

Abril de 2014

SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL

Guía para diseñar e implementar operaciones de salud con enfoque de género

DIVISIÓN GÉNERO Y DIVERSIDAD. SECTOR SOCIAL



Esta Guía provee a los especialistas de la División de Protección Social y Salud de una serie de elementos prácticos para integrar un enfoque de género en operaciones y trabajo analítico que buscan promover la salud reproductiva, materna y neonatal.

Esta Guía fue elaborada por Clara Alemann, consultora en género, protección social y salud, y contó con los valiosos aportes de María Caridad Araujo, Lucía Fort, Patricia Jara, Susan Kolodin, Andrew Morrison, Esteve Sala y Gabriela Vega.

DIVISIÓN GÉNERO Y DIVERSIDAD
BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Lineamientos de implementación para la Política Operativa sobre Igualdad de Género en el Desarrollo

Índice

I.	Introducción	3
II.	Objetivo de la Guía y concepto	4
II.	Argumentos para el diálogo con la contraparte	5
IV.	Lineamientos para integrar un enfoque de género	10
V.	Ejecución	18
VI.	Indicadores para el análisis de la equidad de género en salud reproductiva y materna	19
VII.	Algunas referencias clave	28

“La mortalidad y morbilidad materna evitable son expresión de inequidad y desigualdad y de falta de empoderamiento de las mujeres”

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva/PAHO

“Sueño con una atención de salud digna.
Que nos creamos el cuento de que somos personas”

Mujer del Campamento Cerro La Virgen, Santiago, Chile.*

I. INTRODUCCIÓN

Promover la salud reproductiva¹ y materna² (SRM) y reducir la mortalidad y morbilidad materna constituyen áreas de prioridad estratégica para garantizar la realización del derecho de las mujeres a una salud digna, un determinante clave de sus oportunidades en la vida, así como de la de sus hijos e hijas. Las disparidades de género³ se reflejan en el acceso desigual a oportunidades y recursos entre hombres y mujeres que afectan desproporcionadamente a estas últimas e influyen en su capacidad de tomar decisiones informadas y oportunas sobre su vida, cuidar de su salud y buscar atención en caso de necesitarla. Los roles socialmente asignados a hombres y mujeres, junto con el desigual acceso y control sobre los recursos, interactúan con otros factores sociales, económicos, culturales y biológicos exponiendo a unos y otras a distintos riesgos que afectan a su salud.

La equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Se refiere a la ausencia de diferencias evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de la salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad o muerte prematura por causas evitables, como sucede con la gran mayoría de la morbilidad y mortalidad de mujeres asociadas a causas reproductivas.⁴

En particular, la equidad de género en salud implica la superación de las desigualdades injustas y evitables que se producen por razones de género en:

- la situación de salud,
- el acceso y calidad de los servicios,
- el acceso a recursos,
- las posiciones de poder en los sistemas institucionales,
- la distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud de la familia y de la comunidad.

La Política Operativa sobre Igualdad de Género en el Desarrollo establece las estrategias del Banco Interamericano de Desarrollo (BI) establece las estrategias del Banco para apoyar los objetivos y compromisos de sus países miembros con la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, a través de la integración sistemática de una perspectiva de género en sus operaciones. La Política compromete al BID a realizar acciones proactivas (la integración de la perspectiva de género y la inversión directa) y preventivas (salvaguardias de género para prevenir riesgos de exclusión o impactos negativos sobre hombres o mujeres resultantes de intervenciones financiadas por el Banco).

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA SALUD

La equidad de género en la situación de salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Se refiere a la ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de la salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas evitables

1. Condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura. Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. Salud materna se refiere al estado de salud de las mujeres durante el periodo de gestación, nacimiento y postparto. Mientras que la maternidad suele ser una experiencia positiva y enriquecedora, para demasiadas mujeres está asociada con sufrimiento, enfermedad y hasta con la muerte. Las mayores causas directas de morbilidad y mortalidad materna incluyen hemorragia, infecciones, alta presión, abortos inseguros y partos obstruidos. OMS.

3. El anexo 1 proporciona definiciones sobre el concepto de género y otros términos relevantes.

4. Definición de la Organización Mundial de la Salud; Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la Reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. CLAP/SMR, 2012.

II. OBJETIVO DE LA GUÍA Y CONCEPTO

“Cuando se enferman no deciden solas cómo ir a atenderse, consultan a la familia, al marido. Siempre se pregunta al papá, al hermano, al marido que les dé permiso para ir a cualquier lugar, más aún al centro de salud”

Mujer indígena de Chimborazo, Ecuador

A. Objetivo de esta Guía

Este documento busca proveer a los equipos de proyectos de una Guía práctica para integrar un enfoque de género en operaciones y trabajo analítico relacionado con la salud reproductiva, materna y neonatal (SRMN). Los lineamientos y orientaciones sugeridas en esta Guía pueden aplicarse a una serie de intervenciones que apoyen la promoción y atención del continuum de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Aunque se focaliza en las mujeres en lo que concierne a la salud materna, el análisis e intervenciones deben necesariamente contemplar las diferencias en los roles, responsabilidades, necesidades y acceso a recursos y oportunidades entre hombres y mujeres respecto a la salud sexual y reproductiva e incluso en cómo éstos afectan a la salud materna.

La integración de un enfoque de género en el diseño de los proyectos puede aumentar su efectividad al intervenir de manera más comprehensiva y eficaz sobre las dimensiones de vulnerabilidad que determinan los riesgos de salud, morbilidad y mortalidad de mujeres por causas asociadas a la reproducción y de sus hijas e hijos recién nacidos.

Esta Guía incluye:

- **Argumentos para apoyar el diálogo con la contraparte durante la preparación de la operación.** Éstos respaldan la importancia de tomar en cuenta los determinantes de

género a la hora de diseñar intervenciones más efectivas que mejoren la salud reproductiva, materna y neonatal;

- **Lineamientos y preguntas orientadoras para integrar una perspectiva de género en las distintas etapas de diseño y ejecución de una operación;**
- **Indicadores** que permitirán analizar los determinantes socio-económicos de la salud, el estado de la salud reproductiva y materna y la atención de la salud así como seguir su evolución en el tiempo. Éstos darán cuenta del grado en que la intervención contribuyó a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género o bien a reducir barreras económicas, culturales y de género que limitan el disfrute del derecho a la salud reproductiva de hombres y mujeres, y de la salud materna para estas últimas.

