programa integrado será un recurso provincial común que podrán usar todas las facultades de medicina de Ontario (Ontario Women's Health Council, 2007).

*2) Proporcionar información acerca de las enfermedades y asegurar la confidencialidad y el tratamiento respetuoso de los proveedores al integrar el género en los programas para explicar los aspectos básicos de los tratamientos orientados a concientizar, contrarrestar los estigmas y empoderar a los pacientes en sus interacciones con los proveedores.*

La educación de los pacientes y los conocimientos básicos sobre la salud<sup>51</sup> están recibiendo atención creciente como medida eficaz para dar a los pacientes de todas las edades el poder de exigir la información necesaria que les permita tomar decisiones fundamentadas acerca de las opciones con respecto al tratamiento (Govender y Penn-Kekana, 2007). La Convención sobre los Derechos del Niño señala las obligaciones de los sistemas de salud de tratar a los adolescentes y los niños de acuerdo con el grado de evolución de su capacidad para entender la naturaleza de los servicios de salud y los tratamientos.

---

<sup>51</sup> Los conocimientos básicos sobre la salud consisten en la capacidad para obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos necesarios para tomar decisiones apropiadas con respecto a la salud (véase RATZAN, S. C. & PARKER, R. M. [2000] Introduction. En C.R. SELDEN, M. Z., S.C. RATZAN, R.M. PARKER [Ed.] *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*, NLM Pub.No.CBM 2000-1. Bethesda, MD: Institutos Nacionales de Salud, Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos.)

### Ejemplo: iniciativa “Formación de pacientes inteligentes” en Indonesia

La iniciativa “Formación de pacientes inteligentes” de Indonesia fue una intervención creada con la finalidad de enseñar a los usuarios a comunicarse más abiertamente con los proveedores de los servicios de planificación de la familia. El educador proporcionaba instrucción individual sobre tres temas básicos: hacer preguntas, expresar inquietudes y pedir aclaraciones. La formación de pacientes inteligentes redujo las diferencias en la comunicación activa por tipo de usuario, edad y grado de confianza en sí mismo, pero amplió las diferencias en la educación de y la clase socioeconómica de los usuarios. La formación consistió en que los proveedores de información proporcionaran la información más adaptada a los pacientes. Sin embargo, la intervención no tuvo una influencia significativa en las tasas de continuación del uso de anticonceptivos (Kim et al., 2003).

### **VII.2.2 Mejorar el acceso de las mujeres a la atención de salud**

*A fin de que se puedan establecer y fortalecer sistemas de atención de la salud equitativos que satisfagan las necesidades de las mujeres como usuarias y como proveedoras de atención formal e informal, las instancias normativas deben eliminar las barreras financieras, físicas y culturales para el acceso de las mujeres a la atención sanitaria de buena calidad. Como se menciona en la sección VII.1, en muchos países en desarrollo los servicios de salud y la infraestructura siguen siendo débiles o están deteriorándose, y los servicios son inasequibles, situación que afecta desproporcionadamente a las mujeres. La inadecuación y falta de asequibilidad de los servicios de salud se multiplican por barreras físicas y psicológicas a la atención. Las siguientes medidas son importantes para eliminar las barreras impuestas a las mujeres para acceder a la atención:*

- 1) Proporcionar atención de salud integral y esencial, accesible para todos los integrantes de la comunidad de una manera aceptable y asequible, con la participación de las mujeres, tal como se prevé en los principios de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud*

La Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud de 1978, se basaba en la necesidad de equidad y la justa distribución de los recursos según las necesidades. Aunque debido a la falta de compromiso el potencial del cambio prometido por la atención primaria de salud integral no se convirtió en realidad y no se alcanzó la meta de “salud para todos en el año 2000”, se pueden extraer enseñanzas de los países que realizaron algunos avances con el modelo de atención primaria de salud (Allotey, 2005). Por ejemplo, en Indonesia y otras partes de Asia sudoriental se formaron y mantuvieron agentes sanitarios de la comunidad y parteros calificados por medio de la asignación de recursos para la capacitación de parteros. Además, se reconoció formalmente la importancia de su contribución al sistema nacional de salud mediante la creación de trayectorias profesionales estructuradas (Allotey, 2005, Sherratt, 1999, Geefhuysen, 1999).

Los principios del marco de atención primaria de salud se deben usar para extender los límites actuales hacia el desarrollo de sistemas de salud accesibles, aceptables y asequibles para todos, y que pudieran abordar la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Allotey, 2005). Por ejemplo, en el área de la reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad maternas, que es el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cambio orientado a la atención obstétrica de emergencia requerirá el establecimiento de centros de atención a nivel comunal, municipal y urbano. Para tales centros se necesitarán inversiones en infraestructura y personal. Dado que la atención obstétrica de emergencia representa un cambio de paradigma con respecto a los antiguos métodos de prevención y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la infraestructura y el personal capacitado quizá sean mínimos o no existan en muchos países. Esto exigirá verdaderos aumentos del gasto público para la atención de la salud, que es algo que revertirá la tendencia descendente del gasto.

2) *Asegurar que no se cobren tarifas a los usuarios en el punto del acceso al servicio de salud y evitar el empobrecimiento de las mujeres al cumplir las reglas para que pagan los usuarios a la capacidad de pago de las mujeres.*

A nivel nacional, se realizaron algunos intentos para superar las barreras del costo y la asequibilidad de los servicios de salud para las mujeres. Por ejemplo, tanto en Sudáfrica como en Sri Lanka se prestan servicios de salud maternos e infantiles gratuitos. Los datos probatorios disponibles constituyen argumentos sólidos en favor de la eliminación de las tarifas que pagan los usuarios y el establecimiento de la cobertura universal para las embarazadas, en particular para la atención obstétrica. Para tener éxito, los gobiernos también deben compensar los ingresos perdidos como resultado de abolir las tarifas que pagan los usuarios. En los lugares donde hay planes de seguro, se debe incluir la atención materna en el conjunto de prestaciones y formular los planes de forma cuidadosa para que las personas más pobres puedan acogerse a ellos (Borghini et al., 2006). Los estudios realizados en países africanos revelan que, aunque muchas mujeres pobres estén exentas del pago de honorarios, hay pocos incentivos para que los proveedores apliquen las exenciones, ya que ellos también se ven afectados por la situación restrictiva de la economía y los servicios de salud (Nanda, 2002).

3) *Ofrecer atención a las mujeres teniendo en cuenta sus necesidades, el tiempo de que disponen y otras limitaciones*

Aunque se disponga de servicios asequibles para los pobres en general, podrían estar fuera del alcance de las niñas y las mujeres. En algunos entornos se trata de un problema de distancia o de acceso a medios de transporte que haga imposible que las niñas o las mujeres vayan a los centros de salud, en particular en los lugares donde los tabúes de género limitan la movilidad de las mujeres o su interacción con proveedores varones de atención. La

mejora de los centros de salud locales (comunitarios), el establecimiento de sistemas para el transporte fiable de urgencia y la posibilidad de que las mujeres y quienes las atienden estén cerca de un establecimiento de salud pueden ayudar a cerrar esta brecha (WHO, 1998). Estas medidas han dado buenos resultados en países tales como Cuba, Sri Lanka, Uganda y, en Bangladesh, con el proyecto Matlab. Se podrían salvar muchas vidas con la prevención y la atención eficaz de complicaciones del embarazo y el parto. Para eso es necesario mejorar el acceso a un partero capacitado en el momento del parto y a la atención obstétrica de emergencia, y mejorar el sistema de remisión de casos para que las mujeres con complicaciones puedan recibir atención de urgencia oportuna.

La actitud sentenciosa de los proveedores, la falta de privacidad y confidencialidad, y en algunos casos la negación de atención, en particular en el contexto de los servicios de salud sexual y reproductiva, ya han sido descritos como barreras importantes al acceso, especialmente para las mujeres solteras, los hombres y los adolescentes. Eso contribuyó a la introducción de servicios más orientados a los adolescentes y a la dimensión de género con formatos diversos: consultorios solo para jóvenes o para hombres, servicios solo para mujeres en el marco de los servicios existentes, servicios comunitarios y de divulgación, y horarios de atención diferentes como parte de los servicios actuales (Govender y Penn-Kekana, 2007).

Las iniciativas de “*servicios centrados en las mujeres*” han adoptado varias formas:

#### Ejemplos: “Señoras de la salud” en Pakistán y proyecto Kumar Warmi en Bolivia

Las “Señoras de la salud” en Pakistán proporcionan servicios domiciliarios a las mujeres que tienen problemas de movilidad y, en consecuencia, de acceso a los servicios. Esta iniciativa de Pakistán para satisfacer esa necesidad fue eficaz para aumentar la utilización de los servicios y para mejorar el uso de anticonceptivos y la salud de la comunidad (Douthwaite y Ward, 2005). El proyecto Kumar Warmi (que en aymará quiere decir “mujer sana”), en Bolivia, muestra la forma en que los servicios centrados en las mujeres pueden ayudarlas a superar las percepciones negativas de la relación entre médico y cliente por medio de procesos educativos, decisiones compartidas y la vinculación con grupos de mujeres (Paulson et al., 1996).

En otros casos, se trata de la integración de servicios de salud, que puede tomar la forma de consultorios o personal con fines múltiples, la adición de servicios nuevos para atender a una población de clientes más diversa (por ejemplo, ampliación de los servicios de planificación de la familia para incluir a hombres y adolescentes) y la adición de servicios de salud reproductiva nuevos (por ejemplo, para la infección por el VIH/sida) a los servicios de salud reproductiva que ya existen (por ejemplo, de salud maternoinfantil) (DePinho et al., 2005). La integración se basó en el punto de vista de los pacientes en términos de conveniencia de tiempo (en una visita todo los servicios que necesita) que le puede permitir el acceso a servicios de salud reproductiva y de otros tipos, y acceso simultáneo a la atención de los niños en el mismo establecimiento. En segundo lugar, integrar la prevención de las ITS con los

servicios de salud reproductiva, en vez de ofrecer servicios de ITS separados, también puede brindar más privacidad y reducir el estigma.

Se pueden promover *servicios amistosos para los hombres* con salas de espera separadas, proveedores de servicios varones, salas de examen separadas y consultorios para hombres solamente.

#### Ejemplo: Clínica para el Hombre de Profamilia en Colombia

La Clínica para el Hombre de Profamilia, en Colombia, representa uno de los intentos más logrados de aumentar el acceso de los hombres a servicios integrales de salud reproductiva por medio de consultorios solo para hombres. La calidad de la atención y la sensibilidad de género en la interacción entre proveedores y pacientes son fundamentales para la prestación de los servicios. Se capacita al personal sobre creencias personales y culturales acerca de la masculinidad y se lo impulsa a reflexionar sobre su propia actitud con respecto al género y su influencia en la interacción con los pacientes. En una evaluación de la calidad de la atención de los consultorios realizada en 1997, se observó que los médicos tenían menos tiempo para participar en los cursos de capacitación y tendían a encarar a los usuarios exclusivamente desde el punto de vista del tratamiento de enfermedades. Una observación interesante fue la importancia que los pacientes atribuyeron a la privacidad y la confidencialidad (AVSC, 1997).

En los programas de las principales organizaciones internacionales de planificación de la familia y salud reproductiva, como el EngenderHealth de COPE (servicios orientados al cliente y con proveedores), el Enfoque de la Salud Reproductiva Centrado en el Cliente del Consejo de Población, la iniciativa Maximización del Acceso y la Calidad de la USAID, así como en las estrategias más recientes plasmadas en el Instrumento para la Adopción de Decisiones por los Usuarios y Proveedores de Servicios de Planificación de la Familia creado por la OMS y el Proyecto INFO de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, se adoptó el enfoque de los servicios centrados en el cliente (tanto hombres como mujeres), apartándose de las metas establecidas por el gobierno o los proveedores. Estas intervenciones incorporan el género mediante la participación de los hombres en la planificación de la familia y la atención de la salud reproductiva, el asesoramiento a las parejas y los servicios orientados específicamente a los hombres (RamaRao y Mir, 2004, Young et al., 2003, Kim et al., 2003, Ringheim, 2002).

Los ejemplos anteriores muestran que los servicios de salud universales proporcionados a todas las personas sobre la base de las mismas normas no siempre son apropiados o equitativos cuando se trata de la atención de mujeres y hombres, niñas y niños. Los servicios de salud a veces deben prestar más atención a los más necesitados o a aquellos que corren un riesgo más alto. La equidad de género en materia de salud exige políticas que garanticen que los hombres y las mujeres sean tratados por igual en los casos en que tengan necesidades en común y que, en los casos en que sus necesidades sean diferentes, se las aborde en forma equitativa.

4) *Mejorar la calidad y el acceso de las mujeres a la atención sanitaria aumentando la equidad de género para el personal de salud de todos los niveles*

En vista de la función crucial que desempeñan las mujeres en la atención sanitaria, es importante que las políticas y los programas *reconozcan las contribuciones de las mujeres* al sector de la salud, no solo en el sector formal, sino también a través de su trabajo informal. Las mujeres, como proveedoras de atención auxiliar, voluntaria e informal de servicios de salud necesitan múltiples nexos con los sectores formales y profesionales: capacitación, supervisión, reconocimiento, apoyo y sistemas de referencia que funcionen bien y que las pongan en contacto con fuentes de medicamentos, equipo y pericia.

También es necesario abordar las inquietudes relativas a la justicia en la distribución de la atención no remunerada entre las mujeres y los hombres y entre las familias y las comunidades, así como el efecto diferente de esta distribución en la salud, el bienestar y la protección social de las personas de ambos sexos. Para que el trabajo no remunerado de cuidado de otras personas que realizan las mujeres cuente, hay que **contarlo** en las estadísticas, **contabilizarlo** en las representaciones del funcionamiento del sistema en la economía sanitaria y **tenerlo en cuenta** al formular políticas.

Es necesario promover la *participación de las mujeres* en el proceso de formulación de políticas y toma de decisiones en el campo de la salud, lo cual aumentará la probabilidad de que la planificación y la prestación de los servicios sean sensibles a la dimensión de género.

Hay que dar seguimiento regularmente a los *problemas de igualdad de las mujeres entre el personal sanitario*, como igualdad de remuneración, condiciones de trabajo decentes y representación en la gestión y el liderazgo.

5) *Incorporar el género en las auditorías clínicas y otras medidas de vigilancia de la calidad de la atención*

Todos los sistemas de salud necesitan una estrategia clara para evaluar las diferentes repercusiones de la atención de salud en las mujeres y los hombres. Un plan de seguimiento y evaluación con orientación de género permite a los profesionales de la salud indicar claramente los efectos del proyecto o el programa en las mujeres y los hombres, medir directamente la eficacia de un proyecto o programa para ambos sexos y tomar las decisiones de gestión que sean necesarias (Doyal, 1998).

En un examen realizado por la OMS de 17 instrumentos de género, se indicaron ocho herramientas prácticas para el seguimiento y la evaluación de la calidad de la atención sanitaria desde una perspectiva de género (Klugman, 2002): Women-centred and Gender-sensitive Experiences: Health Resource Kit (*ARROW*); Guide to Gender and

Development (*AusAID*); Guide to Gender Sensitive Indicators and The Why and How of Gender Sensitive Indicators—A Project Level Handbook (*ACDI*); Gender Equality Mainstreaming (GEM) Information Resource (*DPDI*); Gender and Health Curriculum Outlines (*Secretaría del Commonwealth*); Guidelines for the Analysis of Gender and Health (*Facultad de Medicina Tropical de Liverpool*); Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector (*OSDI*); y Gender and Health—Technical Paper (*OMS*).

### **VII.2.3 Fortalecimiento de la responsabilización de los sistemas de salud ante los ciudadanos**

Los mecanismos de responsabilización permiten que tanto los proveedores como los pacientes determinen cuáles políticas sanitarias e instituciones funcionan bien y cuáles no, quién es responsable de hacer qué, si lo ha hecho y, en caso contrario, por qué no (Cook y Ngwena, 2006). Para eso se necesita transparencia con respecto a la magnitud de la asignación de recursos para los servicios necesarios y a los responsables de su administración. Los administradores y los políticos se deben responsabilizar no solo por la aprobación de establecimientos y servicios nuevos, sino porque funcionen bien en la práctica con la provisión de insumos y una gestión flexible. Los análisis de presupuestos y las evaluaciones de la prestación de los servicios que detallan la infraestructura real de los servicios básicos de salud, el personal, el equipo y los medicamentos en forma sistemática son tareas cruciales que es necesario llevar a cabo y apoyar (George et al., 2005). Estas evaluaciones tienen un costo. Para implantar mecanismos eficaces de responsabilización es necesario eliminar las barreras que impiden que las mujeres efectúen reclamos: estos mecanismos se deberían estructurar de forma tal que la participación de las mujeres no constituya una carga injusta. Los procesos de responsabilización son una parte importante del marco jurídico para garantizar el acceso de las mujeres a la atención de salud (Cook y Ngwena, 2006).

En la sección siguiente se presentan varios ejemplos de formas de fortalecer la responsabilización de los sistemas de salud:

- 1) *Mejorar la responsabilización de los encargados por la formulación de la políticas sanitarias y con respecto a problemas de salud polémicos*

Los grupos cívicos han usado instrumentos internacionales tales como la CEDAW, el ICESCR y la ICPD para insistir en la liberalización de las leyes que restringen el aborto (por ejemplo, en Nepal) y proteger las leyes progresivas que prohíben la mutilación genital femenina (por ejemplo, en Egipto). En Sudáfrica, los grupos cívicos recurrieron a la cláusula 59.1 de la Constitución, según la cual el Parlamento debe facilitar la participación del público en la formulación de leyes y políticas, para preconizar leyes liberales sobre el aborto y leyes sobre la violencia contra la mujer. En la India, los grupos cívicos recurrieron a litigios de interés público a fines de los años ochenta y en los años noventa para derogar la política que permitía el uso de mujeres pobres en ensayos clínicos de anticonceptivos

hormonales inyectables que podían ser nocivos. Los grupos cívicos también usaron la nueva infraestructura de ayuda, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (por ejemplo, en Rwanda) y el enfoque sectorial amplio de la salud, a fin de presionar para que se aborden los factores sociales determinantes de la salud de la mujer (como los derechos de las mujeres a poseer tierras, la reducción de labores monótonas para las mujeres de Rwanda) y las necesidades de salud específicas de las mujeres y los hombres (por ejemplo, los servicios de tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias y las ITS, atención prenatal, atención obstétrica básica de emergencia, selección de anticonceptivos). El factor clave para influir en la reestructuración de los sistemas de salud en Bangladesh fue claramente la participación de la sociedad civil, que permitió a un gran número de mujeres, en particular mujeres pobres, intervenir en la formulación de las reformas (Jahan, 2003).

### *2) Fortalecimiento de la responsabilización de los consultorios y los proveedores privados con respecto al género y la salud*

Las mujeres son importantes usuarias de los servicios de salud proporcionados por el sector privado en todas sus formas y para todo tipo de trastornos. Es necesario reglamentar y vigilar estos servicios a fin de que iniciativas tales como la contratación y las concesiones funcionen realmente para las mujeres.

#### Ejemplo: Campaña contra el Aborto Selectivo por el Sexo en la India

En Tamil Nadu (India), en la Campaña el Aborto Selectivo por Sexo (CASSA), los ciudadanos usan varias estrategias innovadoras para vigilar los consultorios privados y la observancia de los proveedores de la Ley de pruebas y diagnóstico prenatales. Una de ellas es que las embarazadas que participan en la campaña exijan que los consultorios y proveedores privados que revelan el sexo del niño o que realizan abortos determinados por el sexo del feto cumplan con la ley, protegiendo al mismo tiempo el derecho de la mujer al aborto por otros motivos. También se exige una lista de los consultorios privados inscritos ante las autoridades distritales y estatales en el marco de la ley y se proporciona al gobierno una lista de consultorios no inscritos para que se tomen las medidas apropiadas. En los lugares donde hay representantes de la campaña en los comités distritales, estos se pueden cerciorar de que se tomen medidas contra los consultorios no inscritos (Gupte, 2003).

### *3) Reducción de las jerarquías de poder de género y de otros tipos*

#### Ejemplo: sistema de vigilancia comunitaria en Uganda

La Red para la Deuda de Uganda, que es una red nacional de la sociedad civil, usó un sistema comunitario de seguimiento y evaluación (integrado en un 40% por mujeres) para dar seguimiento a los servicios de salud, de educación y de otros tipos en dos subdistritos, a fin de que se ciñeran a las normas de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza relativas al suministro de servicios. Como consecuencia, mejoró la calidad de la atención,

aumentó el número de camas en las salas de parto y se eliminaron los cargos que pagan los usuarios en un subdistrito, lo cual benefició a las mujeres en particular en vista de las desigualdades en el acceso a ingresos.

Ejemplo: concientización de las mujeres y reivindicación de servicios en Bangladesh, Argentina y Perú

En Bangladesh, el grupo Naripokko de defensa de los derechos de la mujer trata de concientizar a las mujeres pobres sobre los servicios que deben estar disponibles en Upazilla (a nivel de subdistrito) y de aumentar su capacidad para plantear reivindicaciones en los comités de salud de Upazilla. También procura mejorar la sensibilidad de género de los comités de salud de Upazilla, así como de los proveedores, y mostrar a los medios de comunicación locales los problemas de salud que afectan específicamente a las mujeres. Como consecuencia, aumentó el número de médicos (incluso un ginecólogo) y la asistencia en los consultorios, en tanto que se redujo la espera. Ello llevó a mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna.

En la Argentina, los grupos de mujeres que intervienen en el proceso participativo de presupuestación de los concejos municipales negociaron mejores guarderías infantiles a fin de reducir la carga de trabajo de las mujeres y permitirles que tengan un empleo remunerado. En el Perú, los grupos cívicos apelaron a la Corte Interamericana de Justicia, recurriendo al ICESCR y al CEDAW, para llevar ante la justicia a un médico que violó a una paciente en un hospital público, e impugnaron la esterilización forzada de mujeres pobres después del parto en establecimientos públicos.

4) *Enfoque de las estructuras e instrumentos de responsabilización desde el punto de vista del género y vigilancia para que no sean bloqueados*

En Laba (China) y a partir de una evaluación realizada por la Red Yunnan de Evaluaciones Rurales Participativas, se integró la dimensión de género en las estructuras comunitarias de gestión de cooperativas médicas (sistema de pago previo) y se aumentó su sensibilidad por medio de la incorporación de mujeres y hombres pobres en los comités, la exigencia de cumplimiento de las exenciones para los pobres de las tarifas que pagan los usuarios, la priorización de la salud materna y los servicios de diagnóstico de las infecciones de las vías respiratorias, y el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores para prestar estos servicios (Wilkes, 2000). A nivel regional, ARROW trabaja con gobiernos nacionales y donantes del sur de Asia para fortalecer los indicadores de género y salud en el marco de los ODM adoptados por el gobierno, incluso los indicadores de razón de sexos al nacer, la incidencia de la violencia contra la mujer, el cáncer del sistema reproductivo, la infertilidad y la disponibilidad de anticonceptivos para adolescentes solteros (ARROW, 2005).

En las Filipinas, el gobierno inició la descentralización de los servicios sociales y de salud tras la aprobación del Código de los Gobiernos Locales de 1991. Como parte de este proceso, 95% de sus establecimientos, 60% de su

personal y 45% del presupuesto fueron transferidos del Departamento de Salud a unidades gubernamentales locales a nivel de provincia, ciudad y municipio (Tadiar, 2000). Sin embargo, la ejecución de programas de concientización de género en el campo de la salud ha sufrido como consecuencia de la descentralización. La provisión de una gama amplia de anticonceptivos en los consultorios locales dependía de la actitud de los miembros elegidos para integrar las unidades gubernamentales locales a diferentes niveles. Eso a su vez llevó a tasas elevadas de abortos peligrosos. La principal preocupación de los grupos de defensa de los derechos de las mujeres es procurar, mediante el cabildeo a nivel local, que las estructuras de responsabilización, como las juntas locales de salud adscritas a los gobiernos locales, no sean bloqueadas por fuerzas conservadoras para impedir el suministro de anticonceptivos modernos.