B. Integración de un enfoque de género

¿En qué consiste integrar un enfoque de género en proyectos de salud reproductiva y materna?

Integrar un enfoque de género en las políticas y programas de SRMN requiere empezar por identificar tanto las necesidades específicas de mujeres y hombres como las inequidades existentes entre ellos y que determinan los riesgos a los que están expuestos, el comportamiento relacionado con la búsqueda, el acceso y uso de servicios, la respuesta del sector y las reper-

5. Para mayor información sobre marcos teóricos del análisis de género en salud y modos de integrarlo en proyectos de salud reproductiva ver:

- OPS. *Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de una perspectiva de género en salud*. 2004;
- WHO. *Gender and rights in Reproductive and Maternal Health*, 2007;
- SIDA Handbook for mainstreaming a gender perspective in the Health sector. 2007;
- OPS. *Elementos para elaborar un Perfil de género y salud*. 2008;
- IGWG. *Manual para integrar una perspectiva de género en programas de salud reproductiva y VIH*. 2009;
- UNICEF, UNFPA, PNUD, UN Mujeres. *Ampliando la mirada: La integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos*. 2013
- AECS. *Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África*. 2005.

6. Puede ser remunerado o no remunerado (producción para el autoconsumo o empresa familiar).

7. Ibidem.

INTEGRACIÓN DE UN ENFOQUE DE GÉNERO

Procura que las necesidades diferentes de mujeres y hombres sean escuchadas y atendidas en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones. El objetivo último es lograr la igualdad de género

cusiones en la salud de unos y otras.

Esto implica, en primer lugar, analizar los roles que desempeñan hombres y mujeres, es decir, la distribución del trabajo productivo⁶ y reproductivo, así como el acceso y control de los recursos en una determinada población. En segundo lugar, es necesario examinar de qué manera el trabajo que realizan hombres y mujeres y el acceso diferenciado a recursos se relaciona con sus perfiles epidemiológicos, así como con la accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud para esa población⁷.

Una intervención focalizada en mujeres no equivale a trabajar por la igualdad de género. El BID y los países de la región han dedicado significativos esfuerzos a brindar mejores servicios de atención materna e infantil y ha habido considerables avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil, así como en el uso de métodos modernos de planificación familiar en los últimos 20 años. Sin embargo, todavía persisten enormes desafíos para que los sistemas de salud tomen en cuenta los determinantes económicos, de género y socio-culturales que impiden el acceso igualitario y oportuno por parte de miles de mujeres, y también de hombres, a servicios de salud de calidad. Los roles de género y el acceso diferenciado a recursos relacionados con la salud afectan de modo dispar a hombres y mujeres, pero perjudican particularmente a éstas dado su escaso poder de decisión sobre su vida sexual y reproductiva. Por esto diseñar intervenciones de salud eficaces requiere incluir acciones que fortalezcan las capacidades de las mujeres, de sus parejas y de otras personas influyentes de su entorno para cuidar y promover su salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de informa-

ción y servicios de salud⁸.

Avanzar en la igualdad de género implica trabajar de manera conjunta tanto con mujeres como con hombres, dado que modificar la distribución de poder y las creencias que sustentan culturalmente las desigualdades entre ambos requiere que unos y otros participen en revisar los términos de su relación en las esferas del hogar, la comunidad, el mercado y la política. Se puede promover la salud individual, familiar y de la comunidad apoyando medidas que fomenten las decisiones libres, informadas y desde un plano de igualdad entre hombres y mujeres acerca de su sexualidad y reproducción, así como respecto al uso de recursos para la salud, y una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado de los niños y niñas y el hogar.

8. *Género y Salud: una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*, PAHO.

III. ARGUMENTOS PARA EL DIÁLOGO CON LA CONTRAPARTE

“Decimos que es necesario cuidarse, pero las mujeres no vamos a cuidarnos, ni al centro de salud. Nos preocupamos de los hijos, de las personas mayores; pero de nosotras no nos preocupamos”

Mujer indígena de Chimborazo, Ecuador

¿Por qué es importante que los proyectos de SRMN integren un enfoque de género?

- A pesar de los avances registrados en reducir la mortalidad materna e infantil, el número de mujeres y de menores de 5 años con riesgo de enfermedad y muerte en la región permanece alto (81 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV) y 19 muertes en menores de 5 años por cada 1.000 NV, con gran variabilidad tanto por país como dentro de los países⁹). De los 8 objetivos de desarrollo del milenio el objetivo 5, que busca reducir la mortalidad materna, es uno de los que registra mayores atrasos. La mortalidad y morbilidad materna no sólo priva a las mujeres de su derecho a la vida y la salud, sino que compromete la salud y las perspectivas de desarrollo de sus hijos e hijas. Varios países de la región no alcanzarán las metas comprometidas si no implementan estrategias decididas para reducir significativamente las muertes maternas e infantiles¹⁰. Varios factores explican el lento progreso: en primer lugar, la falta de cobertura universal y equitativa de prestaciones esenciales en SRMN que priorice la atención en población rural, pobre, indígena y en aquellas áreas donde se concentran las muertes maternas. En segundo lugar, la atención esencial en SRMN no se brinda de modo continuado desde la etapa pre-gestacional hasta la infancia temprana, sino esporádicamente. En tercer lugar, las prestaciones no alcanzan una calidad y calidez mínima como para asegurar que las intervenciones sean efectivas en prevenir riesgos evitables. Por último, los servicios de salud ven comprometida su efectividad por barreras económicas, geográficas, culturales, de género y ciclo de vida, tanto del lado de la oferta como de la demanda, que limitan la utilización de los mismos. Mejorar
- El desigual acceso a recursos y oportunidades entre hombres y mujeres, así como las normas de género y barreras culturales, juegan un papel importante en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. La situación de desventaja de las mujeres, en particular aquellas con baja educación, indígenas y afro descendientes, respecto a los hombres resulta en su limitada capacidad de tomar decisiones informadas sobre su reproducción así como de acceder a servicios de salud oportunos y de calidad. En muchos contextos, son los hombres y otros familiares quienes controlan los recursos y tienen el poder de tomar decisiones que afectan la SRMN. A esto se suman factores económicos, étnicos, raciales y de ciclo de vida que agravan la vulnerabilidad de las mujeres en situación de pobreza. Las comunidades indígenas y afro descendientes han tenido históricamente una experiencia de desencuentro cultural con el sistema de medicina convencional y en algunos casos hasta de maltrato debido a su condición de exclusión social. Esto ha generado desconfianza y temor en estas poblaciones y reticencia a usar los servicios de salud. Las intervenciones que promueven la SRMN deben apuntar a reducir tanto las barreras económicas como las culturales y de género, que impiden a las mujeres cuidar de su salud y la de sus hijos e hijas. Para esto es importante promover la participación responsable de los hombres en decisiones compartidas sobre la sexualidad y reproducción de la pareja, así como en los cuidados de la mujer durante el embarazo, el parto, posparto y cuidados del recién nacido.¹¹

9. State of the World's Children 2013. UNICEF. Datos ajustados en base a la estimación realizada por el grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna del 2010 (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial) que produce bases de datos internacionalmente comparables sobre mortalidad materna e infantil para reducir los extensamente documentados problemas de reporte y clasificación de muertes.