Las principales enseñanzas son que, para promover la responsabilización en materia de género y salud, las estructuras, las herramientas y los procesos de responsabilización: (Murthy 2007):

- No se deben encarar de forma aislada, sino junto con la responsabilización por el desarrollo, la salud y los derechos de las mujeres;
- Deben operar en varios niveles (del nivel internacional al nivel local) y ámbitos institucionales (público/estatal, privado/mercados, comunidad);
- Deben abordar la responsabilización en sus diferentes facetas, como la participación y la capacidad de respuesta (por ejemplo, la ley del aborto en Sudáfrica), la rendición de cuentas (por ejemplo, las pruebas con anticonceptivos hormonales inyectables en la India) y el cumplimiento de las leyes (por ejemplo, el castigo por la violación de una paciente en el Perú);
- Deben utilizar un enfoque de varios niveles, recurriendo a instrumentos internacionales, declaraciones y metas sensibles a los problemas de género y de salud; la nueva infraestructura de ayuda; leyes, políticas y programas progresivos en materia de salud y derechos de las mujeres; estructuras de salud comunitarias y hospitalarias, consejos profesionales, auditorías de la comunidad, etc.;
- Deben considerar los aspectos de género por medio del aumento de la participación directa de las mujeres y los hombres marginados, la creación de grupos de presión externos, el fortalecimiento de la capacidad de responsabilización de los proveedores y grupos selectos en materia de género y salud, la anticipación de las consecuencias adversas y la adición de indicadores de salud orientados específicamente a las personas de un sexo;
- Deben procurar que las estructuras y los procesos de responsabilización se organicen de forma tal que no representen un costo para las mujeres; y
- No se deben agregar, sino que deben ser específicos para el contexto y estar acompañados de asignaciones adecuadas de recursos.

## VIII. Investigaciones de salud

### VIII.1 ¿Qué sabemos?

El género afecta no solo las diferencias en las necesidades de salud, el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención sanitaria, el tratamiento y los resultados, sino también al contenido y el proceso de las investigaciones de salud (Sen et al., 2002, Östlin et al., 2004, Eichler et al., 1992, Theobald et al., 2006). Los sesgos de género en la investigación mantienen un círculo vicioso que resta importancia a las cuestiones de género en la salud y perpetúa su descuido.

#### **VIII.1.1 Desequilibrios de género en el contenido de la investigación**

Los desequilibrios de género en el contenido de la investigación incluyen las siguientes dimensiones:

- a) *El reconocimiento lento de los problemas de salud que afectan en particular a las mujeres.* Por ejemplo, aproximadamente alrededor del último decenio recién se realizaron investigaciones serias sobre la prevalencia de infecciones genitales y las consecuencias de la violencia doméstica para la salud (García-Moreno, 2002). La falta de investigación es obvia también en áreas relacionadas con la menstruación y las enfermedades crónicas no letales que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como el reumatismo, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica (Doyal, 1995).
- b) *Enfoques erróneos o parciales de las necesidades de salud de las mujeres y los hombres en diferentes campos de las investigaciones de salud.* Las investigaciones sobre la salud ocupacional y los reglamentos de seguridad se enfocan principalmente en los riesgos para la salud del empleo formal, donde predominan los hombres. Por lo tanto, durante mucho tiempo se pasaron por alto en la investigación los problemas de contaminación del aire en locales cerrados y las cocinas llenas de humo, factores fundamentales para la salud de las mujeres pobres en el mundo en desarrollo (Smith y Maeusezahl-Feuz, 2004, Bruce et al., 2002, Ezzati et al., 2000, Mishra et al., 1999, Dennis et al., 1996, Behera et al., 1991). Los enfoques erróneos o parciales también pueden afectar a los hombres. Debido a los estereotipos de género, la reproducción se considera un ámbito propio de la mujer y se descuida la salud reproductiva de los hombres relacionada con la exposición laboral (Varga, 2001, Wang, 2000). De todos modos, se señaló que muchas sustancias químicas, las radiaciones ionizantes, la contaminación tóxica, las altas temperaturas y el trabajo sedentario son peligrosos para el sistema reproductivo masculino (Bonde y Storgaard, 2002, Figá-Talamanca, 1998). De manera análoga, en las investigaciones sobre salud mental a menudo se pasa por alto el papel de la reproducción en lo que respecta a la salud mental de los hombres (Astbury, 2002).
- c) *Falta de reconocimiento de la interacción entre el género y otros factores sociales.* En las investigaciones de salud, se presta poca atención a la interacción entre el género y otros estratificadores sociales, como la clase socioeconómica, la raza, el grupo étnico o la orientación sexual. Igual que la comorbilidad, estas interacciones

causales complican los problemas y requieren una labor de investigación más intensa. Un buen ejemplo se encuentra en el campo de la infección por el VIH/sida, donde se reconoció en una etapa relativamente temprana que las mujeres eran especialmente vulnerables debido a las inequidades del poder de género, que a menudo están relacionadas con las inequidades económicas entre hombres y mujeres (Smith, 2002, Turmen, 2003, Weiss et al., 2000). Aunque se han hecho investigaciones sobre este tema, en particular en África, se le debe prestar mucha más atención en otras partes del mundo, como el sur de Asia.

### ***VIII.1.2 Desequilibrios de género en el proceso de investigación***

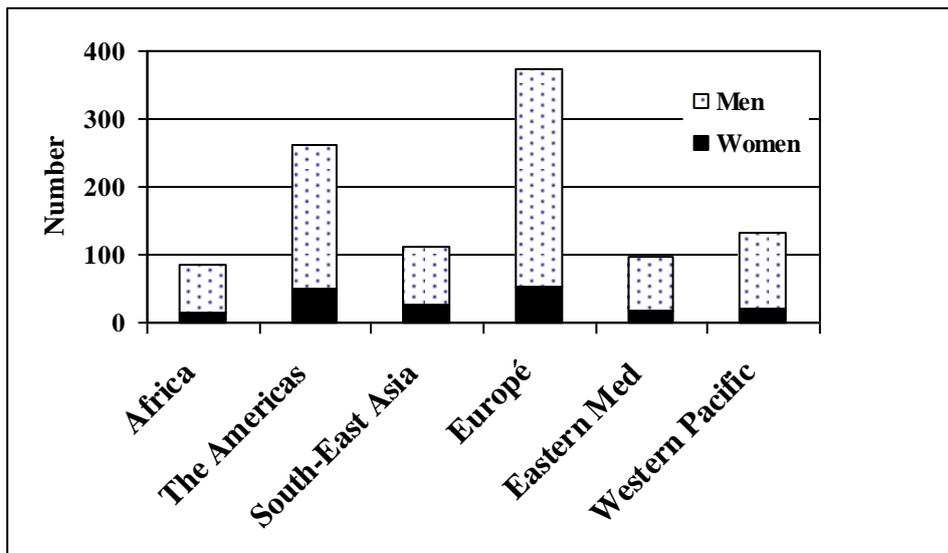
Los desequilibrios de género en el proceso de investigación incluyen las siguientes dimensiones:

- a) *Datos*. No se recopilan datos desglosados por sexo en los proyectos de investigación o en los sistemas de datos de mayor alcance. Los datos de salud en los proyectos individuales de investigación y en los sistemas de datos nacionales y regionales todavía no se recopilan o se desglosan sistemáticamente por sexo. La fiabilidad de los datos obtenidos en los hogares o en la comunidad y en los registros de proveedores de servicios de salud es, a veces, cuestionable en las sociedades donde hay sesgos de género en el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención sanitaria o donde prevalecen normas sociales según las cuales las mujeres deben sufrir en silencio. Por ejemplo, como se señala en la sección VI.1.3, varios estudios indican que posiblemente se subestimen las tasas de prevalencia de tuberculosis entre las mujeres (Thorson y Johansson, 2004, Thorson et al., 2007, Thorson y Diwan, 2001, Begum et al., 2001, Thorson et al., 2000, Johansson et al., 2000, Liefooghe et al., 1997).
- b) *Métodos sensibles a la dimensión de género*. Los métodos de investigación no siempre son suficientemente sensibles como para captar las diferentes dimensiones de la disparidad. Por ejemplo, en un estudio en el que se comparó la utilidad de los métodos de búsqueda activa y pasiva de casos de tuberculosis en Nepal, se observó que las mujeres representaban 28% de los 159 casos de tuberculosis que acudieron al consultorio, mientras que con la búsqueda activa de casos el porcentaje de casos en mujeres subía a 46% de los 111 casos detectados (Cassels et al., 1982). Otro estudio de personas que habían tenido tos durante mucho tiempo en zonas rurales de Viet Nam reveló la renuencia de las mujeres a dar muestras de esputo para el diagnóstico, lo cual conducía a una subestimación de los casos de tuberculosis en las mujeres si el examen del esputo era el método preferido para diagnosticar la tuberculosis (Thorson et al., 2000). Por otro lado y debido a razones biológicas, es más difícil diagnosticar la tuberculosis en las mujeres que en los hombres cuando se usa la microscopia directa (Thorson y Diwan, 2001).
- c) *Representación de las mujeres y los hombres en los ensayos clínicos*. Un tipo de problema igualmente importante pero diferente con los métodos usados en la investigación médica y los ensayos clínicos de medicamentos nuevos ha sido la falta general de una perspectiva de género y la exclusión de las mujeres de las poblaciones estudiadas. La justificación de la exclusión de las mujeres en la investigación es que el ciclo menstrual introduce una posible variable de confusión, además del temor de que los tratamientos o medicamentos experimentales afecten a la fecundidad de las mujeres y expongan al feto a riesgos desconocidos.

A pesar de tales inquietudes, los resultados de las investigaciones basadas en el estudio de hombres se consideran universalmente válidos y aplicables a las mujeres, lo cual no siempre es así. Para responder a las críticas, se ha tratado de incluir a más mujeres en los ensayos clínicos y las investigaciones farmacéuticas. En 1993, la Ley de Revitalización de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos exigió la inclusión de mujeres en todas las investigaciones con seres humanos (Mastroianni et al., 1994). Se han tomado medidas similares en muchos otros países, Suecia entre ellos. El Consejo Sueco de Investigaciones Médicas anunció en 1998 que se debía tener en cuenta el género en la realización de investigaciones médicas (Caron, 2003). Un documento de política publicado al mismo tiempo (en 1998) autorizó a los comités de ética en la investigación a pedir información adicional sobre la selección de la población comprendida en los estudios. En 1999, el Consejo adoptó una política en virtud de la cual, como principio, no se financiarían investigaciones con personas de un solo sexo (ETAN, 2000).

d) *Equilibrio de género entre los investigadores, los comités de ética, el financiamiento de la investigación y los órganos consultivos.* El desequilibrio de género en los comités de ética, el financiamiento de la investigación y los órganos consultivos, así como el trato diferencial de las científicas, también contribuyen al sesgo de género en la investigación (Wenneras y Wold, 1997, Park, 2002). La subrepresentación y el trato diferencial de las científicas reflejan la jerarquía de género generalizada que también existe en las investigaciones sobre el terreno. Aunque en virtud de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el empleo y la participación de mujeres en sus actividades la OMS se comprometió a promover la igualdad de género en su propio personal, así como en los órganos consultivos científicos y técnicos y entre los asesores y consultores temporeros, el desequilibrio de género entre los asesores de todas las regiones todavía es generalizado (figura 2). También hay datos probatorios crecientes del trato diferencial de las científicas en cuanto a oportunidades de ascenso, sueldo y solicitud de fondos para investigaciones y becas posdoctorales. Se comprobó que las solicitantes de becas posdoctorales en Suecia tenían que ser 2,5 veces más productivas que sus colegas varones para conseguir la misma clasificación de competencia científica en una revisión externa (Wenneras y Wold, 1997).

**Figura 2. Integrantes de los comités consultivos de expertos de la OMS, por sexo y región, 2004 (Östlin et al., 2004)**



Número Hombres

Mujeres

África Américas Asia sudoriental Europa Mediterráneo oriental Pacífico occidental

## VIII.2 Cambiar lo que sabemos

Los investigadores de salud deben prestar más atención a la posibilidad de que los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las manifestaciones clínicas, las causas, las consecuencias y el manejo de las enfermedades difieran entre hombres y mujeres. En tales casos, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la atención se deben adaptar a las diferencias en las necesidades de las mujeres y los hombres en el ámbito de la salud. No hacerlo puede tener repercusiones negativas en la salud, tanto de las mujeres como de los hombres, e incluso hasta podrían aumentar las inequidades de género en la esfera de la salud.

Las diferencias fisiológicas entre los hombres y las mujeres no se limitan al sistema reproductivo; en todas las áreas de las investigaciones de salud se debe considerar la posibilidad de que haya diferencias de género. Además de las diferencias fisiológicas que podrían o no estar vinculadas al sistema reproductivo, se deben investigar también las diferentes experiencias en que se basa el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención sanitaria, el estado de salud y el acceso a recursos materiales y no materiales.

Se necesitan mecanismos y políticas para evitar los desequilibrios de género tanto en el contenido como en los procesos de las investigaciones de salud señalados en las secciones anteriores.

### **VIII.2.1 Prerrequisitos para realizar investigaciones de salud que incluyan la dimensión de género**

a) Es necesario *recopilar datos desglosados por sexo* que incluyan también indicadores de la posición social (por ejemplo, educación, ingreso, ocupación y propiedad de tierras o viviendas) en los proyectos de investigación o mediante los sistemas ordinarios de recopilación de datos a nivel regional y nacional (véase también el análisis de la medición y los indicadores en la sección VIII.2.2). Esos datos se deberían usar para determinar y analizar la carga de morbilidad (incidencia y prevalencia de diferentes problemas de salud) en las mujeres y los hombres, así como en las niñas y los niños (vigilancia epidemiológica), y para clasificar y analizar las interacciones entre el sexo y los estratificadores sociales y hacer una tabulación cruzada de los mismos a fin de comprender mejor los mecanismos que actúan como fondo de las disparidades de género en la salud. Sin datos desglosados por sexo, no se puede hacer un análisis de género en el campo de la salud. Un buen ejemplo de la recopilación de datos de salud desglosados por sexo, sensibles a la dimensión de género y orientados específicamente a las personas de un sexo se encuentra en Malasia. En 2000, el Centro de Recursos e Investigaciones para la Mujer del Pacífico Asiático (ARROW) publicó un marco de indicadores para la acción con respecto a las necesidades y los derechos de la mujer en el ámbito de la salud después de Beijing (ARROW, 2000). El propósito de esta publicación era ser un instrumento que todas las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales pudieran usar en el seguimiento de la puesta en práctica de la Plataforma de Acción de Beijing. El proyecto de indicadores sanitarios de la mujer de Salud Canadá es una iniciativa de investigación encabezada por la Oficina de la Salud de la Mujer y Análisis de Género con la finalidad de elaborar, validar y evaluar un conjunto básico de indicadores que tienen en cuenta el género y la diversidad. El objetivo es mejorar la forma en que se mide la salud de la mujer y vigilar con mayor precisión los cambios en la situación y los resultados sanitarios de la mujer. Durante la primera etapa del proyecto, se señalaron las lagunas en los datos e indicadores de la salud de la mujer mediante el examen y la síntesis de datos y de la información disponible sobre los indicadores de salud de la mujer en el Canadá (Colman, 2003). Otras prácticas adecuadas se encuentran de Suecia donde, desde 1994, la declaración anual de la política del gobierno afirma que todos los aspectos de política del gobierno deben tener una perspectiva de igualdad de género (Swedish Institute, 2004). A nivel nacional, una de las medidas principales que se han tomado para integrar la perspectiva de género en cada área de política, incluso las investigaciones de salud, es el desglose por sexo de todas las estadísticas oficiales.

b) Hay que reconocer los problemas de salud de la mujer y las preocupaciones relacionadas con la equidad de género mediante *métodos eficaces de investigación* (véase un análisis adicional al respecto en la sección VIII.2.2). Se debe prestar atención a la posibilidad de que los datos reflejen sesgos sistemáticos de género debidos a métodos inadecuados que no captan la exposición diferencial de las mujeres y los hombres a los riesgos para la salud y su vulnerabilidad a las enfermedades (por ejemplo, debido a diferencias en el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención de la salud y a la insensibilidad de los métodos de diagnóstico). En la actualidad, se dispone de diversos instrumentos para contrarrestar esos sesgos que ya fueron evaluados. Por ejemplo, el marco *BIAS FREE* ("sin sesgo") es un instrumento innovador que proporciona un enfoque unificado para detectar sesgos

metodológicos y de otros tipos derivados de *todas* las jerarquías sociales. La frase **BIAS FREE** es un acrónimo formado por las iniciales de "**B**uilding an **I**ntegrative **A**nalytical **S**ystem **F**or **R**ecognizing and **E**liminating **I**nequities" (Creación de un sistema analítico integrador para reconocer y eliminar las inequidades). En el marco se señalan tres formas principales de sesgo: mantener la jerarquía, no reconocer las diferencias y aplicar normas diferentes a los hombres y las mujeres. El marco emplea 20 preguntas analíticas para alertar a los usuarios sobre la presencia de estos sesgos en la investigación (Eichler y Burke, 2006).

c) *Hay que sensibilizar a los gerentes y sistemas de datos con respecto a la necesidad de efectuar un desglose básico de los datos por sexo y presentarlos de forma tal que se puedan analizar las interacciones entre el género y otros factores sociales determinantes de la salud. Al mismo tiempo es importante capacitar a los investigadores para el análisis sensible a la dimensión de género en la investigación.*

d) *Se debe incluir una cantidad suficiente de mujeres en ensayos clínicos y en otros estudios sanitarios, y realizar un análisis de género de los datos generados por tales investigaciones. A pesar de que se ha avanzado en esta dirección, un estudio realizado por la Oficina de Contabilidad General de los Estados Unidos muestra que, aunque las mujeres ahora están representadas adecuadamente en los ensayos clínicos en los Estados Unidos, los datos recopilados no son objeto de un análisis de género. En otro estudio se observó que de los 442 artículos originales publicados en *The New England Journal of Medicine* entre 1994 y 1999, que incluían ensayos aleatorizados y controlados, solo 120 se ceñían a los criterios para la inclusión (participación de mujeres según la morbilidad, fuente de financiamiento, lugar de realización del ensayo y análisis de datos relacionados específicamente con las personas de un sexo). En promedio, 24% de los participantes eran mujeres y solo se hizo un análisis de género en 14% de los ensayos (Ramasubbu y Gurum, 2001). Por lo tanto, los esfuerzos para incluir más mujeres en los estudios no son la solución para el problema del sesgo de género en las investigaciones de salud, sino solo un comienzo débil y tentativo.*

e) *Los organismos que financian investigaciones deben promover actividades que amplíen el alcance de las investigaciones de salud y vinculen las dimensiones biomédicas y sociales, incluidas las consideraciones de género. Deben promover un programa de investigaciones multidisciplinarias sobre los nexos entre los aspectos de género y la salud, e investigaciones de salud y operativas sensibles a la dimensión de género para plasmar los conocimientos generales acerca del género y la salud en directrices prácticas y evaluar las intervenciones desde una perspectiva de género. Una buena práctica es la que utiliza el Consejo de Investigaciones de Suecia, que tiene un comité para las investigaciones sobre el género cuya tarea es coordinar los esfuerzos de todos los consejos de investigación con respecto a la igualdad, la investigación en temas de género y los enfoques interdisciplinarios (The Swedish Research Council, 2003). El comité también promueve las investigaciones sobre el género en sí a fin de continuar desarrollando su propia base teórica y de conocimientos. Al mismo tiempo, procura incorporar la dimensión de género en las distintas áreas académicas y dar visibilidad al género en diferentes campos de investigación. Mediante un llamado a la presentación de cartas de intención del 19 de septiembre del 2003 realizado por el Programa de Investigación en Política Sanitaria, Salud Canadá solicitó propuestas de investigación para llenar los*

vacíos encontrados en los indicadores de salud de la mujer y vincular las dimensiones biomédicas y sociales. La finalidad de la investigación propuesta es desarrollar y validar indicadores de salud que reflejen las diferencias de género y la diversidad en las siguientes áreas: 1) roles y responsabilidades socioculturales, y salud física y mental de las mujeres; 2) exclusión social y la de la mujer; 3) ambiente y salud de la mujer; y 4) servicios de salud y salud de la mujer. Se planea concluir los proyectos de investigación para fines de 2006.

f) *Se debe fortalecer el papel de las mujeres en la investigación.* Por ejemplo, el Consejo Sueco de Vida Laboral e Investigación Social, que apoya investigaciones sobre el trabajo, la salud y la organización del trabajo, el bienestar, la salud pública, el trabajo de cuidar de otras personas y los estudios epidemiológicos, en su documento de estrategias de investigación para 2005-2008 recalca su intención de “*seguir trabajando con cuestiones de género e igualdad*” (FAS, 2003). Igual que el Consejo Científico de Medicina, el Consejo Sueco de Vida Laboral e Investigación Social ha tomado varias medidas para promover la igualdad de género; por ejemplo, con estadísticas de género sobre la distribución del financiamiento para la investigación, la vigilancia de la distribución del financiamiento para la investigación entre mujeres y hombres, y la igualdad en la composición de sus comités de evaluación y otros grupos que realizan tareas científicas.

g) *Los consejos de examen ético y de otros tipos, los editores y las juntas editoriales deben incluir expertos en género para que no se omitan las dimensiones de género de los proyectos de investigación.*

h) *Se debe pedir a las revistas médicas y publicaciones similares que los artículos presenten datos desglosados por sexo y expliquen adecuadamente las diferencias observadas relacionadas con las características biológicas (sexo), el género (factores sociales) o ambos.*

### **VIII.2.2 Lo que se mide es lo que se hace: datos e indicadores**

El progreso en la elaboración de indicadores sensibles a la dimensión de género para vigilar la equidad de género en materia de salud presenta altibajos. A nivel internacional, el papel normativo del sistema de las Naciones Unidas, combinado con el trabajo de la División de Estadística de las Naciones Unidas y pequeñas unidades innovadoras (con grandes repercusiones) como la oficina del Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, ha impulsado la disponibilidad de datos e indicadores con respecto al estado de salud de la población a nivel nacional. Algunos de estos datos, pero no todos, están desglosados por sexo, lo cual refleja la calidad de los sistemas de datos nacionales en los cuales se basa el sistema de las Naciones Unidas. Un grupo interinstitucional de expertos está examinando los indicadores para dar seguimiento al progreso hacia la consecución de los ODM. Estos datos posibilitarán las comparaciones entre países y permitirán disponer de un conjunto uniforme de datos sobre más variables que las que se pueden obtener fácilmente en la actualidad. Recientemente, el Banco Mundial (Global Monitoring Report, 2007) propuso fortalecer la base de indicadores para dar seguimiento al progreso hacia los ODM. “Las deficiencias de los indicadores oficiales para dar seguimiento al progreso en la consecución del tercer objetivo de desarrollo del milenio se reconocen ampliamente (véase, por ejemplo, el informe del Grupo de Estudio sobre Educación e Igualdad de Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas). Frente a esta situación, en este

capítulo se recomienda que los países consideren la posibilidad de vigilar cinco indicadores adicionales que complementan los indicadores oficiales de los ODM, a fin de medir mejor la igualdad de género (cuadro 3.3). Estos indicadores cumplen tres criterios: disponibilidad de datos (cobertura de todo el país), fuerte vínculo con la reducción de la pobreza y con el crecimiento, y susceptibilidad a la intervención de políticas” (págs. 120 y 121).

En algunos países, los censos decenales se complementan con encuestas muestrales regulares que proporcionan más detalles y un mayor grado de desglose sobre diferentes aspectos del estado de salud, el comportamiento y el acceso a los servicios.<sup>52</sup> En la medida en que tales datos estén desglosados por quintiles de ingresos y gastos, sexo, edad, ubicación u otras características socioeconómicas, permiten un análisis más cuidadoso y sutil de la interacción de diferentes estratificadores sociales que conduce a resultados de salud relacionados con el género. No hay muchos países de ingreso bajo que tengan tales sistemas. En muchos de ellos, las Encuestas de Demografía y Salud generaron datos útiles, especialmente sobre el comportamiento reproductivo, pero también sobre temas menos comunes tales como la violencia doméstica y el empoderamiento de la mujer (Kishor, 2000). Una sola encuesta de este tipo a veces puede resultar muy eficaz. Por ejemplo, la información obtenida en la segunda Encuesta Nacional sobre Salud Familiar de la India sobre la amplia prevalencia de la violencia doméstica y la actitud al respecto tanto de las mujeres como de los hombres catalizó la acción para enfrentar el problema, que culminó en la ley decisiva de 2005 sobre la violencia doméstica.

No se puede exagerar la importancia de contar con datos e indicadores de buena calidad sobre el estado de salud desglosados por sexo y por edad desde la lactancia hasta la vejez. Sin indicadores a nivel de país sensibles a la dimensión de género y que tengan en cuenta los derechos humanos para guiar las políticas, los programas y los servicios, las intervenciones para cambiar el comportamiento o aumentar las tasas de participación operarán en un vacío. Lo sorprendente es que, en muchas situaciones, los datos no se presentan desglosados por sexo aunque se hayan recopilado de esa forma. Los indicadores bien elaborados que tengan en cuenta la dimensión de género pueden desempeñar varias funciones, como “*señal* para todos los que participan en la intervención, como *recordatorio constante* durante la ejecución de la intervención, como *índice del desempeño* en la consecución de metas y objetivos de género y como *herramienta* para analizar las deficiencias” (Kabeer y Subrahmanian, 1999, pág. 352).