10. MDG Observatory for Latin America and the Caribbean, UNDP, 2011.

11. Breve reseña de intervenciones de salud sexual y reproductiva sensibles al género y la cultura en la región: *Promoviendo la Igualdad, Reconociendo la Diversidad. Historias sobre la Salud Intercultural Sexual y Reproductiva entre los Pueblos Indígenas*. UNFPA, AECID, 2010.

- **Hay altos costos financieros, de oportunidad y sociales para las mujeres que limitan el acceso a servicios esenciales de SRMN.** La falta de autonomía económica de la mayoría de las mujeres –especialmente adolescentes– y su baja incidencia en las decisiones sobre la asignación de recursos en el hogar limita sus acciones a favor de cuidar de su salud y la de sus hijos. Además, conciliar la doble carga de trabajo en el hogar, el cuidado de menores, personas mayores o enfermas y el mercado o actividad productiva familiar resulta en el alto **costo de oportunidad** que implica acudir a un centro de salud. Éste se ve agravado allí donde la distancia al centro de salud es considerable, el transporte es escaso y caro, los horarios de los centros de salud no se adecúan a las responsabilidades y trabajo de las mujeres y la calidad de la atención es deficiente y/o poco respetuosa de las costumbres culturales, edad o condición de las usuarias. Finalmente, las mujeres enfrentan **costos sociales** en contextos donde éstas no toman decisiones sobre su salud reproductiva sin el permiso de su marido, madre o suegra y/o no se sienten cómodas al ser atendidas por un hombre, o se sienten maltratadas o intimidadas por personal de salud debido a su género, edad, condición socio-económica, racial o étnica.
- **Los servicios de salud reflejan las normas culturales que asignan a las mujeres la exclusividad de la responsabilidad por las decisiones reproductivas, del cuidado de los niños y niñas y del hogar** y no suelen analizar cómo esta carga, sumada al trabajo en la economía familiar o el mercado, afecta de manera específica la salud de las mujeres. A pesar de que los servicios de salud generalmente cuentan con un fuerte componente de atención de salud materna e infantil, raramente se considera de qué manera la distribución de roles, acceso a recursos, responsabilidades –y en definitiva, de poder– en el interior de la familia perjudica la salud de las mujeres y les impide tomar decisiones libres y acertadas al respecto. El sistema sanitario y el personal de salud debería estar capacitado para analizar cómo las realidades específicas en las que viven hombres y mujeres y los roles de género inciden en el perfil epidemiológico en las zonas en las que intervienen. Esto implicaría por ejemplo, no asumir que las mujeres podrán actuar sobre las recomendaciones que reciban del personal de salud respecto al uso de métodos modernos anticonceptivos o de parto institucional si no cuentan con los recursos y el apoyo de su pareja. Es importante que los servicios de salud provean información y servicios de salud sexual y reproductiva tanto a mujeres como a hombres, y que también procuren involucrar a estos últimos –siempre que la mujer no manifieste que existe un problema de violencia de pareja– en las consultas prenatales y posnatales y asociarlos en la responsabilidad de cuidar tanto de la mujer durante el embarazo, (por ej. evitar que realice esfuerzos excesivos o que levante cargas pesadas) como del bebé que está por nacer o de sí mismo.
- **La gran mayoría de las muertes maternas y neonatales se evitaría si las mujeres tuvieran atención y acceso equitativo a servicios de calidad técnica y humana tanto durante el embarazo, el parto, el puerperio, aborto¹² y post aborto, así como de planificación familiar¹³** Una serie de factores comunes contribuyen al bajo uso de métodos modernos de planificación familiar entre hombres y mujeres de bajos recursos, al consecuente alto número de embarazos no planeados, abortos inseguros, así como a la baja utilización oportuna de servicios preventivos. Entre estos factores destacan la distribución desigual de poder de negociación entre hombres y mujeres respecto a cuándo y bajo qué condiciones están dispuestos a tener relaciones sexuales, los roles de género en torno a la sexualidad, la cultura del silencio, la falta de educación

12. En la actualidad, sólo Cuba permite el aborto libre. En el otro extremo, Chile, El Salvador, República Dominicana y Nicaragua (desde 2009) no permiten el aborto aún en los casos en los que la vida de la mujer embarazada corre peligro. En los otros países el aborto es ilegal, aunque las leyes contemplan excepciones a la pena cuando el embarazo supone un riesgo para la salud física o psíquica de la madre (aborto terapéutico) y en otras circunstancias puntuales: cuando el feto presenta malformaciones graves (aborto eugenésico) y/o si el embarazo es consecuencia de una violación (aborto ético). Lo importante es ofrecer servicios para un aborto sin riesgos, según lo indicado por ley, dado que aún en los casos donde el aborto no está penalizado por ley, el acceso de las mujeres al mismo se encuentra severamente restringido a causa de la ausencia de regulaciones adecuadas y de la voluntad política necesaria. Esto se traduce en situaciones de muertes y problemas de salud por la realización de los abortos de manera clandestina e insalubre para las mujeres de escasos recursos y en viajes clandestinos a países más permisivos en relación al aborto para las mujeres con recursos económicos. El aborto inseguro y la morbilidad y la mortalidad asociadas en las mujeres pueden evitarse. Todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. OMS, 2012.

13. *Serie The Lancet sobre Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva*. 2006-2007; *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes en América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. CEPAL, UNFPA, OPS, 2010.

generalizada acerca de los derechos sexuales y reproductivos y el insuficiente acceso a servicios de salud sexual y reproductiva¹⁴.