Sin embargo, los indicadores del estado de salud por sí solos no son suficientes. Los datos sobre el comportamiento de salud que afecta a diferentes miembros de la familia, como la utilización de servicios y los gastos en salud, son esenciales para comprender la forma en que las familias asignan recursos para la salud y quién se beneficia. Estos datos, desglosados por sexo, edad y otros estratificadores, son fundamentales para que el trabajo en el campo de la equidad en la salud no se limite a su enfoque tradicionalmente estrecho de las diferencias económicas solamente.

---

<sup>52</sup> La Encuesta Muestral Nacional de la India es un buen ejemplo.

Esta información, complementada con la vigilancia de indicadores que incluya una evaluación realizada por las propias mujeres de los efectos en su bienestar, puede ayudar a comprender mejor la forma en que las mujeres mismas encaran los procesos de cambio.

Un requisito importante para dar seguimiento a las políticas, los programas y los proyectos es contar con datos cuantitativos y cualitativos en por lo menos tres niveles: 1) inversiones, políticas e instituciones; 2) servicios y programas, y 3) marcos conceptuales que dan prioridad a la igualdad y la equidad de género y a los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Además, los indicadores de resultados, los indicadores de insumos con respecto a los recursos y los indicadores de procesos con respecto a la ejecución tienen que estar desagregados por sexo y edad, y estos datos se deben analizar desde una perspectiva de género. El Programa de la Mujer y la Salud del Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe, Japón) hizo una evaluación detallada de indicadores de la equidad de género y la salud que es un recurso importante en esta área (WHO, 2003a).

Por medio de la investigación podemos comprender y aprender la importancia del sexo y el género en la salud. Las políticas de salud basadas en investigaciones con sesgo de género serán sesgadas e insensibles a la dimensión de género. Tener en cuenta la dimensión de género en las investigaciones de salud tiene un costo. Sin embargo, los beneficios de los esfuerzos propuestos superan el costo con creces porque proporcionan una base científica mejor y conducen a políticas y programas de salud más eficaces y equitativos.

## **IX. Remoción de la placa incrustada en las instituciones<sup>53</sup>**

### **IX.1 Integración y canalización de la equidad de género en materia de salud**

#### ***IX.1.1 Integrar la igualdad y la equidad de género***

Muchas de las estructuras institucionales del gobierno y otras entidades sociales y privadas a través de las cuales hay que cuestionar las normas de género y modificar las costumbres existieron durante decenios e incluso siglos. Es un gran reto esperar que estas estructuras, en las cuales están muy arraigados los valores, las relaciones y los métodos de trabajo tradicionales (generalmente dominados por los hombres), respeten la igualdad y la equidad de género como se ha intentado mediante la incorporación de la perspectiva de género. Hace veinte años se planteó un gran reto de política debido a los límites estrechos de los programas que existían en ese momento para las mujeres. Fue en ese contexto que la incorporación de la perspectiva de género pasó al primer plano de la escena de las políticas de equidad e igualdad de género después de la conferencia de Beijing sobre la mujer en 1995. En la

---

<sup>53</sup> La placa es material acumulado e incrustado que es difícil, pero indispensable, de extraer. Por ejemplo, para la higiene bucodental es indispensable remover la placa dental.

Plataforma de Acción de Beijing se recomendó utilizar la incorporación de la perspectiva de género (complementada por medidas para empoderar a las mujeres) como estrategia principal para guiar la acción de los gobiernos y los donantes junto con el apoyo a programas específicos para la mujer (Beijing, 1995).

En ese momento, la incorporación de la perspectiva de género se consideraba claramente como un adelanto muy importante que permitía avanzar más allá de programas para mujeres con estrechez de miras o de leyes parciales sobre igualdad de género. En general, se entendía como la integración sistemática de la perspectiva de género en todos los niveles pertinentes. Una definición común y amplia es la del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: *“La perspectiva de la gestión transversal de género es un proceso que significa tener en cuenta las repercusiones que cualquier acción planificada tiene para las mujeres y para los hombres, incluso la legislación, las políticas o los programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para que todas las experiencias e intereses de las mujeres y los hombres sean una dimensión que se integre en el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas en todas las esferas sociales, económicas y políticas, de manera que los hombres y las mujeres se beneficien por igual y no se perpetúen las desigualdades. El objetivo final es lograr la equidad de género”* (TK Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007). Otra definición es la del Commonwealth (The Commonwealth Secretariat, 1999): *“[...] centrarse menos en tratar a hombres y mujeres por igual (ya que el mismo tratamiento no conduce necesariamente a resultados iguales) y más en tomar las medidas necesarias para asegurar resultados iguales”* (TK Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007).

La amplitud de estas definiciones, la escasez de trabajos analíticos o técnicos detallados que las sustenten y la falta de un debate político importante para lograr un consenso acerca de su significado y consecuencias llevaron a que hubiera algunas fallas tanto en su aplicación general como en el campo de la salud. En varios análisis recientes de políticas se criticó el progreso alcanzado durante los últimos diez años en la incorporación de la perspectiva de género a fin de alcanzar la igualdad (OCDE/CAD, 2002, NORAD, 2006, Moser y Moser, 2005, AWID, 2006, Eyben, 2006, Mehra y Gupta, 2006, Reisen y Ussar, 2005, Rao y Keller, 2005, EQUAPOL, 2005).

Eso ocurre no solo en los países en desarrollo sino también en los países de la Unión Europea, muchos de los cuales son paladines mundiales de los derechos humanos de la mujer, así como de la igualdad y la equidad de género. En distintos países “[...] no es raro ver que la frase ‘incorporación de la perspectiva de género’ se use principalmente como un nombre nuevo para referirse a ‘antiguas’ políticas. Además, hay indicios de que la ‘incorporación de la perspectiva de género’ se usa con fines políticos diversos: los funcionarios de gobierno la usan cómodamente para referirse al paso del énfasis en la mujer a un énfasis más neutral en el género (que sencillamente se entiende que se refiere tanto a las mujeres como a los hombres)” (EQUAPOL, 2005, pág. 6). La insuficiencia de recursos, los mecanismos institucionales débiles y el escaso compromiso político han resultado en esfuerzos fragmentados, una gran disparidad entre la política de género declarada y estos esfuerzos, y grandes

brechas entre la retórica política y la práctica real. Esto se observa no solo con las medidas que tienden a incorporar la perspectiva de género, sino también y en términos más generales, con los intentos de cambiar las leyes.

Por ejemplo, Himonga analizó el efecto de los cambios en las disposiciones con respecto al derecho de familia para favorecer la igualdad de género durante los últimos años en Sudáfrica, Namibia, Zimbabwe y Zambia (Himonga, 2000). En el estudio se observó que, aunque se habían hecho grandes avances en la letra de la ley, la aplicación no había sido satisfactoria debido principalmente a la falta de voluntad política, obstrucciones estructurales y múltiples sistemas jurídicos contradictorios y difíciles de cambiar.

¿Por qué esta evaporación de políticas? Una razón importante es que el trabajo en pro de la igualdad de género pone en tela de juicio estructuras de poder que han estado dominadas por los hombres durante mucho tiempo, así como el capital social patriarcal (las redes de los muchachos) en las organizaciones. Por consiguiente, incomoda a la gente al amenazar con sacudir las líneas actuales de control de los recursos materiales, la autoridad y el prestigio. Requiere que las personas aprendan nuevas maneras de proceder que tal vez no las convenzan mucho y en las cuales vean pocos beneficios para ellas, y que abandonen viejas costumbres y prácticas.<sup>54</sup> La resistencia a las políticas de igualdad de género puede adoptar la forma de trivialización, dilución, subversión o resistencia rotunda.

“Por lo tanto, las políticas redistributivas de género inciden directamente en las creencias y los valores personales, las relaciones y la identidad de los encargados de formular y ejecutar las políticas. Cuando las políticas que procuran corregir desigualdades culturalmente aceptadas tienen que ser aplicadas por personas que se han beneficiado de esas desigualdades, los ejecutores se convierten en interesados directos cruciales en el proceso político junto con los integrantes de la comunidad que se verá afectada” (Kabeer y Subrahmanian, 1999). Según el informe de EQUAPOL, las dos razones comunes de la dificultad para mantener el enfoque de la incorporación de la perspectiva de género podrían ser “la dificultad para trabajar en colaboración en todos los departamentos u organismos debido a las luchas por el poder y la competencia, y la existencia de una cultura patriarcal en la Comisión, debido a que la incorporación de la perspectiva de género no sirve a los intereses de aquellos que detentan el poder” (EQUAPOL, 2005, pág. 15).

Además, las tendencias actuales para armonizar el programa mundial de desarrollo por medio de la Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda pueden desviar la atención de las política de temas intersectoriales tales como la igualdad de género, la sostenibilidad ambiental y los derechos humanos (Gaynor, 2006, NORAD, 2006). La Declaración de París, centrada en gran parte en la eficacia de la ayuda en función de su costo, hasta la fecha ha prestado relativamente poca atención directa a temas fundamentales para el desarrollo efectivo. Eso le resta mucha importancia a la igualdad de género en el programa de ayuda que moldea las estrategias y políticas de desarrollo en

---

<sup>54</sup> Los intentos de romper las estructuras tradicionales de casta o raza en las organizaciones tropiezan con barreras similares.

los países de ingreso bajo. En este clima poco propicio, los fondos destinados a organizaciones de mujeres también se redujeron (AWID 2006). Reconociendo la dificultad de transformar las estructuras de poder arraigadas en las organizaciones o de nadar en contra de la corriente de las tendencias de la asistencia para el desarrollo, algunos afirman que la salida consiste en mostrar que la equidad de género puede contribuir a la efectividad de estas tendencias y estructuras (Bank, 2006, Mehra y Gupta, 2006).

A pesar de esta situación poco alentadora, hay ejemplos positivos de políticas eficaces. En Europa, Suecia se destaca por su enfoque eficaz.

#### Ejemplo: estrategia de igualdad de género en Suecia

La meta principal de la incorporación de la perspectiva de género en Suecia es abordar las raíces estructurales de la igualdad de género en la sociedad en general. Eso es revelador porque una meta de ese tipo está lejos de ser la norma aún en la Unión Europea. En Suecia, consiste en tener en cuenta las relaciones de género en todas las actividades de las organizaciones públicas, privadas y voluntarias mediante el análisis sistemático de género en la formulación y aplicación de todas las políticas y servicios. Eso es posible como consecuencia de la función fundamental que desempeñan los técnicos expertos en la definición de los objetivos y métodos, si bien más a nivel del gobierno central que a nivel municipal. Otra condición importante que se ha cumplido en el caso de Suecia es la eficaz coordinación entre sectores y diferentes organismos. De la coordinación se encarga la División de Igualdad de Género, una dependencia del Gobierno Central. Lo interesante es que ambos factores han llevado a adoptar varios métodos innovadores para integrar el género, como el método de “las tres R” para analizar las diferencias de género en la representación y los recursos, así como las razones de estas diferencias (EQUAPOL, 2005, pág. 106). Lo más importante, sin embargo, ha sido la obtención de un amplio consenso social en todo el abanico político que protege hasta cierto punto la incorporación de la perspectiva de género de los vaivenes de la política democrática.

Las políticas internas de Suecia se reflejan en la importancia atribuida a la igualdad de género en la cooperación sueca para el desarrollo (SIDA, 2006). De acuerdo con la política del Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) para promover la igualdad de género en la cooperación para el desarrollo, “la igualdad de género se encuentra en el centro de la misión del OSDI de promover y crear condiciones para reducir la pobreza en los países asociados. La integración de la igualdad de género es una estrategia para lograr el desarrollo sostenible para todos, por medio del apoyo del derecho a la libre elección, el empoderamiento y el suministro de recursos. Para el OSDI, la igualdad de género consiste en procurar que todos los seres humanos —mujeres, hombres, niñas y niños— sean considerados iguales y se los trate por igual en lo que se refiere a su dignidad y derechos. La discriminación por motivos de género es una de las causas principales de la pobreza y un obstáculo importante para el desarrollo humano equitativo y sostenible en todo el mundo” (SIDA 2005, PÁG.4).

Como se puede observar en el caso de la política sueca, la incorporación de la perspectiva de género se tiene que comprender adecuadamente, ser asumida como propia por las instituciones y ejecutarse eficazmente; por lo general, debe contar con el apoyo de una unidad de género catalizadora con una fuerte posición institucional y autoridad. La ejecución eficaz implica el uso inteligente de incentivos y mecanismos institucionales.

#### Ejemplo: Programa Mejoramiento de la Gestión del Gobierno de Chile

Este programa ya ha ganado un premio del Banco Interamericano de Desarrollo como ejemplo de la incorporación de la perspectiva de género en la política pública. Funciona como incentivo colectivo vinculado al desempeño de las instituciones: todo el personal de una institución pública recibe una bonificación de hasta 4% de su sueldo si la institución alcanza las metas de gestión de programas aprobadas por el Ministerio de Economía. El Programa Mejoramiento de la Gestión de cada institución se prepara teniendo en cuenta un grupo de áreas comunes para todas las instituciones del sector público, incluso las que se consideran esenciales para una gestión eficaz y transparente, que juntas constituyen el programa marco.

Desde el año 2000, este mecanismo se ha aplicado sobre la base de una matriz que indica las siguientes áreas para el mejoramiento de la gestión en las instituciones: recursos humanos; calidad de atención; planificación, control y ordenación territorial integrada, y gestión financiera. En 2002 se agregó una quinta área: la planificación de género. Cada año se presenta un proyecto de Programa Mejoramiento de la Gestión, junto con el proyecto de presupuesto, al Ministerio de Economía. La incorporación de un componente de planificación de género en el Programa significa la introducción de un enfoque de género en el ciclo presupuestario. Eso permite integrar consideraciones en materia de género en los procedimientos corrientes y habituales de la administración pública, introduciendo modificaciones permanentes en la dinámica cotidiana de las instituciones y sus procedimientos estandarizados. Por lo tanto, las instituciones públicas tienen que incorporar esta dimensión en todos sus productos estratégicos, posibilitando la asignación del presupuesto público de una manera que responda mejor a las necesidades de los hombres y las mujeres y que contribuya a la reducción de las desigualdades de género.

La aplicación de este mecanismo de incentivos es una innovación importante, en vista de que, por primera vez, hay un concepto de **equidad de género** integrado en la gestión presupuestaria en Chile. (Esta importante innovación va más allá de ejemplos anteriores de presupuestación sensible a las cuestiones de género que tendieron a limitarse a diagnósticos presupuestarios.) Además, por primera vez los funcionarios deben incluir en el análisis de cada resultado producido por su servicio consideraciones sobre la utilidad de estos productos, la forma de llegar a las personas que los necesitan y cómo mejorarlos. Asimismo, permite corregir posibles inequidades en el suministro de los productos y servicios de los ministerios, y lograr que las políticas públicas sean más eficientes y eficaces porque exige que se tengan en cuenta las necesidades de los beneficiarios y se optimice el logro de los objetivos

propuestos por los proyectos. Por lo tanto, en la medida en que haya un aumento del número de programas con un enfoque de género, habrá también un aumento significativo del presupuesto público asignado a las mujeres.

Un enfoque diferente del problema de la insuficiencia de recursos que a menudo se convierte en un cuello de botella para la integración eficaz de la perspectiva de género es usar instrumentos tales como la CEDAW para vigilar los presupuestos del gobierno (Elson, 2005). Elson argumenta que “los presupuestos del gobierno (como cualquier otra actividad realizada por el Estado) se deben elaborar y ejecutar de forma tal que *respeten, protejan y hagan realidad* los derechos humanos. A su vez, está claro que los presupuestos del gobierno son imprescindibles para el respeto de los derechos humanos, que no es posible sin el gasto público y los ingresos necesarios para financiarlo (pág. 2). La referencia a los derechos humanos en general y a la CEDAW en particular no cambiará los presupuestos públicos de la noche a la mañana. Los ministros de hacienda tienden a asignar prioridad a las obligaciones financieras, especialmente a los acreedores, y no a las obligaciones relacionadas con los derechos humanos, a las que tienden a considerar como responsabilidad de otros ministros. No obstante, el discurso de derechos humanos puede efectuar una contribución importante a la mejora de los presupuestos públicos. Los presupuestos nunca son el producto de un proceso meramente técnico basado solo en el análisis financiero. El discurso de derechos humanos tiene una profunda autoridad moral para impugnar muchos valores actuales que colocan a las mujeres en desventaja. (Pero,) para surtir un efecto práctico más fuerte en los presupuestos, la promoción de la causa de los derechos humanos debe estar respaldada por un análisis detallado de los presupuestos, estableciendo una relación entre las finanzas y las normas en materia de derechos humanos” (pág. 3).

### ***IX.1.2 Incorporar la perspectiva de género en la salud***

El análisis precedente señala los retos y las posibilidades de la incorporación de la perspectiva de género en general. Las directrices para el análisis de género y salud elaboradas por el Grupo de Género y Salud de Liverpool son útiles para incorporar la perspectiva de género en el análisis de la salud, incluida la investigación, y garantizar la calidad de la atención.<sup>55</sup> Al abordar específicamente el ámbito de la salud, es útil distinguir entre la incorporación *operativa* en las políticas, los programas y los proyectos y la incorporación *institucional* relacionada con la dinámica interna de instituciones formales, sus metas, su agenda, la contratación, las políticas en materia de ascensos y promoción del personal, las estructuras de gestión y los procedimientos relacionados con el funcionamiento diario. En un examen (TK Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007) de la incorporación de la perspectiva de género en la salud, se llegó a la conclusión de que las condiciones propicias incluyen la existencia de mandatos internacionales, nacionales y regionales para las actividades a iniciar, la voluntad política, el establecimiento de marcos jurídicos y constitucionales que apoyen la igualdad de género, la disponibilidad de recursos, un movimiento fuerte en pro de la salud de la mujer y una cultura de la participación activa de la sociedad civil.

---

<sup>55</sup> [http://www.liv.ac.uk/lstm/research/groups/gender\\_health/index.htm](http://www.liv.ac.uk/lstm/research/groups/gender_health/index.htm)

### Ejemplo: política de salud pública de Suecia

La nueva política de salud pública de Suecia, que entró en vigencia en 2003, es un ejemplo excelente de incorporación de la perspectiva de género en el marco de una política de salud pública orientada a la equidad. El principio orientador de la política fue “levantar el nivel capacidad y reducir las desigualdades de capacidad de las personas y de libertad para elegir sus vidas e ir en pos de sus objetivos” (Östlin y Diderichsen, 2001).

Esta política es única en muchos aspectos. *Primero*, fue elaborada por una comisión integrada por expertos y por políticos de los siete partidos representados en el Parlamento de Suecia. Cabe señalar que se recopilaban datos probatorios específicos sobre las desigualdades socioeconómicas, étnicas, regionales y de género en la esfera de la salud. La *segunda* característica singular es que, a diferencia de la mayoría de las políticas de salud pública en las que los objetivos se basan en enfermedades o problemas de salud, la política de salud pública de Suecia aborda los factores sociales determinantes más amplios de la salud. La política tiene once objetivos: participación e influencia en la sociedad; seguridad económica y social; condiciones seguras y favorables durante la niñez y la adolescencia; vida laboral más saludable; ambiente y productos saludables y sin riesgos; salud y atención médica, así como una promoción más activa de la buena salud; protección eficaz contra las enfermedades transmisibles; sexualidad sin riesgos y buena salud reproductiva; mayor actividad física; buenos hábitos alimentarios y alimentos aptos para el consumo; reducción del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, una sociedad libre de drogas ilícitas y de dopaje, y reducción de los efectos perjudiciales del juego excesivo. La *tercera* característica singular es la manera integral en que se entrelaza el género en la estrategia de salud pública. El documento de política destaca específicamente su compromiso con una perspectiva de género y con la reducción de las inequidades de género en la esfera de la salud, junto con la reducción de las desigualdades entre grupos socioeconómicos, grupos étnicos y regiones geográficas. Por lo tanto, el género sería una categoría transversal junto con otras dimensiones de las desigualdades que la política procura corregir (Östlin y Diderichsen, 2001, Agren, 2003, TK Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007).

La documentación más completa de la experiencia con la incorporación de la perspectiva de género en la salud reproductiva se encuentra en el informe “So *What*” (“¿Y qué?”), encargado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Género (IGWG, 2004). Este informe procura determinar si la integración del género en los programas de salud conduce a resultados diferentes. Las 22 intervenciones examinadas en el informe corresponden a la mejora de la salud reproductiva, aunque los puntos de acceso para algunas de ellas fueron la educación o el desarrollo económico. Las intervenciones se clasifican en cuatro áreas principales: morbilidad y mortalidad maternas, embarazos no intencionales, iniciativas para mejorar la calidad de la atención, e ITS y la infección por el VIH/sida. Estos estudios de casos presentan datos probatorios muy importantes que indican que la incorporación de la perspectiva de género en los programas puede tener efectos positivos en las relaciones de género y los resultados en el campo de la salud reproductiva.

Sin embargo, quedan muchas preguntas pendientes. A menos que, además de las intervenciones, haya un grupo de comparación en el que se tengan en cuenta consideraciones de género, no se puede afirmar que la incorporación de la perspectiva de género conduzca a mejoras en los resultados de la salud reproductiva. En los casos en que se produjeron grandes cambios en el comportamiento relacionado con la salud, la evaluación de la incorporación de la perspectiva de género debería haberse concentrado más en los procesos o los pasos de las mujeres, o las aptitudes de negociación utilizadas por las mujeres con su pareja o a nivel familiar y comunitario para alcanzar estos resultados positivos en el ámbito de la salud reproductiva. En otras palabras, ¿se debieron los resultados positivos a la adopción de ecuaciones de poder de género más equitativas o fueron sencillamente el resultado de un mejor acceso a los servicios? (TK Ravindran y Kelkar-Khambete, 2007).

El acceso a los recursos presupuestarios establecidos es esencial para la aplicación eficaz. En un estudio del Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer realizado en 2002, se compararon las asignaciones presupuestarias y los gastos de aplicación de las leyes sobre violencia doméstica en una muestra de países de América Latina y el Caribe (Luciano et al., 2005). “La investigación muestra que hay claramente una diferencia entre lo que se ratifica en las leyes o lo que se describe en las políticas sectoriales, y las actividades que se llevan a cabo como consecuencia de esas decisiones. El financiamiento que se asigna a los programas para combatir la violencia doméstica generalmente es insuficiente para que lleguen a toda la población destinataria y aborden la magnitud del problema. Incluso después de la promulgación de leyes y el lanzamiento de planes de acción, las principales fuentes de financiamiento para los servicios de ayuda a las víctimas de la violencia doméstica han seguido siendo fondos discrecionales de presupuestos de ministerios y fondos de donantes internacionales. Eso significa que la asignación de recursos presupuestarios *no* se está incorporando en las partidas presupuestarias ministeriales como cabría esperar tras la aprobación de una ley. Además, no se dispone de información sistemática e integral sobre las asignaciones para la aplicación de leyes y ejecución de planes de acción, la distribución de esas asignaciones o sus repercusiones en la equidad de género. Tampoco se sabe si los servicios públicos en el ámbito de la violencia doméstica están respondiendo a las necesidades de las víctimas, especialmente las mujeres, y si las leyes sobre financiamiento y los planes de acción son compatibles con las necesidades y prioridades de las mujeres. Las asignaciones presupuestarias son un indicador del compromiso político y la prioridad” (pág. 20).

### ***IX.1.3 Empoderar a las mujeres para mejorar la salud***

La Plataforma de Acción de Beijing señaló claramente la necesidad de un enfoque doble del empoderamiento de las mujeres e incorporación de la perspectiva de género: por un lado, programas orientados a satisfacer las necesidades básicas y específicas de las mujeres en lo que se refiere al aumento de la capacidad, el desarrollo institucional y el empoderamiento y, por el otro, incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de formulación y ejecución de programas. Se realizó un examen detallado de los nexos entre el empoderamiento y las mejoras de la salud (Wallerstein, 2006) para la Red OMS/EURO de Datos Probatorios sobre la Salud. Sobre la

base de los datos probatorios de las intervenciones para el empoderamiento de los jóvenes, la prevención de la infección por el VIH/sida, el empoderamiento de la mujer y el poder de decisión de los pacientes y las familias en lo que se refiere a la salud, la conclusión del examen fue que “las estrategias de empoderamiento más eficaces son aquellas que aprovechan y refuerzan la participación auténtica, conduciendo a la autonomía en las decisiones, el sentido comunitario y los lazos locales, y el empoderamiento psicológico de los integrantes de la comunidad” (pág. 5).

En cierta medida, el empoderamiento de las mujeres ha sido objeto (aunque en mucho menor grado) de la misma confusión conceptual que la incorporación de la perspectiva de género por algunas de las mismas razones. En último término, el empoderamiento consiste en cambiar las relaciones de poder; de ahí que no cause sorpresa la tentación de los encargados de la formulación de políticas y los gerentes de programas y proyectos de “sanear” el tema y no arriesgarse. Mientras que la incorporación de la perspectiva de género se refirió a estructuras de política, el empoderamiento normalmente se centró en los hogares y las comunidades. El examen de Wallerstein concluye que la mejora de la educación de la mujer (incluida la alfabetización de los adultos) tiene efectos positivos claros en la salud de los niños, mientras que colocar ingresos en manos de las mujeres mediante el microcrédito u otros medios ofrece el potencial de una mejora de la nutrición y la salud familiar. Sin embargo, lo que realmente se necesita para que este potencial se convierta en realidad es aumentar simultáneamente la autonomía de las mujeres, su movilidad, su autoridad para tomar decisiones y su poder en el hogar. Sin ello, el microcrédito puede acabar aumentando la carga de trabajo de las mujeres sin darles mayor autoridad o control. “Un metaanálisis de 40 proyectos de empoderamiento de la mujer mostró una amplia gama de mejoras en la calidad de vida, incluso aumentos de las reivindicaciones de las mujeres y de la fuerza de sus organizaciones, mejores servicios y cambios en la política y en el gobierno como resultado de la labor de abogacía, en tanto que algunas organizaciones mostraron una transformación de la situación económica de las mujeres” (Wallerstein 2006; pág. 13).

Una evaluación diferente basada en la movilización y organización de trabajadoras sexuales en Sonagachi mostró una reducción de la infección por el VIH y un mayor uso de condones (Jana et al., 2004). Su éxito se basó en “el uso de colegas para el trabajo de extensión, una preocupación amplia de la comunidad al comienzo del proyecto, la formación de mujeres dirigentes, el apoyo de profesionales de la salud y el posterior traspaso del liderazgo a una nueva asociación de trabajadoras sexuales” (Wallerstein 2006; p 13). Se han observado experiencias similares en otras partes de la India.

Un tercer conjunto de experiencias se refiere a las mujeres que trabajan como agentes comunitarios de salud. El metaanálisis de los estudios del efecto sobre la salud mostró mejoras en la utilización de los servicios de salud, la de programas de educación sanitaria por los pacientes, una mejor cobertura de vacunación y un aumento del apoyo social, el liderazgo y la capacidad de promoción de la causa del propio personal sanitario. Wallerstein (Wallerstein,

2006) concluye que “las intervenciones más plenamente integradas en los sectores económicos, educacionales o políticos han dado lugar a un mayor empoderamiento psicológico, autonomía y autoridad y han tenido una gran influencia en diversos resultados sanitarios” (pág. 14).

## **X. El camino hacia adelante: ¿cómo llegar allá desde aquí?**

Este informe ha mostrado que hay relaciones de poder determinadas por el género, tanto dentro como fuera del sector de la salud, que ejercen una influencia perniciosa en la salud de las personas. Aunque la salud de las niñas y las mujeres es la más afectada, las relaciones de poder determinadas por el género también dañan la salud de niños y hombres, a pesar de que los benefician en cuanto a recursos, autoridad y control. Fuera del sector de la salud, el poder de género tradicional está arraigado en el acceso desigual y el control de los recursos (materiales y no materiales), la división injusta del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar la vida. Se expresa por medio de marcos normativos que las personas interiorizan y que se utilizan para socializarlas y disciplinarlas a fin de que acepten y reproduzcan las inequidades de género en su vida privada y en la sociedad. En el sector de la salud, las relaciones de poder determinadas por el género se traducen en diferencias en el acceso y el control de los recursos para la salud dentro y fuera de la familia, una división desigual de los beneficios y el trabajo en los sistemas de atención de la salud formales e informales y en el hogar, y una atención injusta (o falta de atención) en las investigaciones de salud, todo justificado y reforzado mediante potentes normas de género con respecto a las acciones necesarias y apropiadas. Tanto dentro como fuera del sector de la salud, las relaciones de género significan que las mujeres tienen menos voz, representación, facultad para tomar decisiones, autoridad y reconocimiento que los hombres.

Este informe ha reunido el cúmulo de pruebas en rápido crecimiento que indican y explican lo que esto significa desde el punto de vista de las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de las mujeres en comparación con los hombres, y la forma en que los sistemas de atención de la salud y las investigaciones de salud reproducen estas desigualdades e inequidades en vez de resolverlas. Las consecuencias para la salud de las personas no solo son desiguales e injustas, sino también ineficaces e ineficientes. Los resultados son círculos viciosos de mala salud que atrapan a la gente en formas injustas e innecesarias.

También ha documentado la acción creciente de actores y organizaciones no gubernamentales y gubernamentales para impugnar estas injusticias y transformar las creencias y costumbres dentro y fuera del sector de la salud a fin de generar cambios sostenidos que mejoren la salud y la vida de las personas. Aunque todavía son pocos los países que han tomado medidas multisectoriales integrales respaldadas por políticas y leyes, y por la acción de la sociedad civil, hay muchos casos y ejemplos de menor alcance de los cuales todos pueden aprender y que pueden servir de base para avanzar. En el informe se han puesto de relieve varios ejemplos, algunos fueron evaluados a

fondo y otros son experimentales y prometedores. Estas acciones abarcan siete enfoques que son esenciales para avanzar.

***Siete enfoques que pueden lograr un cambio:***

**1. Abordar las dimensiones estructurales esenciales de la desigualdad de género**

- Transformar y profundizar el marco normativo de los derechos humanos de las mujeres mediante la aplicación eficaz de las leyes y las políticas en las dimensiones clave.
- Procurar que no se menoscaben los recursos y la atención destinados al acceso, la asequibilidad y la disponibilidad de los servicios de salud durante los períodos de reformas económicas y que se protejan y promuevan los derechos y la salud de las mujeres, así como la igualdad de género, debido a la estrecha relación entre los derechos de las mujeres a la salud y su situación económica.
- Apoyar con recursos, infraestructura y políticas y programas eficaces a las mujeres y las niñas que sirven de “amortiguadores” para las familias, las economías y las sociedades como consecuencia de la función que desempeñan en el cuidado de otras personas, e invertir en programas para transformar la actitud tanto de los hombres como de las mujeres con respecto al cuidado de otras personas a fin de que los hombres comiencen a asumir una responsabilidad igual en esta tarea.
- Fortalecer la capacidad de las mujeres, en particular mediante la educación, para cuestionar la desigualdad de género en el plano individual y en forma colectiva.
- Fomentar la participación de las mujeres en la adopción de decisiones políticas y en otros procesos decisorios desde el nivel del hogar hasta los niveles nacional e internacional a fin de que tengan más voz y representación.

**2. Cuestionar los estereotipos de género y adoptar estrategias de varios niveles para cambiar las normas y las prácticas que perjudican directamente la salud de la mujer**

- Crear, aplicar y hacer cumplir acuerdos formales internacionales y regionales, códigos y leyes para cambiar las normas que violan los derechos de las mujeres a la salud.
- Trabajar con los niños y los hombres mediante programas innovadores para transformar las normas masculinistas perjudiciales, el comportamiento arriesgado y las prácticas violentas.

### **3. Reducir los riesgos para la salud propios de las mujeres y de los hombres enfrentando la exposición y la vulnerabilidad relacionadas con el género**

- Satisfacer las necesidades de salud diferentes de las mujeres y los hombres. En los casos en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con factores sociales determinantes en la definición de necesidades diferentes de las mujeres y los hombres en el ámbito de la salud, las políticas debe encarar estas necesidades diferentes. Hay que abordar no solo los trastornos desatendidos que inciden específicamente en las personas de un sexo, sino también las necesidades específicas de cada sexo en relación con los problemas de salud que afectan tanto a las mujeres como a los hombres, de forma tal que tanto las mujeres como los hombres tengan acceso a tratamientos sin sesgos.
- Afrontar los sesgos sociales que generan diferencias en los riesgos y los resultados sanitarios. En los casos en que no haya ninguna razón biológica verosímil para que los resultados sanitarios sean diferentes, las políticas y las medidas deben promover la igualdad en los resultados. Se necesitan políticas más integrales para equilibrar el trabajo con los compromisos familiares. El trabajo doméstico, incluido el cuidado de otros miembros de la familia, se debe reconocer como trabajo y se deben abordar los riesgos para la salud relacionados con el trabajo independientemente del lugar donde se realice. En las normas relativas a la licencia familiar, se debe exigir que los hombres compartan estas responsabilidades con las mujeres. Los sistemas de seguro social deben procurar que incluso las personas que no tengan una ocupación formalmente reconocida y remunerada también estén protegidas cuando no estén trabajando o cuando se enfermen.
- Abordar las razones estructurales del comportamiento de alto riesgo. Las estrategias que procuran cambiar los modos de vida perjudiciales para la salud, tanto de los hombres como de las mujeres, a nivel individual son importantes, pero pueden ser mucho más eficaces si se combinan con medidas para cambiar el entorno social en el cual están arraigados estos modos de vida y comportamientos. Estas medidas deben enfrentar las circunstancias sociales y económicas negativas (por ejemplo, el desempleo, la pérdida súbita de ingreso) en las cuales se encuadran los modos de vida perjudiciales para la salud.
- Dar poder de decisión a las personas y las comunidades para que asuman un papel central en esta acción. A fin de que las estrategias tengan éxito, deben ofrecer opciones positivas que impulsen a la gente a actuar frente al statu quo actual, que puede ser insensible a la dimensión de género o presentar sesgos de género.

### **4. Transformar la política de los sistemas de salud relacionada con el género mejorando la conciencia y el manejo de los problemas de las mujeres en su papel de productoras y consumidoras de atención sanitaria**

**por medio del aumento de acceso a los servicios de salud y de la responsabilización de los sistemas de salud por las mujeres.**

- Proporcionar atención integral y esencial de la salud, accesible para todos de manera aceptable y asequible, y con la participación de las mujeres: procurar que no se cobren tarifas en el punto del acceso al servicio, evitar el empobrecimiento de las mujeres haciendo cumplir las reglas para que se las tarifas que pagan los usuarios se adapten a la capacidad de pago de las mujeres, y ofrecer atención a las mujeres y los hombres según sus necesidades, el tiempo que tengan y otras limitaciones.
- Desarrollar las aptitudes y la capacidad de los profesionales de la salud en todos los niveles del sistema de salud para que comprendan y apliquen las perspectivas de género en su trabajo.
- Reconocer las contribuciones de las mujeres al sector de la salud, no solo en el sector formal, sino también su trabajo informal de cuidado de otras personas. Las mujeres, como proveedoras de salud en la atención auxiliar, voluntaria e informal necesitan múltiples nexos con los sectores formales y profesionales: capacitación, supervisión, reconocimiento y apoyo, y sistemas de referencia que funcionen bien y las pongan en contacto con fuentes de medicamentos, equipo y conocimientos técnicos especializados.
- Fortalecer la responsabilización de los encargados de la formulación de las políticas sanitarias y los proveedores de atención sanitaria que trabajan en consultorios, tanto privados como públicos, con respecto a las dimensiones de género y la salud. Incorporar las dimensiones de género en las auditorías clínicas y otros esfuerzos para vigilar la calidad de la atención.

**5. Tomar medidas a fin de mejorar la base de datos probatorios para las políticas cambiando los desequilibrios de género tanto en el contenido como en los procesos de investigación de salud.**

- Procurar que se recopilen datos desglosados por sexo, situación socioeconómica y otros estratificadores sociales, tanto en proyectos de investigación como en sistemas de datos más grandes a nivel regional y nacional, y que los datos se clasifiquen y se analicen de forma tal que permitan obtener resultados válidos y ampliar los conocimientos necesarios para la adopción de políticas.
- Incluir un número apropiado de mujeres en los ensayos clínicos y otros estudios sanitarios, y analizar los datos generados por esas investigaciones con herramientas y métodos sensibles a la dimensión de género.
- Las organizaciones que financien investigaciones deben promover proyectos que amplíen el alcance de la

investigación de salud y vinculen las dimensiones biomédicas y sociales, incluso las consideraciones en materia de género.

- Fortalecer el papel de las mujeres en la investigación de salud. Corregir los desequilibrios de género en los comités de investigación, la dotación de fondos, las publicaciones y los órganos consultivos.

#### **6. Adoptar medidas para que las organizaciones en todos los niveles funcionen más eficazmente a fin de incorporar la igualdad y la equidad de género y empoderar a las mujeres para la salud creando estructuras propicias, incentivos y mecanismos de responsabilización**

- Las instituciones se deben sentir identificadas con la incorporación de la perspectiva de género en el gobierno y las organizaciones no gubernamentales, financiarla adecuadamente y aplicarla eficazmente. Esta tarea debe estar respaldada por una unidad de género orientada a la acción, que tenga posicionamiento y autoridad sólidos y nexos con la sociedad civil a fin de procurar la eficacia y la responsabilización.
- Para que las intervenciones con el propósito de empoderar a las mujeres sean eficaces, deben aprovechar y reforzar una participación auténtica a fin de que haya autonomía en la adopción de decisiones, el sentido de comunidad y los lazos locales. Si estas intervenciones se integran con la economía, la educación o la política, pueden llevar a un mayor empoderamiento psicológico, autonomía y autoridad e influir sustancialmente en diversos resultados sanitarios.

#### **7. Apoyar las organizaciones de mujeres que son cruciales para que las mujeres tengan voz y representación, que a menudo están a la vanguardia en la detección de los problemas y la experimentación con soluciones innovadoras, que dan prioridad a la exigencia de la responsabilización de todos los actores, tanto públicos como privados, y cuyo acceso a los recursos ha disminuido en los últimos años**

Estos siete enfoques abarcan un conjunto de medidas prioritarias que se deben tomar tanto dentro como fuera del sector de la salud y que requieren la participación y responsabilización de todos los actores: organismos internacionales y regionales, gobiernos, el sector con fines de lucro, organizaciones de la sociedad civil y movimientos populares. Aunque los ministerios de salud a nivel nacional y la OMS y sus organizaciones regionales a nivel internacional desempeñan un papel crucial de liderazgo en la movilización de voluntad política y la promoción de coaliciones y alianzas, ninguna persona u organización se puede abstener de actuar para cuestionar las barreras de la inequidad de género. Solo de esta forma se podrán romper los círculos viciosos continuos de la desigualdad, la injusticia, la ineficacia y la ineficiencia en materia de salud.

## Referencias bibliográficas

- ABANE, H. (2004) 'The girls do not learn hard enough so they cannot do certain types of work' - Experiences from an NGO-sponsored gender sensitization workshop in a southern Ghanaian community. *Community Development Journal* 39, 49-61.
- ABDEL-HADY, A. (1998) La Tarago': Kefah Qarya Messreya lelqada'a a'la alkheta (Arabic) Cairo: Cairo Institute for Human Rights Studies; cited in Nahla Abdel-Tawab and Sahar Hegazi, "Critical Analysis of Interventions Against FGC in Egypt" June 2000 (Report of a study funded by USAID).
- ABOU-GAREEB, I., LEWALLEN, S., BASSETT, K. & COURTRIGHT, P. (2001) Gender and blindness: a meta-analysis of population-based prevalence surveys. *Ophthalmic Epidemiol*, 8, 39-56.
- AGNES, F. (2005) Women Domestic Violence Act: A Portal of Hope. *Combat Law*, vol 4, issue 6, 2005.  
[http://www.combatlaw.org/information.php?issue\\_id=25&article\\_id=633](http://www.combatlaw.org/information.php?issue_id=25&article_id=633)
- AGREN, G. (2003) Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden. Stockholm, The National Institute of Public Health, 2003: 20-21.
- AHMADI, A. (2007) Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. *J Burn Care Res*, 28, 30-41.
- AHMED, S. M., ADAMS, A. M., CHOWDHURY, M. & BHUIYA, A. (2000) Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Soc Sci Med*, 51, 361-71.
- AIKEN, L., CLARKE, S., SLOANE, D., SOCHALSKI, J. & SILBER, J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288, 1987-93.
- ALBALAK, R., BRUCE, N., MCCRACKEN, J. P., SMITH, K. R. & DE GALLARDO, T. (2001) Indoor respirable particulate matter concentrations from an open fire, improved cookstove, and LPG/open fire combination in a rural Guatemalan community. *Environ Sci Technol*, 35, 2650-5.
- ALLOTEY, P. (2005) Does Primary Health Care still have currency in improving sexual and reproductive health of women? Paper presented at the Expert Group Meeting "Enhancing Participation of Women in Development". Bangkok, Thailand, 8-11 November 2005.
- ALLOTEY, P. & GYAPONG, M. (2005) The gender agenda in the control of tropical diseases; A review of current evidence. *The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases*. Geneva, World Health Organization.
- AMARO, H. (1995) Love, sex and power. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- ANTROBUS, P. & SEN, G. (2006) The personal is global: the project and politics of the transnational women's movement. En: BATLIWALA, S. & BROWN, L. D. (Eds.) *Transnational Civil Society: an Introduction*. Bloomfield CT, Kumarian Press.
- ARNOLD, F. (1997) Gender preferences for children *Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 23. Macro International Inc*. Calverton, Maryland.
- ARROW (2005) Monitoring ten years of ICPD implementation: the way forward to 2015. *Asian Country Report*. Kuala Lumpur, ARROW.
- ARROW. (2000) A Framework of Indicators for Action on Women's Health Needs & Rights after Beijing. Kuala Lumpur, ARROW.
- ASHCRAFT, K. L. & MUMBY, D. K. (2004) *Reworking Gender: A Feminist Communicology of Organization*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- ASTBURY, G. (2002) Mental health: gender bias, social position, and depression En: SEN G, G. A., ÖSTLIN P (Ed.) *Engendering international health*, Cambridge, MIT Press.
- AVSC (1997) Profamilia's clinics for men: A case study. Oaxaca, México.
- AWID (2006) Where is the money for women's rights? Assessing resources and the role of donors in the promotion of women's rights and the support of women's organisations. Association for Women's Rights in Development
- BANK, W. (2006) Gender Equality as Smart Economics: A World Bank Group Gender Action Plan. New York, World Bank.
- BARKER, G. (2000) Gender Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflections from Qualitative Research and Programme Development in Rio de Janeiro. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 263-282.
- BARKER, G. (2006) Engaging Boys and Men to Empower Girls: Reflections from Practice and Evidence of Impact. EGM/DVGC/2006/EP.3 United Nations Division for the Advancement of Women (DAW) In collaboration with UNICEF Expert Group Meeting Elimination of all forms of discrimination and violence Against the girl child Florence, Italy, 25-28 September 2006.
- BARKER, G. & RICARDO, C. (2005) Young men and the construction of masculinity in sub-saharan Africa. *Social Development Papers* 26, June 2005.
- BARKER, G., RICARDO, C. & NASCIMENTO, M. (en imprenta) Engaging Men and Boys to Transform Gender-Based Health Inequities: Evidence from programme interventions World Health Organization and Instituto Promundo en colaboración con MenEngage Alliance.

- BARRIENTO, S., KABEER, N. & HOSSAIN, N. (2004) The gender dimensions of the globalization of production. Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.
- BATES, I., FENTON, C., GRUBER, J., LALLOO, D., LARA, A. M., SQUIRE, S. B., THEOBALD, S., THOMSON, R. & TOLHURST, R. (2004) Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infect Dis*, 4, 368-75.
- BATTHYANY, K. & CORREA, S. (2007) Health, Gender and Poverty in Latin America. Documento encargado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género.
- BATTISTELLA, G. & ASIS, M. (1999) The Crisis and Migration in Asia. Scalabrini Migration Center.
- BEBBINGTON, P. (1998) Sex and depression. *Psychol Med*, 28, 1-8.
- BEGUM, V., DE COLOMBANI, P., DAS GUPTA, S., SALIM, A. H., HUSSAIN, H., PIETRONI, M., RAHMAN, S., PAHAN, D. & BORGDORFF, M. W. (2001) Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis*, 5, 604-10.
- BEHERA, D., DASH, S. & YADAV, S. P. (1991) Carboxyhaemoglobin in women exposed to different cooking fuels. *Thorax*, 46, 344-6.
- BEIJING (1995) Fourth World Conference on Women - Action for Equality, Development and Peace Beijing, China, September 1995.
- BERMAN, P. & BOSSERT, T. (2000) A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Washington, UNAID.
- BHUGRA, D. & MASTROGIANNI, A. (2004) Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry*, 184, 10-20.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ, E. & KOSSAKOWSKA-PETRYCKA, K. (2006) Depressive mood in men after the birth of their offspring: the role of social support, fathers' personality and prenatal expectations. *J Reprod Infant Psychol*, 24, 21-29.
- BIRDSALL, N., LEVINE, R. & IBRAHIM, A. (2005) Education and Gender Equality. Toward universal primary education: investments, incentives, and institutions. London, Earthscan, for the UN Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality.
- BOBAK, M., JARVIS, M. J., SKODOVA, Z. & MARMOT, M. (2000) Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tob Control*, 9, 310-2.
- BONDE, J. P. & STORGAARD, L. (2002) How work-place conditions, environmental toxicants and lifestyle affect male reproductive function. *Int J Androl*, 25, 262-8.
- BORGHI, J., ENSOR, T., SOMANATHAN, A., LISSNER, C. & MILLS, A. (2006) Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet*, 368, 1457-65.
- BOSCH, F. X., CASTELLSAGUE, X., MUNOZ, N., DE SANJOSE, S., GHAFARI, A. M., GONZALEZ, L. C., GILI, M., IZARZUGAZA, I., VILADIU, P., NAVARRO, C., VERGARA, A., ASCUNCE, N., GUERRERO, E. & SHAH, K. V. (1996) Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *J Natl Cancer Inst*, 88, 1060-7.
- BREEN, N. (2002) Social Discrimination and Health: Gender, Race, and Class in the United States. En: SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) *Engendering International Health: The Challenge of Equity*. Cambridge, MIT Press.
- BROCK, K. E., BERRY, G., MOCK, P. A., MACLENNAN, R., TRUSWELL, A. S. & BRINTON, L. A. (1988) Nutrients in diet and plasma and risk of in situ cervical cancer. *J Natl Cancer Inst*, 80, 580-5.
- BROWN, A., JEJEEBOY, S., SHAH, I. & YOUNT, K. (2001a) Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO studies. WHO/RHR/01.8. Geneva, WHO/Department of Reproductive Health Research.
- BROWN, L., TRULILLO, L. & MACINTYRE, K. (2001b) Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What have we learned? *Horizons Program*. Washington, The Population Council.
- BRUCE, J., HABERLAND, N., MILLER, K. & FASSIHIAN, G. (1998) Unrealized Quality and Missed Opportunities in Family Planning Services. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*. New York, The Population Council.
- BRUCE, N., PEREZ-PADILLA, R. & ALBALAK. (2002) The health effects of indoor air pollution exposure in developing countries. Geneva.
- BUCHAN, J., JOBANPUTRA, R., GOUGH, P. & HUTT, R. (2006) Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Hum Resour Health*, 4, 14.
- BUTLER, J. (2005) *Undoing Gender*. New York, Routledge.
- CAIRO (1994) United Nations International Conference on Population and Development (ICPD). Cairo, Egypt, 5-13 September 1994.
- CAMPBELL-WHITE, A., MERRICK, T. W. & YAZBECK, A. S. (2006) *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal Poverty, Health, and Development in a Changing World*. World Bank Publications.
- CAMPBELL, C. A. (1995) Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Soc Sci Med*, 4, 197-210.
- CAMPBELL, J. C. (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-6.