- **En América Latina y el Caribe más de la mitad de los embarazos no son planeados (58%): esto es así en casi dos tercios de los embarazos en el Caribe (63%) y en Sudamérica (64%), mientras que en América Central esta proporción es menor (43%).** A pesar de que el 67% de mujeres casadas o en unión en edad reproductiva de la región utiliza métodos anticonceptivos modernos, cerca de una de cada cuatro mujeres (23 millones) que quiere evitar quedar embarazada pronto o del todo no usa ningún método de planificación familiar o emplea un método no efectivo, por lo que tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar. Estas mujeres representan alrededor de tres cuartos de los embarazos no planeados. De éstos, un tercio terminan en nacimientos no deseados (31%), más de un quinto en abortos inducidos (22%) y espontáneos (8%), sobre el total de embarazos¹⁵. Las mujeres pobres, adolescentes y jóvenes, no casadas o unidas, indígenas que viven en zonas rurales o periurbanas son quienes encuentran mayores dificultades para acceder a información y servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados. Por otra parte, también muchas adolescentes casadas o en unión quieren postergar un embarazo pero no usan métodos anticonceptivos por la presión social de concebir hijos pronto, por desinformación sobre el uso de anticonceptivos y sus consecuencias o por resistencia de la pareja a su uso.
- **Tener hijos sin desearlos perjudica la salud tanto de la madre como de su hijo o hija.** Aumentan las probabilidades de que el niño o niña posea un estado nutricional defi-

ciente, que desarrolle enfermedades, así como el riesgo de morir antes de cumplir los 5 años¹⁶. Es más probable que la madre postergue los cuidados y consultas médicas durante el embarazo, que sufra de depresión y ansiedad, que no lo amamante y que no establezca un buen vínculo afectivo con él. Esta situación afecta particularmente a madres adolescentes, cercenando así tanto las posibilidades de desarrollo pleno de sus hijos e hijas como las oportunidades de educación y empleo de la madre, incrementando su dependencia económica y las posibilidades de violencia doméstica¹⁷.

- **El embarazo no planeado es la principal causa subyacente de la mayoría de los abortos inducidos. La gran mayoría (95%) de los 4,4 millones de abortos que se realizan cada año en la región ocurre en condiciones inseguras y riesgosas, dadas las restricciones legales y sociales que existen para recibir servicios de abortos sin riesgos y de atención de las complicaciones de abortos inseguros en casi todos los países. Esto provoca una de cada diez muertes maternas (12%) o 1.000 muertes y 500.000 hospitalizaciones por año¹⁸ principalmente entre mujeres pobres y marginalizadas^{19,20}.** El aborto inseguro y la morbilidad y la mortalidad asociadas en las mujeres pueden evitarse. Todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley.
- **Ampliar el acceso a consejería y servicios culturalmente adecuados de planificación familiar focalizados en mujeres pobres, jóvenes, rurales, indígenas y afro descendientes, de bajo nivel educativo contribuiría significativamente a disminuir los embarazos no planeados, de alto riesgo, evitaría muchos embarazos adolescentes,**

14. *Datos sobre la satisfacción de la necesidad anticonceptiva en los países en desarrollo.* Guttmacher Institute, 2010.

15. Singh S et al. *Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes.* Studies in Family Planning. Vol 41 (4):241-250. 2010. Los datos pertenecen a las regiones según las define la Organización Mundial de la Salud.

16. Ibidem; Jensen ER, Ahlburg A. *Impact of unwantedness and family size on child health and preventive and curative care in developing countries.* Policy Matters No. 4. Policy Project, 2000.

17. Tsui A.O, McDonald-Mosley R., Burke A.E. *Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies.* Epidemiological Review, 2010. Volume 32 (1): 152-174; Fergusson DM, et al. *Abortion among young women and subsequent life outcomes. Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 2007, 39(1):6-12.

18. Kulcycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy developments." Studies in Family Planning. 42(3): 199-220.

19. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.*

20. Sedgh G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. The Lancet. Volume 379, Issue 9816, Pages 625 - 632, 18 February 2012; Ibidem Kulczycki A; Zamberlin N. et al. *Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted.* Reproductive Health Journal 2012, Dec 22;9 (1):34. doi: 10.1186/1742-4755-9-34.

SALUD REPRODUCTIVA

Condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura (OMS).

- abortos inseguros y por ende significaría una **disminución en las muertes maternas e infantiles**²¹. Mejores servicios ayudarían a que las mujeres puedan tomar decisiones informadas, elegir cuando tener hijos, cuidar de su salud y la de sus descendientes. A su vez, las familias serían más pequeñas, aumentaría la participación laboral de las mujeres, el ahorro familiar y la productividad y, por ende, las posibilidades de educar a los hijos e hijas y salir de la pobreza se incrementarían. Invertir en la salud reproductiva de las mujeres redundaría no sólo en resultados sanitarios, sino en sustanciales beneficios sociales y económicos para las mujeres, las familias y comunidades^{22, 23, 24}.
- **Los beneficios de la inversión combinada en planificación familiar y en salud materna y neonatal son múltiples y afectan el desarrollo económico y social de todo el país.** La satisfacción de las necesidades de planificación familiar moderna de las mujeres en la región, así como de los estándares recomendados de atención materna y neonatal originaría grandes beneficios directos en términos de salud, sin provocar un aumento en el costo total de los servicios. Los embarazos no planeados y los abortos inseguros disminuirían un 67%, la mortalidad materna se reduciría en 64% y la mortalidad neonatal a la mitad. El informe **Haciendo Cuentas: costos y beneficios de los servicios anticonceptivos** y **Datos sobre la inversión en planificación familiar y salud materna y neonatal** lo demuestra, estimando el costo de los servicios y las tasas de mortalidad materna e infantil según el uso actual y óptimo combinado de la planificación familiar y de los servicios de salud materna y neonatal. Implementar servicios de SRMN al mismo tiempo y en el mismo lugar salva vidas y recursos.²⁵ Los múltiples beneficios de promover la salud reproductiva se esquematizan en el diagrama 1.
 - **Para el sistema de salud es costo-efectivo invertir en servicios de planificación familiar y salud materna e infantil.** Se estima que por cada dólar gastado en cubrir la actual demanda insatisfecha de planificación familiar y en proveer de métodos modernos a aquellas mujeres que los requieren, se ahorrarían US\$1.40 en los costos de servicios de salud maternos y neonatales.²⁶
 - **En 2012 el uso de métodos anticonceptivos evitó 28 millones de embarazos no planeados en la región de América Latina y el Caribe. A la vez, evitó 12 millones de nacimientos no planeados, 12 millones de abortos inducidos (de los cuales 11,7 millones son inseguros), 4 millones de abortos espontáneos y 10.000 muertes maternas.**²⁷ Si todas las mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en 2012 usaran métodos modernos, 7 millones de embarazos no planeados adicionales podrían evitarse y, con esto, se evitarían 3 millones de nacimientos no planeados, 3 millones de abortos inducidos (de los cuales 2,7 millones son inseguros), un millón de abortos espontáneos y 3.000 muertes maternas. El costo

21. Carr et al. Giving women the power to plan their families. The Lancet, Volume 380, Issue 9837, Pages 80 - 82, 14 July 2012.