- CANTOR, J. (2002) The Psychological Effects of Media Violence on Children and Adolescents. Presentado en Colloquium on Television and Violence in Society, Centre d'études sur le media Montréal, Canada.
- CARON, J. (2003) Report on Governmental Health Research Policies Promoting Gender or Sex Differences Sensitivity. Preparado por Institute of Gender and Health, Canada.
- CARR, A. & COOPER, D. A. (2000) Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*, 356, 1423-30.
- CASELEY, J. (2003) Blocked drains and open minds: multiple accountability relationships and improved service delivery performance in Indian city. IDS Working paper 211.
- CASSELS, A., HEINEMAN, E., LECLERQ, S., GURUNG, P. K. & RAHUT, C. B. (1982) Tuberculosis case-finding in Eastern Nepal. *Tubercle*, 63, 175-85.
- CEDILLO BECERRIL, L. A., HARLOW, S. D., SANCHEZ, R. A. & MONROY, D. S. (1997) Establishing Priorities for Occupational Health Research among Women Working in the Maquiladora Industry. *Int J Occup Environ Health*, 3, 221-230.
- CHANT, S. (2002) Families on the Verge of Breakdown? Views on Contemporary Trends in Family Life in Guanacaste, Costa Rica. *Journal of Developing Societies*, Series 18.
- CHATTERJEE, M. (1988) *Access to health*, Nueva Delhi, Manohar Publications.
- CHEN, M., VANEK, J., LUND, F., HEINTZ, J., JHABVALA, R. & BONNER, C. (2005) Progress of the World's Women 2005: Women, Work and Poverty. United Nations Development Fund for Women (UNIFEM).
- COHEN, S. I. & BURGER, M. (2000) Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health. *Technical Paper No. 3*. New York, United Nations Population Fund.
- COKER, A. L., SMITH, P. H., BETHEA, L., KING, M. R. & MCKEOWN, R. E. (2000) Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*, 9, 451-7.
- COLMAN, R. (2003) A Profile of Women's Health Indicators in Canada. GPI Atlantic, [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/indicators-indicateurs\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/indicators-indicateurs_e.html).
- COOK, R., DICKENS, B. & FATHALLA, M. (Eds.) (2003) *Reproductive health and human rights - Integrating medicine, ethics and law*, Oxford University Press.
- COOK, R. J. (2007) Women's Health and Social Justice: Global Perspectives. 2007 Boyarsky Lecture in Law, Medicine and Ethics, March 7, 2007.
- COOK, R. J. & NGWENA, C. G. (2006) Women's access to health care: the legal framework. *Int J Gynaecol Obstet*, 94, 216-25.
- COUNCIL OF EUROPE (2003) The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency. Brussels, Social, Health and Family Affairs Committee.
- COURTENAY, W. H. (1997) Focus on men's health. *Blue Shield of California Positive Personal Health*.
- COURTWRIGHT, P. & LEWALLEN, S. (2002) Sex, gender and blindness: eye diseases and use of eye care services. Geneva, World Health Organization.
- CRENSHAW, K. (1991) Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- CROSSAN, E. & AMOS, A. (1994) Under a cloud: women, law income and smoking. Edinburgh, Health Education Board for Scotland.
- CSDH (2007) The Causes of the Causes – A Draft of the CSDH 'Narrative Values. Documento presentado en 7th Commissioners' Meeting, Geneva, 17-19 January 2007
- CURRAH, P., JUANG, R. & PRICE MINTER, S. (Eds.) (2006) *Transgender Rights*. Minnesota, University of Minnesota Press.
- DANIELSSON, M. & LINDBERG, G. (2001) Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox. En: ÖSTLIN, P., DANIELSSON, M., DIDERICHSEN, F., HÄRENSTAM, A. & LINDBERG, G. (Eds.) *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*. Cambridge, Harvard University Press.
- DE KONINCK, M., BERGERON, P. & BOURBONNAIS, R. (1997) Women physicians in Quebec. *Soc Sci Med*, 44, 1825-32.
- DEMESA, A. & MONTECINOS, V. (1999) The Privatization of Social Security and Women's Welfare: Gender Effects of the Chilean Reform. *Lat Am Res Rev*, 34, 7-37.
- DENNIS, R. J., MALDONADO, D., NORMAN, S., BAENA, E. & MARTINEZ, G. (1996) Woodsmoke exposure and risk for obstructive airways disease among women. *Chest*, 109, 115-9.
- DEPINHO, H., MURTHY, R., MOORMAN, J. & WELLER, S. (2005) Integration of Health Services. En: RAVINDRAN, T. & PINHO, H. D. (Eds.) *The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*. Johannesburg (Sudáfrica), Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- DESJARLAIS, R., EISENBERG, L. & GOOD, B. (1995) *World Mental Health: problems and priorities in low income countries*. Oxford, Oxford University Press.
- DEWALT, D. A., BERKMAN, N. D., SHERIDAN, S., LOHR, K. N. & PIGNONE, M. P. (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19, 1228-39.
- DION, M. (2006) Women's Welfare and Social Security Privatization in Mexico. *International Studies in Gender, State & Society*, 13, 400-426.

- DOUTHWAITE, M. & WARD, P. (2005) Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy Plan*, 20, 117-23.
- DOYAL, L. (1995) *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- DOYAL, L. (1998) Gender and health: Technical paper. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ECKHOLM, E. (2007) In turnabout, infant deaths climb south. *New York Times*.
- EGYPT DHS 2000 Egypt Demographic and Health Survey. Ministerio de Salud y Población, Consejo Nacional de Población, ORC Macro, 2001.
- EGYPT DHS 2003 Egypt Interim Demographic and Health Survey 2003. Ministry of health and population, National Population Council, ORC Macro, 2001.
- EGYPT DHS (2005) Egypt Demographic and Health Survey 2005. Ministry of health and population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, ORC Macro, 2005.
- EICHLER, M. & BURKE, M. A. (2006) The BIAS FREE Framework: a new analytical tool for global health research. *Can J Public Health*, 97, 63-8.
- EICHLER, M., REISMAN, A. L. & BORINS, E. M. (1992) Gender Bias in Medical Research. *Women & Therapy*, 12, 61-70.
- EL GENEIDY ET AL 1991 CITED IN WATTS AND SIDDIQI (2006) Social determinants of health in the Eastern Mediterranean region: a Discussion Paper. Health Policy and Planning Unit, Division of Health Systems and Services Development, WHO, EMRO.
- ELSEY, H., KILONZO, N., TOLHURST, R. & MOLYNEUX, C. (2005) Bypassing districts? Implications of sector-wide approaches and decentralization for integrating gender equity in Uganda and Kenya. *Health Policy Plan*, 20, 150-7.
- ELSON, D. (2005) Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW. Report Highlights and Key Conclusions. UNIFEM.
- ENARSON, E. (2000) Gender and Natural Disasters, IPCRR Working Paper no.1. International Labour Organization.
- EQUAPOL (2005) Gender — sensitive and women friendly public Policies: a comparative analysis of their progress and impact. *EU research on social science and humanities*. Brussels, EQUAPOL, European Commission.
- ERDMAN, J. & COOK, R. (2007) A Human Rights Framework: Policy development on women's reproductive and sexual health. Recuadro encargado por la WGEKN.
- ERIKSSON, P. (2001) Hospital in reform - current trends. En: ERIKSSON, P., DIWAN, V. K. & KARLBERG, I. (Eds.) *Health sector reforms: what about hospitals?* Göteborg, Nordic School of Public Health.
- ETAN (2000) Science Policies in the European Union: Promoting excellence through mainstreaming gender equality. *Report on Women and Science*. Brussels, European Commission, Research Directorate-General.
- EVERS, B. & JUÁREZ, M. (2003) Understanding the links: globalization, health sector reform, gender and reproductive health. Ford Foundation Reproductive Health Affinity Group.
- EYBEN, R. (2006) The impact of global policies and international practices on pathways of women's empowerment. Institute for Development Studies (IDS), Sussex. Draft discussion paper for the scoping workshop at Dunford House of the Global hub for the research programme consortium.
- EZZATI, M., SALEH, H. & KAMMEN, D. M. (2000) The contributions of emissions and spatial microenvironments to exposure to indoor air pollution from biomass combustion in Kenya. *Environ Health Perspect*, 108, 833-9.
- FALUDI, S. (1992) *Backlash: The Undeclared War Against American Women*. Nueva York, Anchor Books.
- FARGUES, P. (2001) Terminating marriage. En: HOPKINS, N. (Ed.) *The new arab family*. Cairo, American University in Cairo Press, 24(1-2).
- FAS (2003) Research strategy 2005-2008. Stockholm, The Swedish Council for Working Life and Social Research (FAS).
- FAUSTO-STERLING, A. (2000) *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*. New York, Basic Book.
- FAZIO, I. (2004) The family, honour and gender in Sicily: models and new research. *Modern Italy*.
- FEDERAL ABORTION BAN TRIALS (2007) U.S. Supreme Court Upholds Federal Abortion Ban: Law Threatens Women's Health; Criminalizes Safe, Early Abortions. Washington DC, 18 de abril del 2007. [http://www.federalabortionban.org/press\\_statements/070418-supreme\\_court.asp](http://www.federalabortionban.org/press_statements/070418-supreme_court.asp).
- FIGÁ-TALAMANCA, I. (1998) Reproductive health and occupational hazards among women workers. *Women and occupational health*. Geneva, World health Organization.
- FONG, M. S., WAKEMAN, W. & BHUSHAN, A. (1996) Toolkit on gender in water and sanitation. *World Bank gender toolkit series*. Washington, DC, World Bank.
- FONN, S. & XABA, M. (2001) Health Workers for Change: developing the initiative. *Health Policy And Planning*, 16, 13-18.
- FORD FOUNDATION (2003) Experts' perspectives on globalization, health sector reform, gender and reproductive health. Ford Foundation Reproductive Health Affinity Group.
- FORREST, B. D. (1991) Women, HIV, and mucosal immunity. *Lancet*, 337, 835-6.
- FORUM FOR COLLABORATIVE HIV RESEARCH (2002) Report of the Workshop: Sex and Gender Issues in HIV Disease. November 4-5, Washington DC, The George Washington University Medical Center.

- FOSTER, S. W., MCMURRAY, J. E., LINZER, M., LEAVITT, J. W., ROSENBERG, M. & CARNES, M. (2000) Results of a gender-climate and work-environment survey at a midwestern academic health center. *Acad Med*, 75, 653-60.
- FOX, G., SCHWARTZ, A. & HART, K. M. (2006) Work-family balance and academic advancement in medical schools. *Acad Psychiatry*, 30, 227-34.
- FREEDMAN, L. (2005) Achieving the MDGs: Health systems as core social institutions. *Development*, 48, 19-24.
- FRENK, J., KNAUL, F. M., VAZQUEZ-SEGOVIA, L. A. & NIGENDA, G. (1999) Trends in medical employment: persistent imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health*, 89, 1054-8.
- FRIED, S. T. (2007) Women won't wait campaign; Show us the money: is violence against women on the HIV & AIDS donor agenda? Washington DC, Action Aid.
- FRY, P. S. (2001) Predictors of Health-Related Quality of Life Perspectives, Self-Esteem, and Life Satisfaction of Older Adults Following Spousal Loss. An 18-Month Follow-up Study of Widows and Widowers. *The Gerontologist*, 41, 787-798.
- GARCIA-MORENO, C. (2002) Violence against women: consolidating a public health agenda. En SEN G, G. A., ÖSTLIN P (Ed.) *Engendering international health: a challenge of equity*. Cambridge MIT Press.
- GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H., ELLSBERG, M., HEISE, L., WATTS, C. H. & ON BEHALF OF THE WHO MULTI-COUNTRY STUDY ON WOMEN'S HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN STUDY TEAM (2006a) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H. A., ELLSBERG, M., HEISE, L. & WATTS, C. H. (2006b) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-9.
- GAYNOR, C. (2006) The Paris Declaration's partnership commitments and the implication for gender equality. Documento para OECD/DAC Gendernet meeting 5-7 July 2006. Paris. Earlier version presented at the Joint biannual meeting of the Inter-Agency Network on Women and Gender Equality (IANWGE) and the OECD/DAC Network on Gender Equality, Nairobi, 30-31.1.2006.
- GEEFHUYSEN, C. J. (1999) Safe Motherhood in Indonesia: A Task for the Next Century. En: BERER, M. & RAVINDRAN, T. K. S. (Eds.) *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Oxford, Blackwell Science.
- GEORGE, A. (2003) Using accountability to improve reproductive health care. *Reprod Health Matters*, 11, 161-70.
- GEORGE, A. (2007a) Human Resources for Health: a gender analysis. Documento encargado por la Women and Gender Equity Knowledge Network.
- GEORGE, A. (2007b) The outrageous as ordinary: primary health care workers' Perspectives on accountability in Koppal district, Karnataka State, India. *Institute of Development Studies*. Brighton Sussex University.
- GEORGE, A., IYER, A. & SEN, G. (2005) Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India. Brighton IDS Working Paper No 23.
- GEREIN, N., GREEN, A. & PEARSON, S. (2006) The implications of shortages of health professionals for maternal health in sub-saharan Africa. *Reprod Health Matters*, 14, 40-50.
- GERONIMUS, A. & THOMPSON, J. P. (2004) To denigrate, ignore, or disrupt: racial inequality in health and the impact of a policy-induced breakdown of African American communities. *Du Bois Rev*, 1, 247-279.
- GERONIMUS, A. T. (1992) The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethn Dis*, 2, 207-21.
- GERONIMUS, A. T. (1996) Black/white differences in the relationship of maternal age to birthweight: a population-based test of the weathering hypothesis. *Soc Sci Med*, 42, 589-97.
- GERONIMUS, A. T., HICKEN, M., KEENE, D. & BOUND, J. (2006) "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *Am J Public Health*, 96, 826-33.
- GIELEN, A. C., MCDONNELL, K. A., BURKE, J. G. & O'CAMPO, P. (2000) Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Matern Child Health J*, 4, 111-20.
- GIJSBERS VAN WIJK, C. M., KOLK, A. M., VAN DEN BOSCH, W. J. & VAN DEN HOOGEN, H. J. (1995) Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Soc Sci Med*, 40, 597-611.
- GIJSBERS VAN WIJK, C. M., VAN VLIET, K. P. & KOLK, A. M. (1996) Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Soc Sci Med*, 43, 707-20.
- GILSON, L. (2003) Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*, 56, 1453-68.
- GIRARD, F. & NOWICKA, W. (2002) Clear and compelling evidence: the Polish Tribunal on Abortion Rights. *Reproductive Health Matters*, 10, 22-30.
- GLOBAL CAMPAIGN FOR EDUCATION (2005) Girls can't wait: why girls' education matters and how to make it happen now. *Reprod Health Matters*, 13, 19-22.
- GOETZ, A. M. (2006) Promoting accountability for implementing the MDG 3. *Promoting the gender-equity MDG: the implementation challenges*. Washington DC, USA.
- GOLDMAN, M. & HATCH, M. (2000) *Women and Health*, Academic Press.

- GOLDSTEIN, S., USDIN, S., SCHEEPERS, E. & JAPHET, G. (2005) Communicating HIV and AIDS, what works? A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *J Health Commun*, 10, 465-83.
- GOTTLIEB, S. (2000) Medical bills account for 40% of bankruptcies. *Bmj*, 320, 1295.
- GOVENDER, V. & PENN-KEKANA, L. (2007) Gender Biases and Discrimination: a review of health care interpersonal interactions. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- GREENE, M., MEHTA, M., PULERWITZ, J., WULF, D., BANKOLE, A. & SINGH, S. (2006) Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development. Background paper prepared for the UN Millennium Project to contribute to the report Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals.
- GROOHI, B., ROSSIGNOL, A. M., BARRERO, S. P. & ALAGHEHBANDAN, R. (2006) Suicidal behavior by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. *Crisis*, 27, 16-21.
- GROSS, B., VAN WIJK, C. & MUKHERJEE, N. (2001) Linking Sustainability with Demand, Gender and Poverty: A study in community managed water supply projects in 15 countries. Washington DC, UNDP-World Bank WSP and IRC International Water and Sanitation Centre).
- GROWN, C., GUPTA, G. R. & PANDE, R. (2005) Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365, 541-3.
- GRUENBAUM, E. (2001) *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*, Filadelfia, University of Philadelphia Press.
- GRUSKIN, S. & TARANTOLA, D. (2001) HIV/AIDS and human rights revisited. *Can HIV AIDS Policy Law Rev*, 6, 24-9.
- GULFNEWS.COM (2006) Authorities ban rallies in eastern Pakistan. Pakistán, November 30 2006, <http://archive.gulfnews.com/articles/06/11/30/10086204.html>
- GUPTA, N., DIALLO, K., ZURN, P. & DAL POZ, M. R. (2003) Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Hum Resour Health*, 1, 5.
- GUPTA, M. (2003) *A Walk Down Memory Lane: An Insider's Reflections on the Campaign Against Sex-Selective Abortions*. Masum, Pune, India.
- GWATKIN, D. R. (2003) Initial country-level information about socioeconomic differences in health, nutrition, and population, volumes I and II. Washington DC, World Bank.
- GYLES, W. & HYNDMAN, J. (2004) Introduction: Gender and Conflict in a Global Context. En: GYLES, W. & HYNDMAN, J. (Eds.) *Sites of Violence: Gender and Conflict Zones*. University of California: Berkeley.
- HANSON, K. (2002) Measuring up: gender, burden of disease, and priority setting. En: SEN G, G. A., ÖSTLIN P (Ed.) *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge, MIT Press.
- HARRISON, A., MONTGOMERY, E., LURIE, M. & WILKINSON, D. (2000) Barriers to implementing South Africa's termination of pregnancy act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning*, 15, 424-432.
- HARTIGAN, P. (1997) La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Rev Panam Salud Pública*, 2, 290-4.
- HDR (2006) Human Development Report 2006; Beyond scarcity: power, poverty and the global water crisis. Nueva York, PNUD.
- HELMKE, G. & LEVITSKY, S. (2004) Informal Institutions and Comparative Politics: A Research Agenda. *Perspectives on Politics*, 2, 725-740.
- HERZ, B. & SPERLING, D. (2004) What works in girl's education: evidence and policies from the developing world. New York, Council on Foreign Relations.
- HIMONGA, C. (2000) Law and gender in southern Africa: Human rights and family law. En: BRADSHAW, Y. & NDEGWA, S. (Eds.) *The uncertain promise of southern Africa*. Bloomington: Indiana University Press.
- HOLROYD, E., TWINN, S. & ADAB, P. (2004) Socio-cultural influences on Chinese women's attendance for cervical screening. *J Adv Nurs*, 46, 42-52.
- HOPKINS, N. (Ed.) (2001) *The new arab family*, Cairo, American University in Cairo Press, 24(1-2).
- HUDSON, V. M. & DEN BOER, A. M. (2004) *Bare Branches: The Security Implications of Asia's Surplus Male Population*. The MIT Press.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2003) Double standards: women's property rights violation in Kenya. Vol. 15, No. 5(A).
- HUNG, P. M., DZUNG, T. V., DAHLGREN, G. & TUAN, T. (2001) Efficient, equity-oriented financial strategies for health. En: T EVANS, M. W., F DIDERICHSEN, A BHUIYA, M WIRTH (Ed.) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Nueva York, Oxford University press.
- HUXLEY, V. H. (2007) Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Adv Physiol Educ*, 31, 17-22.
- ICRW (2004) To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa.
- IDS BRIDGE CUTTING EDGE PACK ON GENDER AND SEXUALITY  
[http://www.bridge.ids.ac.uk/reports\\_gend\\_CEP.html#Sexuality](http://www.bridge.ids.ac.uk/reports_gend_CEP.html#Sexuality).
- IGWG (2004) The SO WHAT Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes. *Interagency Gender Working Group Task Force Report*. Interagency Gender Working Group.

- ISLAM, S. S., VELILLA, A. M., DOYLE, E. J. & DUCATMAN, A. M. (2001) Gender differences in work-related injury/illness: analysis of workers compensation claims. *Am J Ind Med*, 39, 84-91.
- IYER, A. (2005) Gender, caste, class, and health care access: Experiences of rural households in Koppal district, Karnataka. Trivandrum, Centro Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology.
- IYER, A. (2007) Gender, Caste and Class in Health: Compounding and Competing Inequalities in Rural Karnataka, India. *Division of Public Health*. Universidad de Liverpool.
- IYER, A., SEN, G. & GEORGE, A. (2007a) The dynamics of gender and class in access to health care: Evidence from rural Karnataka, India. *Int J Health Serv*, 37,537-54
- IYER, A., SEN, G. & ÖSTLIN, P. (2007b) Intersectionality in health and health care: a review of research and policy. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- JAHAN, R. (2003) Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh. *Reprod Health Matters*, 11, 183-91.
- JAHAN, R. (2007) Securing Maternal Health through Comprehensive Reproductive Health Services: Lessons from Bangladesh. *Am J Public Health*, 9, 1186-90.
- JAHAN, R. & GERMAIN, A. (2004) Mobilising support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 364, 742-4.
- JANA, S., BASU, I., ROTHERAM-BORUS, M. J. & NEWMAN, P. A. (2004) The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Educ Prev*, 16, 405-14.
- JESANI, A. & MADHIWALLA, N. (2002) *Gender and medical education: report of national consultation and background material*, Mumbai, Centre for Enquiry into Health and Allied Themes.
- JEWKES, R. (2002) Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359, 1423-9.
- JEWKES, R., ABRAHAMS, N. & MVO, Z. (1998) Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*, 47, 1781-95.
- JEWKES, R., NDUNA, M., LEVIN, J., JAMA, N., DUNKLE, K., WOOD, K., KOSS, M., PUREN, A. & DUVVURY, N. (2007) Evaluation of Stepping Stones: A gender transformative prevention intervention. Policy Brief, March 2007. MRC: Sudáfrica.
- JHA, P., RANSON, M. K., NGUYEN, S. N. & YACH, D. (2002) Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health*, 92, 1002-6.
- JLI (2004) *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Joint learning initiative, Harvard University Press.
- JOEKES, S. (1995) Gender and livelihoods in northern Pakistan. *IDS Bull*, 26, 66-74.
- JOHANSSON, E., LONG, N. H., DIWAN, V. K. & WINKVIST, A. (1999) Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis*, 3, 862-8.
- JOHANSSON, E., LONG, N. H., DIWAN, V. K. & WINKVIST, A. (2000) Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy*, 52, 33-51.
- JOSEPHSON, M., LAGERSTROM, M., HAGBERG, M. & WIGAEUS HJELM, E. (1997) Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med*, 54, 681-5.
- KABEER, N. (1994) *Reversed Realities: Gender hierarchies in development thought*. Londres, Verso.
- KABEER, N. (2002) Globalisation, Labour Standards and Women's Rights: Dilemmas of Collective Action in an Interdependent World. Institute of Development Studies (IDS).
- KABEER, N. & SUBRAHMANIAN, R. (1999) Following through the process: implementation, monitoring and evaluation. En: KABEER, N. & SUBRAHMANIAN, R. (Eds.) *Institutions, Relations and Outcomes: A Framework and Case Studies for Gender-aware Planning*. New Delhi, Kali for Women.
- KALLANDER, K., TOMSON, G., NSUNGWA-SABIITI, J., SENYONJO, Y., PARIYO, G. & PETERSON, S. (2006) Community referral in home management of malaria in western Uganda: a case series study. *BMC Int Health Hum Rights*, 6, 2.
- KASSAK, K. M., GHOMRAWI, H. M., OSSEIRAN, A. M. & KOBEISSI, H. (2006) The providers of health services in Lebanon: a survey of physicians. *Hum Resour Health*, 4, 4.
- KAUFMAN, K. L., BROWN, R. T., GRAVES, K., HENDERSON, P. & REVOLINSKI, M. (1993) What, me worry? A survey of adolescents' concerns. *Clin Pediatr (Phila)*, 32, 8-14.
- KELEHER, H. & FRANKLIN, L. (2007) Strategies/interventions for changing gendered norms at the level of household and community. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- KELLY, L. M. (2006) Polygyny and HIV/AIDS: A health and human rights approach. *Journal for Juridical Science* 31, 1-38.
- KELLY, M. P., BONNEFOY, J., MORGAN, A., FLORENZANO, F., FRIEL, S. T., HOUWELING, T., BELL, R., TAYLOR, S. & SIMPSON, S. (2006) Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health. Documento preparado para CSDH.
- KIM, J. & MOTSEI, M. (2002) "Women enjoy punishment!": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med*, 54, 1243-54.

- KIM, Y. M., KOLS, A., PUTJUK, F., HEEREY, M., RINEHART, W., ELWYN, G. & EDWARDS, A. (2003) Participation by clients and nurse midwives in family planning decision making in Indonesia. *Patient Educ Couns*, 50, 295-302.
- KIMMEL, P. L. (2000) The nephropathies of HIV infection: Pathogenesis and treatment. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 9, 117-122.
- KLUGMAN, B. (2002) Gender Analysis in Health. A review of selected tool. Geneva, World Health Organization.
- KRIEGER, N., ROWLEY, D. L., HERMAN, A. A., AVERY, B. & PHILLIPS, M. T. (1993) Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med*, 9, 82-122.
- KRISHNA, A., KAPILA, M. & PATHAK, S. (2004a) Falling into poverty in villages of Andhra Pradesh: Why poverty avoidance policies are needed. *Economic and Political Weekly*, 17, 3247-3256.
- KRISHNA, A., KRISTJANSON, P., RADENY, M. & NINDO, W. (2004b) Escaping poverty and becoming poor in 20 Kenyan villages. *Journal of Human Development* 5, 211-226.
- LABIDI, L. (2001) From sexual submission to voluntary commitment: the transformation of family ties in contemporary Tunisia. En: HOPKINS, N. (Ed.) *The New Arab Family*. Cairo, Papers in Social Science, vol. 24, Numbers 1-2. American University in Cairo Press: Cairo y New York.
- LAFLAMME, L. & EILERT-PETERSSON, E. (2001) Injury risks and socioeconomic groups in different settings. Differences in morbidity between men and between women at working ages. *Eur J Public Health*, 11, 309-13.
- LANE SD, I. M. (1987) The 'hierarchy of resort' examined: status and class differentials as determinants of therapy for eye disease in the Egyptian delta. *Urban Anthropology* 16, 151-182.
- LAWRENCE, S. C. & BENDIXEN, K. (1992) His and hers: male and female anatomy in anatomy texts for U.S. medical students, 1890-1989. *Soc Sci Med*, 35, 925-34.
- LETOURNEAU, E. J., HOLMES, M. & CHASEDUNN-ROARK, J. (1999) Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Womens Health Issues*, 9, 115-20.
- LEVINSON, W., KAUFMAN, K. & BICKEL, J. (1993) Part-time faculty in academic medicine: present status and future challenges. *Ann Intern Med*, 119, 220-5.
- LEWALLEN, S. & COURTRIGHT, P. (2002) Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bull World Health Organ*, 80, 300-3.
- LIEFOOGHE, R., BALIDDAWA, J. B., KIPRUTO, E. M., VERMEIRE, C. & DE MUNYNCK, A. O. (1997) From their own perspective. A Kenyan community's perception of tuberculosis. *Trop Med Int Health*, 2, 809-21.
- LIU, Y., LIU, G., LIU, M. & XU, L. (2007) Final report on China basic health services project. Beijing: China, Financial & Economic Publishing House, June 2006 1st edition. p1-212.
- LLOYD, C. B. & GRANT, M. J. (2004) Growing up in Pakistan: the separate experiences of males and females. New York, Population Council, Policy Research Division Working Papers No. 188.
- LONG, N. H., JOHANSSON, E., DIWAN, V. K. & WINKVIST, A. (2001) Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: a gender analysis. *Health Policy*, 58, 69-81.
- LORBER, J. (1996) Beyond the binaries: depolarizing the categories of sex, sexuality, and gender. *Sociological Inquiry*, 66.
- LORBER, J. (1997) *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- LUCIANO, D., ESIM, S. & DUVVURY, N. (2005) How to Make the Law Work? Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27, 123 - 133
- MACKINTOSH, M. & TIBENDEBAGE, P. (2004) Gender and health sector reform: analytical perspective on African experience UNRISD.
- MAGE, D. T. & DONNER, E. M. (2004) The fifty percent male excess of infant respiratory mortality. *Acta Paediatr*, 93, 1210-5.
- MAGRANE, D., LANG, J. & ALEXANDER, H. (2005) Women in US Academic medicine: Statistics and medical school benchmarks. Association of American Medical Colleges.
- MAIO, R., WALLER, F., BLOW, F., HILL, E. & SINGER, K. (1997) Alcohol abuse/dependence in motor vehicle crash victims presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 4, 256-262.
- MANSBOTTER, A., LINDHOLM, L., LUNDBERG, M., WINKVIST, A. & OHMAN, A. (2006) Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness. *J Epidemiol Community Health*, 60, 616-20.
- MARSIGLIO, W. (1988) Adolescent male sexuality and heterosexual masculinity: a conceptual model and review. *J Adolesc Res*, 3, 285-303.
- MARSTON, C. & KING, E. (2006) Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368, 1581-6.
- MASTROIANNI, A. C., FADEN, R. & FEDERMAN, D. (1994) Women and health research: a report from the Institute of Medicine. *Kennedy Inst Ethics J*, 4, 55-62.
- MATAMALA, M. I. (2007) The Observatory on Gender Equity in Health in Chile. Ponencia presentada en el Consejo de Mujeres Líderes del Mundo. Madrid.
- MAYHEW, C. (2003) Occupational violence: a neglected occupational health and safety issue? *Policy and practice in health and safety* 1, 31-58.

- MAYOROVA, T., STEVENS, F., SCHERPBIER, A., VAN DER VELDEN, L. & VAN DER ZEE, J. (2005) Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy*, 72, 73-80.
- MAZIAK, W. (2002) Violence against women. *Lancet*, 360, 343-4.
- MEHRA, R. & GUPTA, R. (2006) Gender Mainstreaming: Making It Happen. International Center for Research on Women (ICRW).
- MESERVY, D., SURUDA, A. J., BLOSWICK, D., LEE, J. & DUMAS, M. (1997) Ergonomic risk exposure and upper-extremity cumulative trauma disorders in a maquiladora medical devices manufacturing plant. *J Occup Environ Med*, 39, 767-73.
- MESSING, K. (2004) Physical exposures in work commonly done by women. *Can J Appl Physiol*, 29, 639-56.
- MESSING, K. & ÖSTLIN, P. (2006) Gender Equality, work and health: a review of the evidence. Geneva, World Health Organization.
- MILLS, M.-B. (2003) Gender and inequality in the global labor force. *Annual Review of Anthropology*, 32, 41-62
- MISHRA, V. K., RETHERFORD, R. D. & SMITH, K. R. (1999) Biomass cooking fuels and prevalence of tuberculosis in India. *Int J Infect Dis*, 3, 119-29.
- MISRA, G. & CHANDIRAMANI, R. (Eds.) (2005) *Sexuality, gender and rights*. Sage Publications.
- MMWR (1994) MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report. US Department of Health and Human Services, (June 1994).
- MOHAMMADI, M. R., GHANIZADEH, A., RAHGOZART, M., NOORBALA, A. A., MALEKAFZALI, H., DAVIDIAN, H., NAGHAVI, H., SOORI, H. & YAZDI, S. A. (2005) Suicidal attempt and psychiatric disorders in Iran. *Suicide Life Threat Behav*, 35, 309-16.
- MOHAN, P., IYENGAR, S. D., MOHAN, S. B. & SEN, K. (2003) Auxiliary Nurse Midwife: What determines her place of residence? *Journal of Health and Population in Developing Countries*, <http://www.jhpdc.unc.edu>.
- MOLLER-LEIMKUEHLER, A. M. (2004) [Why are stereotypes about mentally ill so resistant? Lessons from social psychology]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 72, 36-44.
- MONASH, R. & BUERMA, J. T. (2004) Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 18, S55-S65.
- MOSER, C. & MOSER, A. (2005) Gender Mainstreaming Since Beijing: A review of success and limitations in international institutions. *Gender and Development*, 13, 11-23.
- MUMTAZ, Z., SALWAY, S., WASEEM, M. & UMER, N. (2003) Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: the experience of female providers. *Health Policy Plan*, 18, 261-9.
- MURPHY, E. M., GREENE, M. E., MIHAILOVIC, A. & OLUPOT-OLUPOT, P. (2006) Was the “ABC” Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda’s Decline in HIV? *PLoS Med*, 3, e379.
- MURTHY, R. (2007) Accountability to citizens on gender and health. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- MURTHY, R. K., KLUGMAN, B., WELLER, S. & AIZENBERG, L. (2005) Service Accountability and Community Participation. En: (EDS), R. A. D. P. (Ed.) *The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*. The Women’s Health Project, South Africa, 2005.
- NANDA, P. (2002) Gender dimensions of user fees: implications for women’s utilization of health care. *Reprod Health Matters*, 10, 127-34.
- NAPRAVNIK, S., POOLE, C., THOMAS, J. C. & ERON, J. J., JR. (2002) Gender difference in HIV RNA levels: a meta-analysis of published studies. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 31, 11-9.
- NAVAIE-WALISER, M., SPRIGGS, A. & FELDMAN, P. H. (2002) Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care*, 40, 1249-59.
- NEEMA, S. (2005) The impact of health policies and health sector reform on the readiness of health systems to respond to women’s health needs, with special focus on reproductive health, reproductive rights and HIV/AIDS. *UN Division for Advancement of Women (DAW) Experts Group Meeting*. Bangkok, Thailand.
- NIDADAVOLU, V. & BRACKEN, H. (2006) Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a District of Rajasthan, India. *Reprod Health Matters*, 14, 160-71.
- NIGENDA, G. & MACHADO, M. H. (2000) From state to market: the Nicaraguan labour market for health personnel. *Health Policy Plan*, 15, 312-8.
- NORAD (2006) Gender Equality: Evaluation of gender mainstreaming in UNDP. United Nations Development Programme, Evaluation Office y NORAD.
- NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL (2006) Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2005. Geneva, Internal Displacement Monitoring Center.
- NSABAGASANI, X., JESCA NSUNGWA, S., KALLANDER, K., PETERSON, S., PARIYO, G. & TOMSON, G. (2007) Home-based management of fever in rural Uganda: community perceptions and provider opinions. *Malar J*, 6, 11.
- ODERO, W. (1998) Alcohol-related road traffic injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 75, 708-711.
- OECD/DAC (2002) Gender Equality in Sector Wide Approaches A Reference Guide. Development Assistance Committee, OECD June 2002.

- OEI, T. P. & KERSCHBAUMER, D. M. (1990) Peer attitudes, sex, and the effects of alcohol on simulated driving performance. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 16, 135-46.
- OGDEN, J., ESIM, S. & GROWN, C. (2006) Expanding the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus. *Health Policy Plan*, 21, 333-42.
- ONTARIO WOMEN'S HEALTH COUNCIL (2007) Gender and Health Collaborative Curriculum Project. *Gender and Medical Education Toolkit* (<http://www.genderandhealth.ca/en/modules/>).
- ONYANGO-OUA, W., LAISSER, R., MBILIMA, M., ARAOYE, M., PITTMAN, P., AGYEPONG, I., ZAKARI, M., FONN, S., TANNER, M. & VLASSOFF, C. (2001) An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool. *Health Policy Plan*, 16, 24-32.
- ONYANGO, C. (2001) Gender and equity in health sector reform: a review of literature. *Women, health and development program*. Washington, Pan American Health Organization.
- ORENGO, C. A., FULLERTON, G. & TAN, R. (2004) Male depression: a review of gender concerns and testosterone therapy. *Geriatrics*, 59, 24-30.
- OSLER, M., HOLSTEIN, B., AVLUND, K., DAMSGAARD, M. T. & RASMUSSEN, N. K. (2001) Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scand J Public Health*, 29, 32-9.
- OSLER, M., NORDENTOFT, M. & NYBO ANDERSEN, A.-M. (2006) Health, lifestyle, family and school factors in adolescence: predicting adult educational level. *Am J Epidemiol*, 163, 654-661.
- ÖSTLIN, P. (2002a) Examining 'work' and its effect on health. En: SEN G, G. A., ÖSTLIN P (Ed.) *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge MIT Press.
- ÖSTLIN, P. (2002b) Gender inequalities in health: the significance of work. En: S WAMALA, J. L. (Ed.) *Gender and socioeconomic inequalities in health*. Lund, Studentlitteratur.
- ÖSTLIN, P. (2005) What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Geneva, World Health Organisation, Regional Office, Health Evidence Network (HEN).
- ÖSTLIN, P. & DIDERICHSEN, F. (2001) Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: A case study. *Policy learning curve series, Number 1*. European Centre for Health Policy.
- ÖSTLIN, P., ECKERMANN, E., MISHRA, U. S., NKOWANE, M. & WALLSTAM, E. (2006) Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promot Int*, 21 Suppl 1, 25-35.
- ÖSTLIN, P., GEORGE, A. & SEN, G. (2001) Gender, Health, and Equity. The Intersections. En: EVANS, T., WHITEHEAD, M., DIDERICHSEN F., BHUIYA, A. AND WIRTH, M. (Ed.) *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York, Oxford University Press.
- ÖSTLIN, P., SEN, G. & GEORGE, A. (2004) Paying Attention to Gender and Poverty in Health Research: Content and Process Issues. *Bull of the World Health Organ*, 82.
- PAHO (2001) Evaluating the impact of health reforms on gender equity - a PAHO guide. Washington, DC, Pan American Health organization.
- PANNARUNOTHAI, S. & MILLS, A. (1997) The poor pay more: health-related inequality in Thailand. *Soc Sci Med*, 44, 1781-90.
- PAOLI, P. & MERLIÉ, D. (2001) Third European survey on working conditions 2000 Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- PARK, P. (2002) All things unequal, in pay. *The Scientist* 16, 16.
- PARKER, R. & AGGLETON, P. (Eds.) (2007) *Culture, society and sexuality*, Nueva York, Routledge.
- PARKER, R. & CAMARGO, K. R., JR. (2000) [Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects]. *Cad Saude Publica*, 16, 89-102.
- PARKHURST, J. O. & RAHMAN, S. A. (2007) Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh. *Health Policy*, 80, 392-401.
- PAULSON, S., GISBERT, M. E. & QUITON, M. (1996) Case Studies of Two Women's Health Projects in Bolivia: La Casa de la Mujer, Santa Cruz. CIDEM/Kumar Warmi, El Alto, Family Health International, Research Triangle Park.
- PERNERSTORFER-SCHOEN, H., JILMA, B., PERSCHLER, A., WICHLAS, S., SCHINDLER, K., SCHINDL, A., RIEGER, A., WAGNER, O. F. & QUEHENBERGER, P. (2001) Sex differences in HAART-associated dyslipidaemia. *AIDS*, 15, 725-34.
- PETCHESKY, R. (2003) *Global prescriptions: gendering health and human rights*. London, Zed Books.
- PETCHESKY, R. & LAURIE, M. (2007) Gender, Health and Human Rights in Sites of Political Exclusion. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- PICCINELLI, M. & WILKINSON, G. (2000) Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*, 177, 486-92.
- PINGOL, A. (2001) Remaking Masculinities: Identity, Power and Gender Dynamics in Families with Migrant Wives and Househusbands U.P. Center for Women's Studies, Q.C.
- PITANGUY, J. (2002) Bridging the Local and the Global: Feminism in Brazil and the International Human Rights Agenda. *Social Research*, 69, 805-820.
- PRESSER, H. & SEN, G. (Eds.) (2000) *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Oxford, Oxford University Press.

- PRONYK, P. M., HARGREAVES, J. R., KIM, J. C., MORISON, L. A., PHETLA, G., WATTS, C., BUSZA, J. & PORTER, J. D. (2006) Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet*, 368, 1973-83.
- PRONYK, P. M., KIM, J. C., HARGREAVES, J. R., MAKHUBELE, M. B., MORISON, L. A., WATTS, C. & PORTER, J. D. H. (2005) Microfinance and HIV prevention – emerging lessons from rural South Africa. *Small Enterprise Development*, 16, 26-38.
- PUENTES-MARKIDES, C. (1992) Women and access to health care. *Soc Sci Med*, 35, 619-26.
- QUISUMBING, A. R. & MALUCCIO, J. A. (1999) Intra-household Allocation and Gender Relations: New Empirical Evidence. *Policy Research Report on Gender and Development, Working Paper Series, No. 2.*, Development Research Group/Poverty Reduction and Economic Management Network, The World Bank.
- RAGHUPATHY, S. (1996) Education and the use of maternal health care in Thailand. *Soc Sci Med*, 43, 459-71.
- RAHMAN, A., MOHAMEDANI, A., MIRGANI, E. M. & IBRAHIM, A. M. (1996) Gender aspects and women's participation in the control and management of malaria in central Sudan. *Soc Sci Med*, 42, 1433-46.
- RAMANA, G. (2003) Background paper for The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges. Washington, DC, World Bank.
- RAMARAO, S. & MIR, A. (2004) Transforming relationships in Pakistani villages. Nueva York, Consejo de Población.
- RAMASUBBU, K. & GURUM, H. (2001) Gender bias in clinical trials: double standards still apply? *Journal of women's health based medicine*, 10, 757-764.
- RAO, A. & KELLER, D. (2005) The lack of sufficient analytical work to back it up has meant that, given the broadness of the definitions, gender mainstreaming suffers from the Humpty-Dumpty syndrome. *Gender and Development*, 13, 57-69.
- RAO GUPTA, G. (2002) How men's power over women fuels the HIV epidemic: It limits women's ability to control sexual interactions. *BMJ*, 324, 183-184.
- RAO GUPTA, G., WEISS, E. & D, W. (1996) Gender and the global HIV/AIDS pandemic. En: TURPIN, J. & LORENTZEN, L. A. (Eds.) *The gendered new world order: militarism, development and the environment*. New York, Routledge.
- RATZAN, S. C. & PARKER, R. M. (2000) Introduction. En: C.R. SELDEN, M. Z., S.C. RATZAN, R.M. PARKER (Ed.) *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy.*, NLM Pub.No.CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S.Department of Health and Human Services.
- RAZAVI, S. & MILLER, C. (1995) From WID to GAD: Conceptual Shifts in the Women and Development Discourse. United Nations Research Institute for Social Development, United Nations Development Programme.
- RAZUM, O., JAHN, A. & SNOW, R. (1999) Maternal mortality in the former East Germany before and after reunification: changes in risk by marital status. *BMJ* 319, 1104-1105.
- RECA, I. C., ALVAREZ, M. & TIJOUX, M. E. (2002) The hidden costs of home care: a research methodology for case studies. Chile, OPS.
- REICHENBACH, L. & BROWN, H. (2004) Gender and academic medicine: impacts on the health workforce. *Bmj*, 329, 792-5.
- REISEN, V. M. & USSAR, M. (2005) Accountability upside down: Gender equality in a partnership for poverty reduction. Bruselas/Uruguay, Eurostep/Social Watch.
- RIFKIN, S. B. & WALT, G. (1986) Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care. *Soc Sci Med*, 23, 559-566.
- RINGHEIM, K. (2002) When the Client Is Male: Client-Provider Interaction from a Gender Perspective. *International Family Planning Perspectives*, 28, 170-175.
- RIVERS, K. & AGGLETON, P. (1998) Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic. *Gender and the HIV Epidemic*. Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- RIZK, D. E., EL-ZUBEIR, M. A., AL-DHAHERI, A. M., AL-MANSOURI, F. R. & AL-JENAIBI, H. S. (2005) Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 48-53.
- RODRIG, D. (1997) Has Globalization Gone Too Far? Washington DC, Institute for International Economics.
- ROGERSON, S. J., HVIID, L., DUFFY, P. E., LEKE, R. F. & TAYLOR, D. W. (2007) Malaria in pregnancy: pathogenesis and immunity. *Lancet Infect Dis*, 7, 105-17.
- ROSEN MOLINA, M. (2007) Poland parliament rejects constitutional amendments to strengthen anti-abortion law. *Jurist: legal news and research*.
- RUBIN, G. (1975) The Traffic in Women. Notes on the 'Political Economy' of Sex". En: REITER, R. R. (Ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press.
- RUSSELL, S. & GILSON, L. (1997) User fee policies to promote health service access for the poor: a wolf in sheep's clothing? *Int J Health Serv*, 27, 359-79.
- RUSSO, N. F. (1990) Overview: forging research priorities for women's mental health. *Am Psychol*, 45, 368-73.
- SALTMAN, R. (2002) The Western European experiences with health sector reform. Copenhagen, The European Observatory of Health Care.
- SCHERNHAMMER, E. S. & GRAHAM, A. C. (2004) Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *Am J Psychiatry*, 161, 2295-2302.

- SCHINDEL J, C. D., O'NEIL E, SOLOMON K, IMMARTINO B, SANTIMAURO J (2006) *Workers who care: a graphical profile of the frontline health and health care workforce San Francisco*.
- SCHULZ, A. J. & MULLINGS, L. (Eds.) (2006) *Gender, race, class and health: intersectional approaches*. San Francisco, Jossey-Bass.
- SEGUINO, S. (2005) All Types of Inequality Are Not Created Equal: Divergent Impacts of Inequality on Economic Growth. Burlington, University of Vermont.
- SEIDMAN, S. N. & WALSH, B. T. (1999) Testosterone and depression in aging men. *Am J Geriatr Psychiatry*, 7, 18-33.
- SEN, A. (1990) Gender and co-operative conflicts. En: TINKER, I. (Ed.) *Persistent Inequalities: Women and World Development*. New York, OUP.
- SEN, A. K. (1992a) *Inequality Reexamined*. Cambridge, Harvard University Press.
- SEN, A. K. (1992b) Missing women. *BMJ*, 304, 586-587.
- SEN, A. K. (1999) *Development as Freedom*. Nueva York, Alfred A. Knopf
- SEN, G. (2006) The quest for gender equality. En: UTTING, P. (Ed.) *Reclaiming Development Agendas: Knowledge, Power and International Policy Making*. Nueva York, Palgrave Macmillan y UNRISD.
- SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (2002) Engendering Health Equity: A review of research and policy. En: SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) *Engendering International Health - the challenge of Equity*. Cambridge, MIT Press.
- SEN, G., GOVENDER, V. & COTTINGHAM, J. (2007a) Maternal and Neonatal Health: Surviving the Roller-Coaster of International Policy. MNHP Project, WHO.
- SEN, G., IYER, A. & GEORGE, A. (2006) Systematic hierarchies and systemic failures: Gender and health inequities in Koppal District. En: G. KADEKODI, R. KANBUR & RAO, V. (Eds.) *Governance and development in Karnataka*. Department of Applied Economics and Management, Cornell University, Ithaca, New York.
- SEN, G., IYER, A. & GEORGE, A. (2007b) Systematic hierarchies and systemic failures: Gender and health inequities in Koppal District. *Economic and Political Weekly*, XLII, 682-690.
- SHAIKH, B. T., RABBANI, F. RAHIM, M. (2006) Health Workers for Change: a tool for promoting behaviour change among health providers. *East Mediterr Health J*, 12 331-339.
- SHARMA, D. C. (2000) WHO to support health reforms in South East Asian region. *Lancet*, 356, 839.
- SHERRATT, D. R. (1999) Why women Need Midwives for Safe Motherhood. En: BERER, M. & RAVINDRAN, T. K. S. (Eds.) *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Oxford, Blackwell Science.
- SHRADER, E. & DELANEY, P. (2000) Gender and Post-Disaster Reconstruction: The Case of Hurricane Mitch in Honduras and Nicaragua. World Bank, Draft Report.
- SHULMAN, C. E. & DORMAN, E. K. (2003) Importance and prevention of malaria in pregnancy. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 97, 30-5.
- SIBAI, A. M., SEN, K., BAYDOUN, M. & SAXENA, P. (2004) Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bull World Health Organ*, 82, 219-25.
- SIDA (2006) Promoting gender equality in development cooperation. Stockholm, Department for Democracy and Social Development, Gender Equality Team, SIDA.
- SIMS, J. & BUTTER, M. (2002) Health and environment: moving beyond conventional paradigms. En: SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) *Engendering Health Equity: A review of research and policy* Cambridge, MIT Press.
- SMITH, K. M. & MAEUSEZAHLE-FEUZ, M. (2004) Indoor air pollution from household use of solid fuels. En: EZZATI, M., RODGERS, A. D. & LOPEZ, A. D. (Eds.) *Comparative quantification of health risks: the global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization.
- SMITH, M. K. (2002) Gender, poverty and intergenerational vulnerability to HIV/AIDS. *Gen Dev*, 10, 63-70.
- SNOW, R. (2002) Sex, gender and traffic accidents: Addressing male risk behavior. World Health organization.
- SNOW, R. (2007) Sex, Gender and Vulnerability. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- SOCIO-ECONOMIC WELFARE (2002) Newsletter of the International Council of Nurses. *January-March*.
- SOUKIE, J. M., NUSS, R. R., EVATT B, ABDELHAK, A., COWAN, L., HILL, H., KOLAKOSKI WILBER, M. N. & THE HEMOPHILIA SURVEILLANCE SYSTEM PROJECT INVESTIGATORS (2000) Mortality among males with hemophilia: relations with source of medical care. *Blood*, 96, 437-442.
- STANDING, H. (1997) Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy Plan*, 12, 1-18.
- STANDING, H. (2000) Gender impacts of health reforms. The current state of policy and implementation. Paper for Paper for ALAMES Meeting, Havana, Cuba, 3-6 July 2000.
- STANDING, H. (2002) Frameworks for understanding health sector reform. En: SEN G, G. A., ÖSTLIN P (Ed.) *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge, MIT Press.
- STEINBERG, M., JOHNSSON, S., SCHIERHOUT, G. & NDEGWA, D. (2002) Hitting Home: How households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic. A survey of household affected by HIV/AIDS in South Africa. ABT Associates.
- STERLING, T. R., VLAHOV, D., ASTEMBORSKI, J., HOOVER, D. R., MARGOLICK, J. B. & QUINN, T. C. (2001) Initial plasma HIV-1 RNA levels and progression to AIDS in women and men. *N Engl J Med*, 344, 720-5.