22. Ibidem.

23. Sonfield A et al., *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children*, New York: Guttmacher Institute, 2013, www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf.

24. Grepin, K., Klugman, J.; *Closing the deadly gap between what we know and what we do. Investing in women's reproductive health*. The World Bank, 2013.

25. Singh S. and Darroch J.E. *Adding it all up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012*.

26. Singh S. et al. Op cit.

27. Darroch JE, Guttmacher Institute, tabulaciones especiales de datos de Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012.

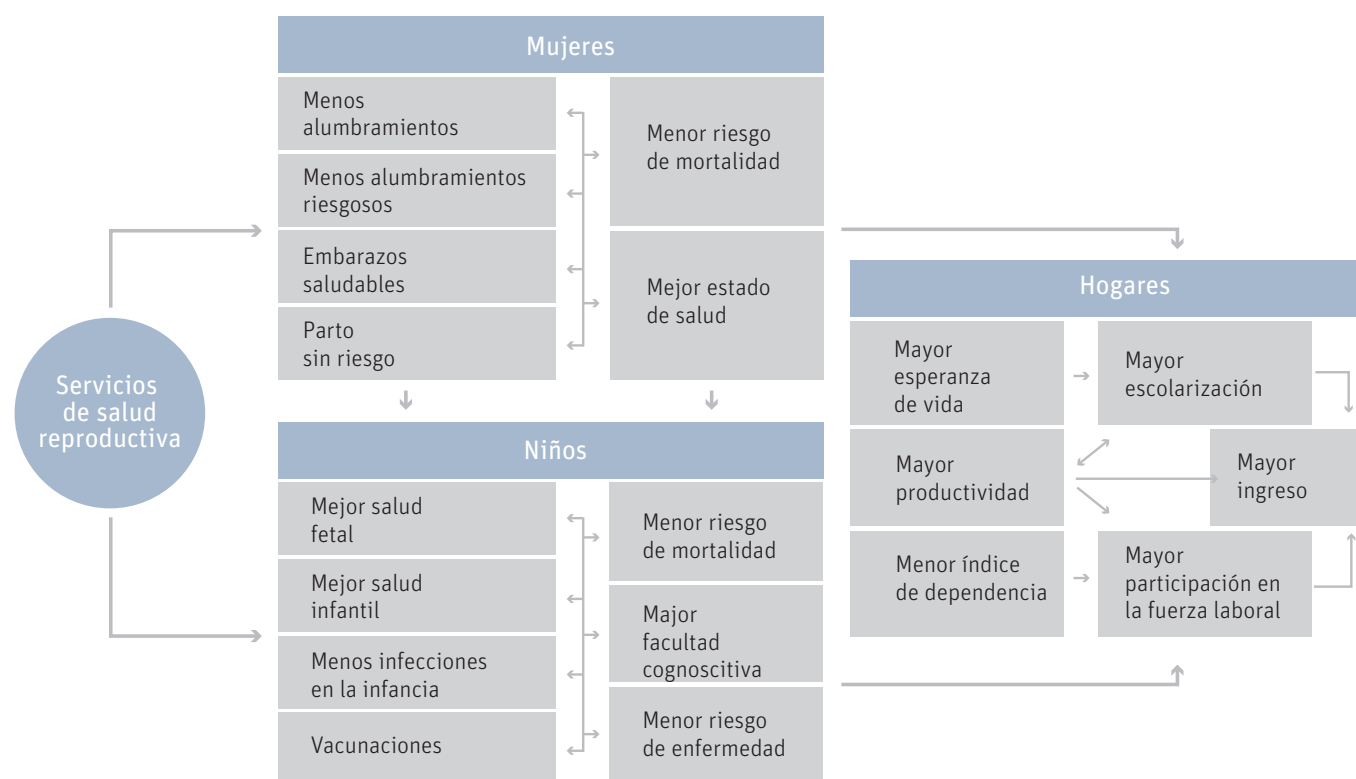
estimado del uso de anticonceptivos modernos en 2012 fue de US\$1.2 billones.²⁸ Si todas las mujeres que quisieron evitar un embarazo en 2012 usaran métodos modernos, el costo total sería US\$1.6 billones.²⁹ Estos datos reflejan cuán crucial es la provisión no sólo de cuidados obstétricos y neonatales de calidad, sino también de consejería y métodos modernos de anticoncepción.

- **La prestación de atención de calidad durante y después del embarazo reduciría sustantivamente tanto la mortalidad materna como la mortalidad neonatal, ya que la salud materna y la de los recién nacidos están íntimamente ligadas.** La muerte de la madre por razones relacionadas con el parto resulta no sólo en una pérdida de su productividad para la economía familiar y nacional, sino que reduce la posibilidad de que el niño o la niña sobrevi-

va y sea saludable. Los niños que crecen sin madre, especialmente las niñas, tienen mayor probabilidad de recibir menos atención en salud y educación escolar.³⁰

- **Las intervenciones que promueven la salud reproductiva, materna y neonatal necesitan incluir acciones para prevenir y tratar casos de violencia intrafamiliar, que afectan particularmente a mujeres, niñas y niños.** La violencia contra mujeres y niñas es un problema significativo de salud pública cuya prevalencia es alta en la región. La violencia física o sexual perpetrada por una pareja afecta desde el 13% de las mujeres de 15 a 49 años en Haití al 52% en Bolivia, y también ocurre durante el embarazo (en la región oscila entre el 6% y el 11%).³¹ Los costos económicos de la violencia son altos para los países de la región e incluyen la provisión de servicios de

GRÁFICO 1: Relación entre salud reproductiva y los beneficios para las mujeres, niños y hogares



Fuente: Informe sobre el estado de la Población Mundial. UNFPA, 2013.