- STEVENSON, D. K., VERTER, J., FANAROFF, A. A., OH, W., EHRENKRANZ, R. A., SHANKARAN, S., DONOVAN, E. F., WRIGHT, L. L., LEMONS, J. A., TYSON, J. E., KORONES, S. B., BAUER, C. R., STOLL, B. J. & PAPILE, L. A. (2000) Sex differences in outcomes of very low birthweight infants: the newborn male disadvantage. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 83, F182-5.
- STIGLITZ, J. E. & CHARLTON, A. (2005) *Fair Trade for All. How Trade Can Promote Development*. Oxford University Press.
- STRONKS, K., VAN TRIRUM, H. & MACKENBACH, J. P. (1996) A documentation centre on socioeconomic inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 50, 5.
- SUGIURA, K., ITO, M. & MIKAMI, H. (2004) Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 51, 240-251.
- SWEDISH INSTITUTE (2004) Fact Sheets on Sweden: Equality Between Women and Men. Stockholm, Swedish Institute.
- TADIAR, F. M. (2000) Reproductive health programmes under health reform: The Philippines case. The Philippines case. International Council on Management of Population Programmes, Malaysia, pp 14. Disponible en: <http://www.icomp.org.my/Country/inno7b.html>
2000. TAJER, D. (2003) Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *Am J Public Health*, 93, 2023-7.
- THADDEUS, S. & MAINE, D. (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*, 38, 1091-110.
- THE COMMONWEALTH SECRETARIAT (1999) Conceptual Background. En: *The Gender Management System Handbook*. London, UK, The Commonwealth Secretariat.
- THE HIMALAYAN TIMES (2007) Court asks govt. to abolish 'chhaupadi' system. 24th May 2007, [http://nepallaw.blogspot.com/2005\\_09\\_01\\_archive.html](http://nepallaw.blogspot.com/2005_09_01_archive.html)
- THE SWEDISH RESEARCH COUNCIL (2003) Research Strategies 2005-2008: Medical Research – for Health, Quality Health Care and Economic Growth. *Swedish Research Council report series, Report 2003:8*.
- THEOBALD, S., SIMWAKA, B. N. & KLUGMAN, B. (2006) Gender, health and development III: engendering health research. *Progress in Development Studies*, 6.
- THORSON, A. (2002) Gender and TB. Geneva, World Health Organization.
- THORSON, A. & DIWAN, V. K. (2001) Gender inequalities in tuberculosis: aspects of infection, notification rates, and compliance. *Curr Opin Pulm Med*, 7, 165-9.
- THORSON, A., HOA, N. P. & LONG, N. H. (2000) Health-seeking behaviour of individuals with a cough of more than 3 weeks. *Lancet*, 356, 1823-4.
- THORSON, A. & JOHANSSON, E. (2004) Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*, 68, 37-46.
- THORSON, A., LONG, N. H. & LARSSON, L. O. (2007) Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scand J Infect Dis*, 39, 33-7.
- TIBANDEBAGE, P. & MACKINTOSH, M. (2002) Institutional reform and regulatory relationships in a liberalising health care system: a Tanzanian case study. En: HEYER, J., THORP, R. & STEWART F (Ed.) *Group Behaviour and Development* Oxford, Oxford University Press.
- TK RAVINDRAN, S. (1991) *Caste and the agrarian structure: A study of Chingleput District, Tamil Nadu, South India* Oxford & IBH Publishing Co
- TK RAVINDRAN, S. & KELKAR-KHAMBETE, A. (2007) Women's health policies and programmes and gender mainstreaming in health policies, programs and within the health sector. Documento encargado por Women and Gender Equity Knowledge Network.
- TOMPKINS, A. (2003) The Psychological Effects of Violent Media on Children *AllPsych Journal*, December 14, 2003.
- TRIMBLE, C. L., GENKINGER, J. M., BURKE, A. E., HOFFMAN, S. C., HELZLSOUER, K. J., DIENER-WEST, M., COMSTOCK, G. W. & ALBERG, A. J. (2005) Active and passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. *Obstet Gynecol*, 105, 174-81.
- TURMEN, T. (2003) Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 411-418.
- UNAIDS (1999) HIV/AIDS prevention in the context of new therapies. Geneva, ONUSIDA.
- UNAIDS (2006) Report on the global AIDS epidemic 2006. Geneva, ONUSIDA.
- UNAIDS/UNFPA/UNIFEM (2004) *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis. A joint report*.
- UNDP (2006) Evaluation of gender mainstreaming in UNDP. United Nations Development Programme, Evaluation Office.
- UNFPA (2002) State of world population 2002 - people, poverty and possibilities: making development work for the poor. New York, United Nations Population Fund.
- UNFPA (2003) State of World Population 2003. Making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights. New York, United Nations Population Fund.
- UNFPA (2004) UNFPA Global Population Policy Update, Issue 25 (May 19 2004).
- UNFPA (2005) UNFPA State of world population 2005: Chapter 4 Reproductive Health: A Measure of Equity. New York, United Nations Population Fund.

- UNFPA (2006) State of world population 2006. A Passage to Hope Women and International Migration. New York, United Nations Population Fund.
- UNHCR (2006) Global Refugee Trends. Ginebra, ONACUR.
- UNICEF (2005a) Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. *Innocenti Research Center, Innocenti Digest Series, no. 12.*
- UNICEF (2005b) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical exploration. UNICEF: November 2005.
- UNICEF (2006) The state of the world's children: excluded and invisible. New York, UNICEF.
- UNIDO (1989) Human resources in Zimbabwe's industrial development: the current and prospective contribution of women. Regional and Country Studies Branch, Industrial Policy and Perspective Division.
- UNITED NATIONS (1948) Universal Declaration of Human Rights. United Nations.
- UNITED NATIONS (1993) The report of the UN World Human Rights Conference in Vienna. Vienna, June 1993.
- UNITED NATIONS (1994) Report of the International Conference on Population and Development. Cairo (Egypt), September 5-13 1994.
- UNITED NATIONS (1995) Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, China, 1995. A/CONF.177/20 17. October 1995, United Nations.
- UNITED NATIONS (2001) Report of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. Durban, South Africa, August 31-September 7 2001.
- UNITED NATIONS (2005) Taking action: achieving gender equality and empowering women. Task force on education and gender equity, UN Millennium Project.
- USCRI (2006) World Refugee Survey 2006. U.S. Committee for Refugees and Immigrants (USCRI).
- USDIN, S., SCHEEPERS, E., GOLDSTEIN, S. & JAPHET, G. (2005) Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Soc Sci Med*, 61, 2434-45.
- USTUN, T. B., AYUSO-MATEOS, J. L., CHATTERJI, S., MATHERS, C. & MURRAY, C. J. (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184, 386-92.
- UYS, L. (2003) Guest editorial: longer-term aid to combat AIDS. *J Adv Nurs*, 44, 1-2.
- VAN LERBERGHE, W. & DE BROUWERE, V. (2001) Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. En: DE BROUWERE, V. & VAN LERBERGHE, W. (Eds.) *Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Studies in health service organisation and policy* Antwerp, ITG Press.
- VARGA, C. A. (2001) The forgotten fifty per cent: a review of sexual and reproductive health research and programs focused on boys and young men in sub-Saharan Africa. *Afr J Reprod Health*, 5, 175-95.
- VELEZ, I., HENDRICKX, E., ROMAN, O. & DEL PILAR ARGUDELOS, S. (1997) Gender and leishmaniasis in Columbia: a redefinition of existing concepts. Geneva, TDR/WHO.
- VERDONK, P., MANS, L. J. & LAGRO-JANSSEN, A. L. (2005) Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ*, 39, 1118-25.
- VLASSOFF, C. (1994) Gender inequalities in health in the Third World: uncharted ground. *Soc Sci Med*, 39, 1249-59.
- VLASSOFF, C. & FONN, S. (2001) Health Workers for Change as a health systems management and development tool. *Health Policy and Planning*, 16 47-52.
- WALLACE, T. (2006) Evaluating Stepping Stones. A review of existing evaluations and ideas for future M&E work. London: ActionAid International.
- WALLERSTEIN, N. (2006) What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? *Health Evidence Network Report*. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organisation.
- WANG, Y. F. (2000) Male reproductive health research needs and research agenda: Asian and Pacific Perspective. *Int J Androl*, 23, 4-7.
- WASSIF ET AL 1994 CITED IN WATTS AND SIDDIQI (2006) Social determinants of health in the Eastern Mediterranean region: a Discussion Paper. Health Policy and Planning Unit, Division of Health Systems and Services Development, WHO, EMRO.
- WATKINS, R. E. & PLANT, A. J. (2006) Does smoking explain sex differences in the global tuberculosis epidemic? *Epidemiol Infect*, 134, 333-9.
- WATTS, C. & ZIMMERMAN, C. (2002) Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359, 1232-7.
- WATTS, S. (2004) Women, water management and health. *Emerg Infect Dis*, 10, 2025-6.
- WEISS, E., WHELAN, D. & GUPTA, G. R. (2000) Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 233-245.
- WEISS, T. G. & KORN, D. A. (2006) Internal Displacement: Conceptualization and Its Consequences. Routledge: London and New York, 2006.
- WENNERAS, C. & WOLD, A. (1997) Nepotism and sexism in peer-review. *Nature*, 387, 341-3.
- WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G. & EVANS, T. (2001) Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358, 833-6.
- WHO (1998) Report on Technical Consultation on Safe Motherhood. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2000) Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001) World Health Report. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a) Gender and Tuberculosis. Geneva, Department of Gender and Women's Health, World Health Organization.
- WHO (2002b) The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. En: ORGANISATION, W. H. (Ed.). Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002c) WHO factsheet Gender and Road Traffic Accidents. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003b) Gender and tobacco. Geneva, Department of Gender and Women's Health, World Health Organization.
- WHO (2003c) *Integrating gender into HIV/AIDS Programmes: A Review Paper*. Geneva, Department of Gender and Women's Health, World Health Organization.
- WHO (2003d) Gender, health and ageing. *Fact sheet*. Geneva, WHO Department of Gender and Women's Health and Unit of Ageing and Life Course.
- WHO (2004) Beyond the numbers. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005a) WHA Multi-country study on women's health and domestic violence - initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005b) WHO's multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2006a) Meeting Report on Integrating Gender Into the Curricula of Health Providers. Geneva, World Health Organization, December 2006.
- WHO (2006b) The World Health Report - working together for better health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007) Youth and road safety. Geneva, World Health Organization.
- WHO/UNICEF (2003) The Africa Malaria Report 2003. Geneva, OMS/UNICEF.
- WIEST, R., MOCELLÍN, J. & THANDIWE MOTSISI, D. (1995) El papel de la mujer en la etapa de reconstrucción y desarrollo. *Desastres y Sociedad* 4.
- WILDSMITH, E. M. (2002) Testing the weathering hypothesis among Mexican-origin women. *Ethn Dis*, 12, 470-9.
- WILKES, A. (2000) The functioning of participation in a village based health pre-payment scheme: what can participation actually do? *IDS Bulletin*, 31, 31-36.
- WIZEMANN, T. M. & PARDUE, M.-L. (2001) Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? *Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences, Board on Health Sciences Policy*. Washington, DC: National Academy Press.
- WORTH, D. (1989) Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Stud Fam Plann*, 20, 297-307.
- YANEK, L. R., MOY, T. F., RAQUENO, J. V. & BECKER, D. M. (2000) Comparison of the effectiveness of telephone 24-hour dietary recall method vs. an in-prision method among urban African-American women. *J Am Diet Assoc*, 100, 1172.
- YOUNG, M. K., KOLS, A., PUTJUK, F., HEEREY, M., RINHART, W., ELWYN, G. & EDWARDS, A. (2003) Participation by clients and nurse midwives in family planning decision making in Indonesia. *Patient Education and Counselling*, 50, 295-302.
- YOUNT, K. M. & AGREE, E. M. (2005) Differences in disability among older women and men in Egypt and Tunisia. *Demography*, 42, 169-87.
- YOUNT, K. M., AGREE, E. M. & REBELLON, C. (2004) Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. *Soc Sci Med*, 59, 2479-97.
- ZAHID, M. A., FIDO, A. A., ALOWAISH, R., ABD EL-MOTAAL MOHSEN, M. & ABDUL RAZIK, M. (2003) Psychiatric morbidity among housemaids in Kuwait. III: Vulnerability factors. *Int J Soc Psychiatry*, 49, 87-96.
- ZAIDI, S. A. (1996) Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries: disease, gender and contextuality. *Soc Sci Med*, 43, 721-30.
- ZARGHAMI, M. & KHALILIAN, A. (2002) Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns*, 28, 115-9.
- ZWANE, P. A. & KREMER, M. (2007) What Works in Fighting Diarrheal Diseases in Developing Countries? A Critical Review *NBER Working Paper No. W12987*

## **Anexos**

### **Anexo 1. Lista de documentos de antecedentes**

1. Aditi Iyer, Gita Sen and Pirooska Östlin (2007) Intersectionality in Health and Health Care: A review of Research and Policy.
2. Rosalind Petchesky and Melissa Laurie (2007) Gender, Health and Human Rights in Sites of Political Exclusion.
3. Helen Keleher and Lucinda Franklin (2007) Strategies/interventions for Changing Gendered Norms at the Level of Household and Community.
4. Rachel Snow (2007) Gender, Sex and Vulnerability.
5. Asha George (2007) Human resources for Health: A Gender Analysis.
6. Veloshnee Govander and Loveday Penn-Kekana (2007) Gender Biases and Discrimination: a review of health care interpersonal interactions.
7. Ranjani K.Murthy (2007) Accountability to Citizens on Gender and Health.
8. Karina Batthyany and Sonia Correa (2007) Health, Gender and Poverty in Latin America.
9. TK Sundari Ravindran and Aarti-Kelkar Khambete (2007) Women's Health Policies and Programmes and Gender Mainstreaming in Health Policies, Programmes and within the Health Sector.
10. Susan Watts (2007) Case study: The impact on women of changes in personal status law in Tunisia.
11. Marion Stevens (2007) Case study: What was done in South Africa and what can be learnt from it.

## **Anexo 2. Estudios de casos**

### **1. Efectos en las mujeres de los cambios en la ley sobre el estado civil en Túnez**

Túnez es un país progresista de ingreso medio, con 10 millones de habitantes. La población es ahora predominantemente urbana, habiendo pasado de 33% de población urbana en 1956, año en que el país se independizó, a 63% en 2002 (Bousslama 2004). La transición fue tanto demográfica como epidemiológica. Goza de una situación sanitaria que se considera buena para su situación económica y su gasto en salud, que ascendía a \$137 per cápita en 2003 (EMRO 2007 A). La tasa de pobreza ha bajado de alrededor de un tercio a mediados de los años sesenta a 4,1% en 2000 (Lahoule 2007). La salud maternoinfantil formó una parte importante de los programas de salud nacionales desde los años sesenta, con una disminución de la tasa de mortalidad infantil de 200 por 1.000 en 1956 a 20,6; esta cifra más reciente es la más alta en la Región del Mediterráneo Oriental, con excepción de los países del Consejo Cooperativo del Golfo. Noventa y cinco por ciento de la población vive a menos de 5 km de un establecimiento de salud (EMRO/WHO 2007 A; EMRO/WHO 2007 B). La mejora de la salud de los tunecinos se atribuye a varios factores: la atención primaria de salud es física y económicamente accesible para la población (con la unificación y extensión de la protección social en el marco de las reformas actuales) y cambios en la ley del estado civil que influyeron en la situación de la mujer en los últimos cincuenta años y son únicos en la Región del Mediterráneo Oriental (EMRO 2007 B).

Los cambios en la ley sobre el estado civil en Túnez comenzaron poco después de la independencia, con el Código del Estado Civil de 1956 que proscribió el repudio y la poligamia, estableció una edad mínima para el matrimonio de las niñas y estableció la igualdad de salarios para hombres y mujeres. Las reformas de 1993 abordaron el matrimonio de menores, las obligaciones mutuas de los cónyuges y la violencia doméstica. Esta legislación ha propiciado un cambio profundo en las normas relacionadas con la situación de las mujeres en la sociedad y en el matrimonio, que pasó “del sometimiento sexual al compromiso voluntario” (Labidi 2001; véase también Adas 2007).

La situación de las mujeres en la familia y la sociedad se refleja en las respuestas de las mujeres en el estudio sobre salud familiar realizado en Túnez en 2000. Casi 60% (58%) de las mujeres creían que era posible ocuparse de la familia y trabajar al mismo tiempo; 47% creían que su situación con respecto al marido era mejor que la que había tenido su madre y 46% creían que las mujeres que trabajaban tenían más voz en el hogar que las mujeres que no lo hacían.

Dos tercios de las mujeres creían que las mujeres sin hijos tenían una condición social inferior, lo cual reflejaba la persistencia de la fuerte creencia de que el papel apropiado de las mujeres era el de madres. Las entrevistadas

todavía creían en las restricciones sociales para las niñas y las mujeres solteras: 16% estaban de acuerdo incondicionalmente con que las mujeres solteras podían vivir solas, 10% aprobaban incondicionalmente que las niñas viajaran solas y solo 7,5% aprobaban incondicionalmente que las niñas salieran con niños. Entre los jóvenes solteros (tanto hombres como mujeres) de 18 y 19 años, 93% dijeron haber elegido o que elegirían a su cónyuge y 70% dijeron que era inadmisibles usar anticonceptivos antes del matrimonio (PAPFAM 2001). La mayoría de estas respuestas desconciertan a los críticos del mundo árabe que creen que, si se da más derechos a las mujeres y se las impulsa a trabajar y a educarse, eso llevará al “deterioro familiar” y la “inmoralidad”.

Los niveles más altos de educación y empleo forman parte del cambio general y de la mejora de la situación de la mujer. En el año 2000, un cuarto de las mujeres urbanas y 8% de las mujeres de zonas rurales trabajaban (PAPFAM 2001). Estas cifras se refieren al empleo formal y reflejan el aumento del empleo urbano en el sector de las manufacturas como consecuencia de la política oficial en favor de los pobres que fomenta las oportunidades laborales, especialmente en la industria textil. En 2000, las mujeres comprendían las tres cuartas partes de la fuerza laboral en el sector textil. La mayoría de estas mujeres provenían de familias pobres y su trabajo representaba una contribución importante a los ingresos domésticos porque ayudaba a sacar a la familia de la pobreza. El empleo en el sector formal, como la industria del vestido, proporcionaba seguridad laboral y otros derechos a las mujeres que estaban garantizados por ley (Lahoule 2006). Sin embargo, la razón entre ingreso femenino e ingreso masculino provenientes del trabajo, que es de 0,28, se sitúa aproximadamente en el punto medio de los países del Mediterráneo Oriental sobre los cuales se dispone de datos, en comparación con 0,23 en Egipto y la cifra más alta de la región, de 0,38, en Irán (Egipto e Irán también tienen leyes de igualdad de remuneración para la mujer). No hay suficientes datos para compilar el índice de empoderamiento de género en Túnez (UNDP 2006).

La proporción creciente de mujeres que reciben educación se refleja vívidamente en las cifras de 1988 para las mujeres sin escolaridad: en el grupo de 15 a 19 años, 34,5% no tenía escolaridad, en comparación con 89% del grupo de 45 a 49 años, formado por la generación de sus madres. La proporción de las mujeres jóvenes que habían terminado por lo menos la escuela secundaria era de 10,8%, en comparación con 4,5% de la generación de sus madres (et al. 1989). Una generación después, casi todas las niñas y niños estaban matriculados en la escuela: el coeficiente bruto de matrícula primaria era de 97%, tanto para las niñas como para los niños, y el de matrícula secundaria era de 73% y 75%, respectivamente (EMRO 2007 A).

Túnez ha logrado controlar el crecimiento demográfico con un programa de planificación de la familia implantado en los años sesenta que tuvo grandes repercusiones en la vida de las mujeres. Túnez tenía una tasa global de fecundidad de 2,0 en 2004, una de las más bajas de la Región del Mediterráneo Oriental, igual a la de Irán (2,0 en 2000) y más alta que la del Líbano (1,7 en 2005) (EMRO 2007 A). En la encuesta sobre salud familiar de 2000, se observó una tasa global de fecundidad de 2,1 para los tres años anteriores a la encuesta. El número medio de hijos

nacidos vivos de mujeres de 45 a 49 años fue de 4,8, cifra que refleja la considerable disminución de la fecundidad de las mujeres tunecinas durante los últimos 10 a 15 años (PAPFAM 2001).

En Túnez, las mujeres obtuvieron el derecho a votar y a postularse como candidatas en elecciones en 1959, mucho antes que en la mayoría de los demás países de la Región del Mediterráneo Oriental. En 2006, 22,8% de los escaños de la cámara baja (en comparación con cuatro en 1990) y 13,4% de los escaños de la cámara alta estaban ocupados por mujeres. Las mujeres representaban 7,1% de los nombramientos ministeriales desde 2005; dos países de la Región del Mediterráneo Oriental donde las mujeres obtuvieron el derecho de voto mucho más recientemente han logrado niveles ligeramente más altos (10% en Omán y 8,7% en Bahrein) (UNDP 2006). Por lo tanto, en lo que se refiere a representación política, la situación general de las mujeres en Túnez es buena en comparación con otros países de la Región del Mediterráneo Oriental y demuestra la manera concreta en que las mujeres, con poder político y social, pueden impulsar cambios en Túnez en conjunto y en sus propias vidas.

### **Referencias:**

Adas J. (2007). "Tunisia's personal status code and "Modernity, Development and Human Rights." The Washington Report on Middle East Affairs **26** (2):42-43.

Aloui, T, Ayad M. and H Fourati (1989). Enquête Démographique et de Santé en Tunisie, 1988. República de Túnez, Oficina Nacional de Familia y Población, Dirección de Población, e Instituto de Desarrollo de Recursos/Macro Systems, Inc. Columbia, Maryland, Estados Unidos, pág. 25.

Bousslama M. (2004) "Health Planning Characteristics in Tunisia". Ponencia presentada en la reunión consultiva regional sobre planificación estratégica en salud. Damasco, República Árabe Siria.

EMRO (2007 A). Demographic, Social and Health Indicators of the Eastern Mediterranean, 2006. OMS-EM/HST/201/E. El Cairo, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud.

EMRO/WHO (2007 B). Health System Profile – Tunisia. El Cairo, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud. <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Tunisia/Full%20Profile.pdf>

Labidi, Lilia (2001). From sexual submission to voluntary commitment: the transformation of family ties in contemporary Tunisia. The New Arab Family. Hopkins N (ed). Cairo Papers in Social Science, vol. 24, Numbers 1-2. El Cairo y Nueva York, American University in Cairo Press.

Lahoule MH. (2006). The success of pro-poor growth in rural and urban Tunisia. Delivering the Promise of Pro-Poor Growth: Insights and lessons from country experiences. Besley T. Cord LJ (editores), Nueva York y Londres, Palgrave MacMillan y Banco Mundial.

Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) (2001) Tunisia Family Health Survey 2000. Túnez.  
<http://www.papfam.org/papfam/tunisiatable.htm> (consultado el 26 de abril del 2007)

UNDP (2006). Human Development Report 2006. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.

## 2. Lo que se hizo en Sudáfrica y lo que se puede aprender de ello

**ESTADÍSTICAS ACTUALES** (Fuentes: Ijumbaand Padarath 2006; Barron et al. 2006; UNDP 2007; Benjamin 2007)

**Población:** 47,4 millones

**Acceso al agua:** 85% de los hogares tienen agua corriente. Hay grandes diferencias entre distritos en lo que se refiere al acceso al agua, con 90% de los hogares de los distritos metropolitanos (ciudades) con agua corriente, pero en algunas zonas rurales, en particular en el Cabo Oriental, solo 28% tienen agua corriente.

**Coefficiente de Gini:** 0,722

**Índice de desarrollo humano:** 0,653

**Índice de desarrollo relacionado con el género:** 0,646

**Desempleo:** 26%

**Esperanza de vida:** 47 años

**Suministro de energía:** 40% experimentaba escasez periódica de combustible para cocinar o para la calefacción domiciliaria; 61,3% usaba electricidad para cocinar.

**Mortalidad:** la infección por el VIH (51%) es la causa principal de muerte de las mujeres de 15 a 54 años.

**Conectividad:** 28 millones de 47 millones de personas tienen teléfono celular; 98% de los consultorios de salud pública tienen un teléfono celular.

**Salud de la mujer y salud y derechos sexuales y reproductivos** (fuentes: Ijumbaand Padarath 2006; Barron et al. 2006; Mosotho 2006)

**Violaciones denunciadas:** 55.114 entre abril de 2004 y marzo de 2005.

Incidencia: 143 por 100.000

**Prevención de la transmisión de los padres a los hijos:** 51% de las embarazadas VIH-positivas tenían acceso a la nevirapina.

**Tasa global de fecundidad:** 2,7

**Tasa de anticoncepción:** uso de planificación de la familia: 65%

**Asistencia a la atención prenatal:** 95%

**Abortos:** Hubo **529.410** interrupciones legales y sin riesgos del embarazo durante los diez años transcurridos entre 1997 a 2006 tras la introducción de la Ley sobre la decisión de terminación del embarazo (CTOP) de febrero de 1997. Esta condujo a una reducción de 90% de la morbilidad y la mortalidad maternas relacionadas con el aborto.

**Instalaciones para abortos:** 51% de los establecimientos designados en funcionamiento

**Muertes maternas:** 150/100.000. Las razones principales de muerte obstétrica primaria son causas no directas de infecciones no relacionadas con el embarazo. A partir de 1997, es obligatorio notificar las muertes maternas (es decir, la muerte durante el embarazo y el puerperio). La Secretaría del Comité Nacional de Investigaciones Confidenciales sobre Muertes Maternas se encarga de coordinar el proceso de notificación y los informes, y de formular recomendaciones.

**Tasa de cesáreas:** 18,4%

**Infección por el VIH/sida y otras ITS:** (Fuentes: Ijumbaand Padarath 2006; Barron et al. 2006; Xundu 2007; Moodley 2006)

**Número aproximado de personas infectadas por el VIH:** 5,5 millones

**Prevalencia prenatal de la infección por el VIH:** 29%

**Tasa de prevalencia general en los adultos:** 18,8%

**Incidencia media de ITS:** 4,8% (este indicador mide el porcentaje de personas mayores de 15 años tratadas por un nuevo episodio de una ITS.)

**Incidencia por sexo y edad:** las mujeres son afectadas desproporcionadamente: representan aproximadamente 55% de las personas VIH-positivas. Las mujeres de 25 a 29 años son las más afectadas, con tasas de prevalencia de hasta 39,5%.

**Tratamiento con terapia antirretrovírica de gran actividad:** enero de 2007: 250.000 en tratamiento en el sector público y 100.000 en tratamiento en el sector privado.

**Enfermedades defensorias del sida:** la incidencia de cáncer de cuello uterino es de 30:100 000. Actualmente se observa un aumento de las lesiones precancerosas en las mujeres VIH-positivas. El cáncer de cuello uterino es la principal causa de mortalidad por cáncer en las mujeres sudafricanas.

**Niños** (fuente: Barron et al. 2006)

**Vacunación:** la cobertura mide el porcentaje de niños menores de 1 año que cumplieron con el plan de vacunación primario. La meta nacional de 90% se logró durante el año y es uno de los logros ejemplares de la atención primaria de salud en Sudáfrica. Otro gran logro conexo de Sudáfrica fue que el país fue declarado libre de poliomielitis en 2006.

**Diarrea:** 258 casos nuevos de enfermedad diarreica por 1.000 menores de 5 años en 2005.

**Mortalidad perinatal:** 34 por 1.000 nacimientos en 2005.

## CONTEXTO DE LA SALUD DE LA MUJER EN SUDÁFRICA

Después del cambio del gobierno en 1994, se avanzó rápidamente para dar prioridad a la salud de la mujer. En los primeros 100 días del gobierno del presidente Mandela se anunció que se proporcionaría atención primaria de salud gratuita a las embarazadas y los niños menores de 6 años, con la finalidad de que las mujeres pobres y sus hijos tuvieran acceso a la atención. Estos amplios avances se acogieron con beneplácito y anunciaron un período de significativos cambios normativos legales orientados a los más pobres de los pobres. En ese momento, el propio sistema de atención de salud se estaba transformando en un sistema de atención de salud integrado y descentralizado basado en la atención primaria de salud. Posteriormente, se puso la atención primaria de salud al alcance de todos los ciudadanos en el sector público. El personal sanitario no estaba preparado para esto y, en retrospectiva, se puede decir que fue abrumado por lo que comúnmente se denomina "la fatiga del cambio". Esta acción continuó aumentando el acceso a la salud en general, que se define claramente en el artículo 27 de la Constitución de Sudáfrica, en la cláusula sobre la atención de salud, los alimentos, el agua y la seguridad social, que dice: "1) Todos tienen derecho a tener acceso a: a) servicios de atención de salud, incluso la atención de salud reproductiva; b) suficientes alimentos y agua, y c) seguridad social, incluso la asistencia social apropiada para las personas que no se puedan sustentar a sí mismas y para los familiares a su cargo. 2) El Estado debe tomar medidas razonables, tanto legislativas como de otros tipos, en la medida en que sus recursos lo permitan, para lograr el respeto progresivo de estos derechos. 3) No se le puede negar a nadie atención de urgencia" (Klugman 1998). Aunque se trató de aplicar estos principios en más de 4.000 establecimientos de salud pública con alrededor de 235.000 empleados, la atención a veces es subóptima, en los establecimientos públicos la espera es larga y en los establecimientos de atención primaria hay muy pocos médicos (Barron et al. 2006). En cuanto a los factores determinantes más generales de la salud pública, mucha gente no tiene acceso al agua potable, saneamiento, nutrición, electricidad y seguridad, lo cual conduce a la mala salud. La gente pobre se enfrenta con costos elevados del transporte, los medicamentos y las consultas médicas de seguimiento. Debido a las barreras del idioma entre los

pacientes y el personal de salud, muchas personas tal vez no puedan comprender bien su tratamiento. Muchas mujeres son víctimas de violencia doméstica, delitos sexuales y otras formas de violencia contra la mujer. Entre el personal de salud hay actitudes de discriminación por motivos de raza y sexo. Debido a la crisis de la infección por el VIH/sida, muchos hospitales y consultorios se enfrentan con un aumento enorme de pacientes pero no han aumentado los médicos y las enfermeras disponibles para cuidar a todos los pacientes nuevos. El sistema de atención de la salud está mejor equipado y presta mejores servicios en provincias como Gauteng y el Cabo Occidental que en otras como el Cabo Oriental y Limpopo.

Quizá sea importante subrayar el período de “flujo transformacional” o “límites blandos” de 1994 a 1998. Este período se caracterizó por el flujo y la soltura política con la que se recibieron los cambios en las políticas para abordar el pasado de *apartheid* y que se vieron facilitados por relaciones que generaron una red integrada por diversas instituciones, entre ellas el parlamento, los partidos políticos, los medios de comunicación, los departamentos del gobierno y las ONG. Había un elemento de confianza y la necesidad de colaborar para abordar los desequilibrios que caracterizaron a Sudáfrica en el pasado. Como se sabía que las mujeres negras habían sobrellevado la mayor parte de la carga de los males del *apartheid*, los derechos de las mujeres fueron reconocidos como derechos humanos y se entendía que se necesitaban leyes y políticas para corregir esta situación.

## **LEYES Y POLÍTICAS SOBRE LA SALUD DE LA MUJER**

Aunque algunas reformas amplias abordaban los temas de la equidad y la salud de la mujer, hubo también cambios muy específicos, entre ellos la Ley sobre la decisión de terminación del embarazo de 1996, y la Ley de enmienda sobre la decisión de terminación del embarazo de 2004, la Ley de notificación e investigación confidencial de las muertes maternas, la Ley de esterilización de 2000, las directrices sobre anticonceptivos, el plan integral para el manejo de la infección por el VIH y el sida y el Plan Estratégico Nacional para el VIH y el sida 2007-2011. A continuación se ponen de relieve algunos de estos aspectos:

- 1) Aunque en Sudáfrica hay una ley liberal en materia de abortos que logró reducir la morbilidad y la mortalidad maternas relacionadas con el aborto, la demanda de los servicios excede la oferta y el personal sanitario no aceptó fácilmente la provisión de este servicio. La ley es objeto de ataques constantes de activistas que se oponen al aborto. Los medios de comunicación no ayudaron y en 2006 se suspendieron los servicios durante dos semanas en el Cabo del Norte porque los proveedores pensaban que la ley había sido derogada.
- 2) El proceso iniciado por medio de la Ley de notificación e investigación confidencial de las muertes maternas procura evaluar indirectamente la calidad de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo y el parto. Es evidente que el sida es el mayor reto para tratar la mortalidad materna en Sudáfrica.
- 3) Como parte del proceso continuo de atención de la infección por el VIH/sida, el programa para la prevención de la transmisión de la madre al niño fue el primer paso para mejorar la atención de la salud de las embarazadas infectadas por el VIH, ya que ayudaba a detectar las embarazadas VIH-positivas. El programa sudafricano de

prevención fue presentado en gran medida como programa vertical para permitir el control centralizado y una ejecución más rápida. Sin embargo, no funciona de manera integrada con los servicios de salud materno-infantil en general. Según los indicadores, se están perdiendo muchas oportunidades de prevenir la transmisión de la madre al niño. Asimismo, el programa se orientó más bien a la salud del niño, no a la salud de la madre, lo cual ha sido problemático.

El clima político ha cambiado y no es tan abierto y fácil como a fines de los noventa. El proyecto de ley de delitos sexuales fue aprobado en el Parlamento en mayo de 2007 tras diez años de gestación. Aunque los activistas lo recibieron como un cambio positivo, adolece de deficiencias porque no incluye reglas claras con respecto a la integración de la salud, la justicia y la seguridad, con las cuales se podría aplicar la ley.

### **RETOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD**

Cabe señalar que todos estos acontecimientos tuvieron lugar en un sistema de salud en transformación. Los gastos en salud primaria per cápita han aumentado de R168 en 2001 a R232 en 2005. La carga media de trabajo clínico de una enfermera era 31,6 pacientes por día en 2005. La tasa de utilización de la atención primaria de salud es el promedio de visitas que una persona realiza por año a un establecimiento público de atención primaria de salud. En 2005 fue de 2,1 (Barron et al. 2006). Los retos para Sudáfrica son complejos, ya que es un país profundamente desigual, como muestra el coeficiente de Gini. Se está tratando constantemente de distribuir los recursos y transformar el sistema de salud. Como parte del desarrollo de sistemas para aumentar la oferta de personal sanitario en las zonas rurales, los graduados de estudios en el campo de la salud están obligados a dedicar un año al servicio comunitario y a ciertos miembros del personal sanitario se les asigna un subsidio para el trabajo en zonas rurales.

### **FUNCIÓN DEL LIDERAZGO Y LA SOCIEDAD CIVIL**

Como se señala en este estudio de caso, la infección por el VIH/sida es un problema que afecta la salud de la mujer en sus años reproductivos. Hubo dificultades enormes y la complejidad del liderazgo de la lucha contra la infección por el VIH/sida en Sudáfrica llevó a perder varias oportunidades, a la confusión y a la negación del problema. Últimamente, la Vicepresidenta de Sudáfrica, Phumzile Mlambo Ngcuka, y la Viceministra de Salud, Noziwe Madlala-Routledge, demostraron un liderazgo excelente, activando y conduciendo los procesos del Consejo Nacional Sudafricano contra el sida y el nuevo Plan Estratégico Nacional para la infección por el VIH/sida (Department of Health 2007). Previamente, hubo un resurgimiento de fuertes movimientos sociales tales como la Campaña de Acción para el Tratamiento, los Movimientos Sociales Indaba y el Foro Antiprivatización (que se opone a la privatización de los servicios básicos de agua y electricidad). La Campaña de Acción para el Tratamiento logró por la vía judicial que se brindara acceso a la terapia antirretrovírica de gran actividad y promovió el aumento de los conocimientos de los activistas sobre el tratamiento.

Es importante señalar que los últimos años se caracterizaron por falta de liderazgo y desconfianza de los políticos. A medida que el país va madurando en la búsqueda de su identidad, lo mismo ocurre con los activistas, que anteriormente habrían logrado cambios en diversas instituciones. El actual, es un período de “límites duros” en el cual parece haber cansancio y desmoralización.

Mientras que el sector de la infección por el VIH/sida ha hecho suya la preocupación por los temas generales de la equidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres en relación con la infección por el VIH/sida no se están abordando con el mismo vigor y pasión.

## Referencias

Barron, P., Day, C., Monticelli, F., Vermaak, K., Okorafor, O., Moodley, K. and Doherty, T. *The District Health Barometer* 2005/06. Durban. Health Systems Trust 2006.

Benjamin, Peter. (2007) Cell Life. Nota personal.

Department of Health. (2007) [HIV and AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011](#).

Klugman, K, Stevens, M., Van Den Heever, A and Federal, M. (1998) [From Words to Action: Sexual and Reproductive Rights, Health Policies and Programming in South Africa 1994-1998](#). Women's Health Project.

Ijumba, P. and Padarath, A. (2006) [South African Health Review](#) 2006. Durban. Health Systems Trust.

Moodley Jennifer, Director of the Women's Health Research Unit. Nota personal. 9 de mayo del 2006.

Mosotho, Gabriel. Country Director of IPAS. Nota personal. 9 de mayo del 2006.

UNDP (2007) <http://hdr.undp.org/reports/global/>

Xundu, N 'Unveiling the NSP' by Thabane. En *Mail and Guardian*, 13 de abril del 2007, pág. 11.

### Anexo 3. AVAD no ponderados, por edad y por sexo, correspondientes a 2002

| CAUSA  | HOMBRES    | MUJERES    | RAZÓN H/M | RAZÓN M/H |
|--|------------|------------|-----------|-----------|
| Cáncer de mama                                   | 44.483     | 11.733.351 | 0,00      | 263,77    |
| Clamidiosis                                      | 264.196    | 2.888.421  | 0,09      | 10,93     |
| Tracoma  | 811.980    | 2.475.721  | 0,33      | 3,05      |
| Migraña  | 3.146.812  | 8.802.838  | 0,36      | 2,80      |
| Trastorno de estrés posttraumático               | 720.628    | 1.883.391  | 0,38      | 2,61      |
| Artritis reumatoide                              | 1.672.682  | 4.259.468  | 0,39      | 2,55      |
| Trastorno de pánico                              | 1.844.713  | 3.594.381  | 0,51      | 1,95      |
| Alzheimer y otras demencias                      | 7.213.869  | 12.818.790 | 0,56      | 1,78      |
| Osteoartritis                                    | 9.149.400  | 15.629.274 | 0,59      | 1,71      |
| Otros trastornos osteomusculares                 | 2.093.852  | 3.518.880  | 0,60      | 1,68      |
| Incendios  | 8.223.566  | 12.768.433 | 0,64      | 1,55      |
| Trastornos depresivos unipolares                 | 21.133.650 | 32.507.673 | 0,65      | 1,54      |
| Otros trastornos nutricionales                   | 830.738    | 1.256.324  | 0,66      | 1,51      |
| Anemia por carencia de hierro                    | 6.077.808  | 9.025.199  | 0,67      | 1,48      |
| Otras enfermedades bucodentales                  | 65.503     | 95.088     | 0,69      | 1,45      |
| Insomnio (primario)                              | 1.362.610  | 1.894.676  | 0,72      | 1,39      |
| Esclerosis múltiple                              | 722.796    | 1.000.898  | 0,72      | 1,38      |
| Trastorno obsesivo-compulsivo                    | 1.705.743  | 2.330.821  | 0,73      | 1,37      |
| Otras enfermedades intestinales                  | 65.128     | 88.928     | 0,73      | 1,37      |
| Cataratas  | 15.729.865 | 21.454.199 | 0,73      | 1,36      |
| Cardiopatía reumática                            | 4.548.016  | 6.184.772  | 0,74      | 1,36      |
| Trastornos de la visión relacionados con la edad | 9.413.331  | 12.714.330 | 0,74      | 1,35      |
| Glaucoma   | 2.464.786  | 3.304.452  | 0,75      | 1,34      |
| Gonorrea   | 1.468.966  | 1.951.707  | 0,75      | 1,33      |
| Otras enfermedades del sistema genitourinario    | 2.842.889  | 3.668.296  | 0,77      | 1,29      |
| Dengue   | 544.347    | 677.779    | 0,80      | 1,25      |
| Encefalitis japonesa                             | 533.117    | 658.357    | 0,81      | 1,23      |
| Otras enfermedades infecciosas                   | 36.796.917 | 45.068.486 | 0,82      | 1,22      |

|  |            |            |      |      |
|--|------------|------------|------|------|
| Carencia de vitamina A                           | 775.426    | 945.049    | 0,82 | 1,22 |
| Edentulismo                                      | 1.778.465  | 2.162.310  | 0,82 | 1,22 |
| Diabetes sacarina                                | 12.372.560 | 15.027.673 | 0,82 | 1,21 |
| Hepatitis C                                      | 1.202.062  | 1.408.635  | 0,85 | 1,17 |
| Otras enfermedades cardiovasculares              | 18.319.241 | 21.265.330 | 0,86 | 1,16 |
| Sífilis  | 4.053.856  | 4.692.917  | 0,86 | 1,16 |
| Anencefalia                                      | 683.447    | 775.349    | 0,88 | 1,13 |
| Malaria  | 47.184.421 | 52.646.469 | 0,90 | 1,12 |
| Infecciones de las vías respiratorias superiores | 1.736.106  | 1.923.279  | 0,90 | 1,11 |
| Otros trastornos de los órganos de los sentidos  | 36.444     | 40.358     | 0,90 | 1,11 |
| Trastornos endocrinos                            | 8.226.732  | 9.109.567  | 0,90 | 1,11 |
| Espina bífida                                    | 1.730.621  | 1.896.377  | 0,91 | 1,10 |
| Enfermedad de Parkinson                          | 1.439.561  | 1.559.615  | 0,92 | 1,08 |
| Enfermedades de la piel                          | 2.218.661  | 2.385.765  | 0,93 | 1,08 |
| Cardiopatía hipertensiva                         | 7.303.915  | 7.807.575  | 0,94 | 1,07 |
| Carencia de yodo                                 | 2.463.954  | 2.622.004  | 0,94 | 1,06 |
| Meningitis                                       | 6.084.357  | 6.458.471  | 0,94 | 1,06 |
| Sarampión  | 28.939.456 | 30.117.187 | 0,96 | 1,04 |
| Tos ferina                                       | 14.170.510 | 14.661.193 | 0,97 | 1,03 |
| Ascariasis                                       | 1.405.192  | 1.451.820  | 0,97 | 1,03 |
| Tétanos  | 10.074.844 | 10.404.369 | 0,97 | 1,03 |
| Hipoacusia de aparición en el adulto             | 21.165.370 | 21.849.494 | 0,97 | 1,03 |
| Otras enfermedades digestivas                    | 24.031.025 | 24.802.408 | 0,97 | 1,03 |
| Atresia esofágica                                | 49.725     | 51.254     | 0,97 | 1,03 |
| Poliomielitis                                    | 119.581    | 123.148    | 0,97 | 1,03 |
| Enfermedades cerebrovasculares                   | 46.437.060 | 47.623.180 | 0,98 | 1,03 |
| Anomalías congénitas del corazón                 | 15.605.506 | 15.766.841 | 0,99 | 1,01 |
| Retraso mental causado por plomo                 | 9.781.145  | 9.864.597  | 0,99 | 1,01 |
| Periodontopatía                                  | 124.100    | 124.655    | 1,00 | 1,00 |
| Trastorno bipolar                                | 6.758.278  | 6.741.688  | 1,00 | 1,00 |
| Malnutrición proteinoenergética                  | 16.303.497 | 16.171.434 | 1,01 | 0,99 |
| Fisura palatina                                  | 151.758    | 150.012    | 1,01 | 0,99 |
| Infecciones de las vías respiratorias inferiores | 99.057.981 | 97.801.108 | 1,01 | 0,99 |

|   |            |            |      |      |
|---|------------|------------|------|------|
| Esquizofrenia                               | 8.493.345  | 8.362.836  | 1,02 | 0,98 |
| Caries dental                               | 2.661.761  | 2.598.162  | 1,02 | 0,98 |
| Otras enfermedades de transmisión sexual    | 206.978    | 200.553    | 1,03 | 0,97 |
| Otras neoplasias                            | 1.738.442  | 1.684.413  | 1,03 | 0,97 |
| Tricuriasis                                 | 753.613    | 723.769    | 1,04 | 0,96 |
| Asma  | 9.470.074  | 9.084.234  | 1,04 | 0,96 |
| Labio leporino                              | 135.239    | 128.909    | 1,05 | 0,95 |
| Enfermedad de Chagas                        | 433.079    | 412.078    | 1,05 | 0,95 |
| Nefritis y nefrosis                         | 8.092.123  | 7.649.053  | 1,06 | 0,95 |
| Infección por el VIH                        | 78.020.596 | 73.516.955 | 1,06 | 0,94 |
| Linfomas, mieloma múltiple                  | 4.243.131  | 3.982.863  | 1,07 | 0,94 |
| Enfermedades diarreicas                     | 71.883.930 | 67.296.145 | 1,07 | 0,94 |
| Otros trastornos neuropsiquiátricos         | 11.921.124 | 11.075.765 | 1,08 | 0,93 |
| Cáncer del colon y el recto                 | 5.840.667  | 5.399.893  | 1,08 | 0,92 |
| Difteria                                    | 217.735    | 200.701    | 1,08 | 0,92 |
| Otros trastornos perinatales                | 20.890.338 | 18.912.259 | 1,10 | 0,91 |
| Anquilostomiasis                            | 52.920     | 47.754     | 1,11 | 0,90 |
| Otitis media                                | 999.810    | 892.137    | 1,12 | 0,89 |
| Lumbago*                                    | 1.283.741  | 1.141.412  | 1,12 | 0,89 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica     | 27.105.051 | 24.060.627 | 1,13 | 0,89 |
| Síndrome de Down                            | 3.586.625  | 3.183.535  | 1,13 | 0,89 |
| Epilepsia                                   | 5.288.586  | 4.692.538  | 1,13 | 0,89 |
| Tasa de natalidad baja                      | 58.925.647 | 51.321.438 | 1,15 | 0,87 |
| Melanoma y otros tipos de cáncer de la piel | 702.842    | 607.265    | 1,16 | 0,86 |
| Defecto de la pared abdominal               | 163.394    | 139.379    | 1,17 | 0,85 |
| Otras anomalías congénitas                  | 6.533.135  | 5.532.364  | 1,18 | 0,85 |
| Cáncer de páncreas                          | 2.112.858  | 1.782.346  | 1,19 | 0,84 |
| Otras enfermedades respiratorias            | 12.109.816 | 10.145.982 | 1,19 | 0,84 |
| Leucemia                                    | 4.915.256  | 3.989.204  | 1,23 | 0,81 |
| Asfixia perinatal y trauma del nacimiento   | 44.068.687 | 34.940.346 | 1,26 | 0,79 |
| Apendicitis                                 | 359.687    | 281.805    | 1,28 | 0,78 |
| Cardiopatías inflamatorias                  | 5.650.277  | 4.387.989  | 1,29 | 0,78 |

|  |            |            |      |             |
|--|------------|------------|------|-------------|
| Cardiopatía isquémica                            | 64.504.498 | 50.082.860 | 1,29 | 0,78        |
| Otras neoplasias malignas                        | 9.324.018  | 6.993.333  | 1,33 | 0,75        |
| Oncocercosis                                     | 355.411    | 264.327    | 1,34 | 0,74        |
| Leishmaniasis                                    | 1.970.613  | 1.462.594  | 1,35 | 0,74        |
| Lepra  | 198.328    | 142.864    | 1,39 | 0,72        |
| Traumatismos autoinfligidos                      | 21.665.217 | 15.201.138 | 1,43 | 0,70        |
| Agénesis renal                                   | 104.192    | 69.973     | 1,49 | 0,67        |
| Cirrosis del hígado                              | 14.613.849 | 9.734.719  | 1,50 | 0,67        |
| Caídas   | 14.429.845 | 9.532.961  | 1,51 | 0,66        |
| Otros traumatismos no intencionales              | 49.236.025 | 32.020.194 | 1,54 | 0,65        |
| Esquistosomiasis                                 | 1.025.505  | 666.404    | 1,54 | 0,65        |
| Cáncer del estómago                              | 9.576.685  | 6.171.105  | 1,55 | 0,64        |
| Úlcera péptica                                   | 4.574.045  | 2.939.246  | 1,56 | 0,64        |
| Tuberculosis                                     | 37.298.748 | 22.944.907 | 1,63 | 0,62        |
| Tripanosomiasis                                  | 1.741.306  | 1.043.857  | 1,67 | 0,60        |
| Cáncer del esófago                               | 5.266.748  | 3.049.496  | 1,73 | 0,58        |
| Intoxicaciones                                   | 8.927.574  | 5.011.169  | 1,78 | 0,56        |
| Hepatitis B                                      | 2.645.774  | 1.408.635  | 1,88 | 0,53        |
| Atresia anorrectal                               | 49.504     | 25.843     | 1,92 | 0,52        |
| Cáncer de la vejiga                              | 1.913.556  | 964.949    | 1,98 | 0,50        |
| Ahogamientos                                     | 13.983.352 | 6.795.333  | 2,06 | 0,49        |
| Cáncer hepático                                  | 9.409.480  | 4.208.880  | 2,24 | 0,45        |
| Cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón  | 15.232.399 | 6.687.840  | 2,28 | 0,44        |
| Accidentes de tránsito                           | 45.112.383 | 19.625.523 | 2,30 | 0,44        |
| Cáncer de la boca y la orofaringe                | 4.751.823  | 1.991.476  | 2,39 | 0,42        |
| Filariasis linfática                             | 6.248.138  | 2.056.275  | 3,04 | 0,33        |
| Trastornos relacionados con el consumo de drogas | 6.006.662  | 1.616.742  | 3,72 | <b>0,72</b> |
| Otras lesiones intencionales                     | 496.974    | 126.953    | 3,91 | 0,26        |
| Violencia  | 27.470.156 | 6.810.306  | 4,03 | 0,25        |
| Trastornos debidos al consumo de alcohol         | 14.810.111 | 2.662.637  | 5,56 | 0,18        |
| Gota   | 4.246.359  | 572.741    | 7,41 | 0,13        |
| Guerras  | 9.306.296  | 1.131.676  | 8,22 | 0,12        |

Fuente: Cuadro proporcionado por Rachel Snow