28. Ibidem. Este costo se desgrega en \$0.5 billones en costos directos y \$0.7 billones en costos de programa y sistemas de provisión de servicios.

29. Ibidem. Este costo se desgrega en \$0.6 billones en costos directos y \$1 billón en costos de programa y sistemas de provisión de servicios.

30. Relación entre la mala salud reproductiva y la pobreza en América latina y el Caribe. I. Nieves, A. Glassman, I. Belle. Nota técnica BID, 2000.

31. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. PAHO, CD., 2012.

salud, sociales y legales, así como los ingresos perdidos por discapacidad o muerte. La evidencia refleja que la violencia sufrida tanto durante la vida como durante el embarazo está asociada con efectos adversos para la salud de la madre y el recién nacido. Estos incluyen bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, complicaciones obstétricas, enfermedades de transmisión sexual, HIV y abortos inseguros.

- **La violencia contra una mujer embarazada está significativamente asociada con conductas de riesgo durante la gestación, tales como abuso de alcohol y drogas, fumar, no acudir a controles prenatales y menor probabi-**

lidad de tener un parto institucional, así como mayores probabilidades de sufrir depresión, dificultades para vincularse afectivamente con su bebé y en la lactancia. Los servicios de atención de salud reproductiva y materna representan una oportunidad única para identificar, prevenir y tratar los casos de violencia durante el embarazo. El personal de salud necesita poder reconocer dichos casos en las mujeres que atienden y conocer las consecuencias de la violencia para la salud de mujeres y niños y niñas. Por último, es vital que los profesionales de la salud tengan la capacidad técnica y humana tanto para prevenir el riesgo de violencia como para tratar sus efectos adversos durante el embarazo, parto y post-parto.

IV. LINEAMIENTOS PARA INTEGRAR UN ENFOQUE DE GÉNERO

“Las formas en que trabajamos afectan nuestra salud”

Mujer indígena de Guamote, Ecuador

A. Elementos principales de un proyecto sensible al género

¿Cómo se integra un enfoque de género en los proyectos de salud reproductiva, materna y neonatal?

Hay seis elementos fundamentales a la hora de diseñar un proyecto sensible al género, la cultura y el ciclo de vida de los hombres y mujeres afectados por una intervención de salud.

1. Análisis de vulnerabilidad de género e información desagregada por sexo, etnia, raza y edad: Las intervenciones de SPH buscan apoyar a individuos, hogares y comunidades a manejar riesgos y reducir vulnerabilidades. Para identificar estrategias adecuadas es necesario conocer las vulnerabilidades específicas de las mujeres en relación a los hombres y cómo éstas experimentan los riesgos. Es importante tomar en cuenta que hombres y mujeres no conforman un grupo homogéneo (sino bastante heterogéneo: diversas etnias y razas, viviendo en zonas rurales y urbanas, de diferentes niveles de pobreza y etapas de la vida, jefes o no de familia, en hogares nucleares o extendidos) y son afectados de diferente manera tanto por el problema de salud como por la intervención que se proponga. El género es uno de los obstáculos o barreras

que puede socavar, o presentar oportunidades para el logro de los objetivos de dichas intervenciones. Un análisis de las vulnerabilidades basadas en el género, la cultura local, el ciclo de vida y cómo éstas afectan el problema particular que se está tratando de resolver es un punto de entrada clave para cualquier proyecto de salud.

Un análisis de género durante la etapa de preparación del proyecto busca conocer de qué manera las diferencias biológicas, los roles y responsabilidades (quién hace qué, patrones de movilidad, uso del tiempo estacional y cotidiano, distribución de trabajo remunerado, reproductivo y no remunerado), las normas, actitudes y creencias, así como el acceso y control diferenciado de recursos por parte de hombres y mujeres (medios de vida y oportunidades, redes sociales de apoyo) determina su vulnerabilidad ante riesgos de salud. Se debe analizar en qué medida estas características de género afectan a hombres y mujeres de modo diferente respecto a las siguientes dimensiones (usando datos desagregados por sexo donde existan, e información cualitativa donde sea necesario):

- 1) incidencia/prevalencia de enfermedad,
- 2) comportamiento de búsqueda de atención sanitaria,
- 3) capacidad de acceder a servicios de salud,
- 4) opciones de tratamiento preventivo y curativo,
- 5) experiencia con el personal de salud,

- 6) evolución del problema de salud y
- 7) consecuencias económicas y sociales.

Esta información puede obtenerse a través de estadísticas vitales, registros administrativos de salud, censos, encuestas demográficas y de salud, encuestas de empleo, de ingresos y gastos, de condiciones de vida que incluyan módulos de salud, así como información recogida usando métodos cualitativos que permitan indagar en las dimensiones de roles, actitudes y comportamientos. Algunas fuentes de estadísticas relevantes en este sentido se listan a continuación:

- **Encuesta de Demografía y Salud; Encuestas de Salud Reproductiva** que se realizan en 15 y 17 países de la región respectivamente, e incluye módulos sobre salud sexual, reproductiva, materna e infantil, situación de la mujer, violencia doméstica y empoderamiento de la mujer
- La encuesta **Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)** apoyada por UNICEF en todos los países de la región, incluye datos sobre protección infantil, salud reproductiva y materna y situación de la mujer
- La División de Asuntos de Género de la CEPAL cuenta con una base de datos de estadísticas e indicadores de género para los países de la región
- **Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos.** Organización Panamericana de la Salud, 2011
- **World Health Statistics 2013. Indicator Compendium.** World Health Organization

2. Análisis de marcos legales y políticas en el sector de salud: Es importante evaluar en qué medida las políticas, programas y leyes nacionales reconocen y responden a los problemas de SRMN desde una perspectiva sensible al género, la interculturalidad y el ciclo de vida. Esto permite identificar puntos de entrada y aliados para iniciar el diálogo de políticas y plantear la consideración de los determinantes de género y diversidad cultural en la salud de las mujeres y recién nacidos.

Una estrategia eficaz para entablar un diálogo fructífero con la contraparte nacional sobre la promoción de la equidad de género en las intervenciones de salud es alinear las líneas de trabajo propuestas para la operación con los compromisos adquiridos por el país para reducir las disparidades de género

y mejorar la situación de la mujer. También es útil plantear las intervenciones como apoyo a políticas o programas públicos de salud reproductiva y materna que a menudo requieren impulso político, apoyo técnico y financiero para su implementación. La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017), por ejemplo, fue adoptada por los Ministros de Salud de la región y establece que la Autoridad Sanitaria Nacional debe promover la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas de salud. En las actividades de seguimiento y evaluación deben utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo. Otros variados instrumentos internacionales adoptados respaldan este compromiso.³²

3. Objetivos y estrategias que contribuyan a reducir las barreras de género: Formular respuestas programáticas sensibles al género, el ciclo de vida y la cultura implica determinar qué es lo que la operación busca alcanzar para mejorar la SRMN, especificando objetivos intermedios (por ej: mejorar el acceso a centros de salud) o finales (por ej: reducir la mortalidad materna) que contribuyan a la equidad de género o al empoderamiento de la mujer. Es importante especificar quiénes se beneficiarán (ej: mujeres indígenas de los departamentos de Yoro e Intibucá, Honduras) para hacer visible el perfil de la población vulnerable y no subsumir sus características socio-demográficas con términos difusos tales como “población pobre o vulnerable”.

4. Consulta a hombres y mujeres para informar la definición del problema, identificación de estrategias y modalidades adecuadas de implementación y seguimiento de progreso: Comprender las diferencias contextuales basadas en el género y los determinantes sociales de la salud requiere incluir a los diferentes actores involucrados en el análisis del problema, sus causas y las estrategias para abordarlo. Esto también ayudaría a entender cuáles son los valores y creencias que están detrás de las actitudes y comportamientos en áreas tales como los roles de género, la búsqueda de atención de salud, el proceso de toma de decisiones, el acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y las razones de utilización o no de los mismos. Es necesario identificar las barreras de acceso a los servicios de salud tanto del lado de la oferta como de la demanda, entrevistando a hombres y mujeres afectados por las intervenciones e incluyendo a líderes comunitarios,

32. Todos los países miembros del BID en la región han respaldado la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW (1979), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y Consenso de Brasilia sobre la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (2010).

personal de servicios de salud, parteras, trabajadoras comunitarias de la salud, así como tomadores de decisión en el Ministerio de Salud.

5. Incluir indicadores que midan el cambio relativo a las barreras de género así como en dimensiones relativas a la salud de mujeres, hombres y niños y niñas que afecten a la igualdad de género: Evidenciar disparidades de género contribuye a focalizar las intervenciones, estrategias y recursos en las áreas que requieren esfuerzos para reducir inequidades en el goce de derechos básicos y posibilidades de desarrollo. Los indicadores de género son variables cuantitativas o cualitativas que permiten constatar cambios a los cuales contribuyó la intervención de desarrollo, en una dimensión de bienestar vital en la que existe disparidad entre hombres y mujeres (por ejemplo: salud sexual y reproductiva, empleo, educación, generación de recursos, violencia, etc.). Los indicadores de género también miden cambios respecto a alguna barrera que impide a las mujeres o a los hombres (adultos, jóvenes o niños) en razón de su género, acceder a un recurso u oportunidad para su desarrollo. Los indicadores de género dependen del contexto y surgen del análisis de los determinantes de género específicos de la salud reproductiva, materna y neonatal de la población a la que intenta alcanzar la intervención.

Monitorear el avance en los resultados de SRMN y en la equidad de género puede hacerse a dos niveles. Por un lado, se pueden formular **indicadores que midan en qué medida se han reducido las barreras de género identificadas** (por ej: si las mujeres no acuden a controles prenatales porque el centro de salud está lejos o el transporte es escaso/caro, se puede medir si aumentó el acceso a través de la implementación de clínicas móviles o subsidio del transporte; uso de anticonceptivos modernos en hombres y mujeres). Por otro lado, se puede medir **si se han producido avances en los resultados de salud en función del perfil epidemiológico de hombres y mujeres** (ej: reducción de mortalidad por complicaciones del embarazo, anemia, HIV/SIDA, enfermedades de transmisión sexual). En definitiva, los indicadores deberían medir cambios en las condiciones o determinantes de salud que afectan a la igualdad de género.

La Política Operativa sobre Igualdad de Género en el Desarrollo (POIG) del BID requiere que las Divisiones sean evaluadas en función de la proporción de operaciones aprobadas que incluyan resultados de género en sus matrices de resultado. El gráfico 2 define los resultados de género. Estos pueden ser indicadores de impacto o productos: Adicionalmente, siempre que sea relevante (es decir, que la in-

GRÁFICO 2

Un resultado de género se define como un impacto, resultado o producto que da cuenta de cambios para las mujeres en relación a los hombres (donde sea relevante) en una dimensión importante para la salud reproductiva y materna, y/o que contribuye a la igualdad de género o al empoderamiento de las mujeres.

Los indicadores de impacto o resultado miden cambios en la salud de las mujeres en relación a los hombres y/o que contribuyen a la igualdad de género o al empoderamiento de las mujeres producidos en el largo o mediano plazo respectivamente. Por ej.:

- Reducción en la prevalencia de violencia contra la mujer
- Reducción de necesidad insatisfecha de planificación familiar

Los **productos de género** son aquellos productos o servicios que desagregan la información por sexo, **que resultan directamente de las actividades de la operación que buscan promover:**

- **La igualdad de género**, por ejemplo.:

- Casa materna construida
- Porcentaje del personal de salud capacitado en protocolos de atención en salud reproductiva y materna sensibles al género y la cultura
- Número de hombres y mujeres que recibieron consejería en planificación familiar

- **El empoderamiento de las mujeres**, por ejemplo.

Número de mujeres que recibieron capacitación sobre su derecho a vivir libre de violencia y a quien recurrir en caso de necesitar atención al respecto

intervención no esté dirigida solamente a mujeres u hombres, o bien que el indicador mida una característica exclusiva de uno de los sexos, como la mortalidad materna), **la POIG requiere que los indicadores desagreguen la información por sexo y, donde sea aplicable, por pertenencia étnica y raza.** El BID recopila datos sobre los informes de monitoreo de proyectos (PMR) e informes sobre los resultados del préstamo (LRR) para las operaciones que incluyen resultados de género en su matriz de resultados. También evalúa los informes de seguimiento de proyectos que desagregan la información sobre los beneficiarios de los proyectos por sexo. Los indicadores que desagreguen datos de los beneficiarios de los proyectos por sexo (incluyendo información de líneas de base y metas desagregadas) contarán a los fines de la evaluación del Banco sobre la implementación de la POIG como resultados de género. Sin embargo, si éstos no cuentan con líneas de base y metas desagregadas por sexo, serán clasificados como indicadores desagregados por sexo, pero no sensibles al género.

Para cada proyecto en cada país se deberán seleccionar los indicadores relevantes en función de la disponibilidad de datos, la situación de salud y los determinantes socio-económicos. Para poder monitorear la equidad de género en salud y contar con estos indicadores es importante fortalecer los sistemas de información sectorial relevantes y de los institutos nacionales de estadística. De lo contrario, la ausencia de levantamientos sistemáticos de información que ponga en evidencia las brechas de género en los países apoyados por el banco seguirá siendo un obstáculo más para trabajar en corregirlas.

A pesar de que no todos los países de la Región cuentan con los datos necesarios para la construcción de varios indicadores, el hecho de crear capacidades para generar los indicadores que permitan cuantificar las diferencias entre las mujeres y los hombres contribuirá a mantener la visibilidad de este tema.

Además de indicadores sobre los determinantes socio-económicos, el estado y la atención de la salud, es recomendable -siempre y cuando el programa se proponga promover mejoras en las relaciones de género- medir cambios de actitudes y creencias de hombres, mujeres y proveedores de salud relacionados con el género. Estos indicadores han servido para predecir comportamientos en el uso de anticonceptivos, espaciamiento intergenésico, número de hijos, conductas sexuales riesgosas o violencia de género y en el caso de los proveedores están asociadas con la calidad de la atención.³³ Cuando sea relevante, se pueden medir cambios en actitudes como efectos indirectos de las intervenciones.

6. Asegurar los arreglos de implementación necesarios para la ejecución de las acciones sensibles al género: Como con cualquier dimensión o componente de la operación, si queremos que las acciones acordadas en el papel (POD) se traduzcan en actividades reales en el terreno, necesitamos asegurar ciertas capacidades y recursos internamente, en el equipo de proyecto, así como acordar las siguientes medidas con la contraparte:

- Incluir actividades sensibles al género de los componentes del POD en el plan de ejecución anual (PEA) y plan operativo anual (POA)
- Asignar recursos financieros a dichas actividades (líneas específicas en el PEA)
- Designar un/a representante de la contraparte capaz de coordinar la implementación de las acciones de género y de dar seguimiento a los acuerdos
- Asignar recursos para la contratación de un/a especialista técnico/a que pueda apoyar la concepción y ejecución de las acciones de género, así como formar a los equipos de la contraparte en la integración de género en su área específica de acción
- Incluir al menos un indicador de resultado de género clave de la matriz de resultados en el PMR y línea de base si se levantarán datos a través de una encuesta
- Incluir en el plan de supervisión al menos dos misiones al año para monitorear el avance en la implementación de las acciones de género acordadas y la calidad de las mismas

B. Preguntas para orientar el diseño de un proyecto con enfoque de género

“Las mujeres indígenas no tienen voz, son sus maridos los que hablan, los que informan hasta la fecha de la menstruación”

Prestatario de salud de la comunidad Chachi, Ecuador

¿Qué necesitamos saber y determinar para diseñar un proyecto sensible al género?

Podemos empezar por cuatro preguntas básicas que orientarán nuestro análisis y el diseño de una intervención sensible al género:

33. <http://www.c-changeprogram.org/content/gender-scales-compendium/index.html>.

- ¿Cuáles son los diferentes roles, acceso a recursos, necesidades de mujeres y hombres en relación a la salud reproductiva, materna y neonatal?
- ¿Cómo afectarán las relaciones de género el alcance y la sostenibilidad de los resultados de la operación?
- ¿Cuáles son las barreras que enfrentan mujeres y hombres para acceder a los servicios, recursos y oportunidades de desarrollo? ¿De qué manera estas barreras pueden comprometer el alcance de los resultados esperados?
- ¿Cómo puede el proyecto reducir la disparidad existente, mejorando las relaciones entre mujeres y hombres y garantizando que la operación beneficie equitativamente a ambos, o al menos, no genere impactos negativos para uno u otro sexo? ¿Cómo afectarán los resultados esperados, el estatus relativo entre hombres y mujeres?
- Los riesgos para la salud y vulnerabilidades/ Prevalencia de enfermedades
- La capacidad de acceder y usar los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel (incluye experiencias con los servicios de salud y proveedores)
- Los resultados de salud (ej: recuperación, discapacidad, muerte) y sus consecuencias económicas y sociales ocasionadas por la carga del problema de salud
- ¿Qué acceso tienen las mujeres y hombres de la población objetivo a servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal?
- ¿Existen mujeres de la comunidad que ofician como trabajadoras de la salud (ej: parteras, promotoras comunitarias de salud)? ¿Cuál es su rol? ¿Cómo podrían fortalecerse sus capacidades para brindar cuidados preventivos e identificar necesidades de tratamiento, especialmente en comunidades con difícil acceso a centros de salud?
- ¿Cómo se diferencian los roles entre los trabajadores de salud femeninos y masculinos (a nivel comunitario e institucional)? ¿Cómo se podrían promover capacidades, igualdad de oportunidades profesionales y roles equitativos entre ambos? ¿Podrían apoyarse medidas para reconocer y remunerar el trabajo muchas veces voluntario de las trabajadoras de salud comunitarias?
- ¿Hay experiencias y/o voluntad en el país de desarrollar prácticas de salud intercultural?³⁶
- ¿Sería útil desarrollar un inventario de nociones y prácticas tradicionales de salud relacionadas con la sexualidad y reproducción que puedan ser tomadas en cuenta por el sistema de salud formal?

A continuación se listan algunas preguntas básicas para integrar un enfoque de género en los 6 aspectos descriptos en la sección anterior:³⁴

Análisis de vulnerabilidad de género e información desagregada por sexo:

“Los trabajadores de salud son hombres antes que doctores, inspectores de salud, No pueden escapar de la socialización machista que todos reciben de su entorno”

Ministerio de Salud, Nicaragua

Se puede realizar un análisis de género del problema de salud relevante al proyecto usando la matriz que se presenta a continuación. La matriz es una herramienta que busca recoger información para conocer:

- ¿Cómo influyen i) las diferencias biológicas, ii) los roles, las normas culturales y de género y iii) el acceso a los recursos y su control... (los siguientes aspectos de la salud reproductiva) de hombres y mujeres?³⁵:

34. Este listado incluye algunas preguntas adaptadas de las siguientes fuentes: *Gender Mainstreaming Checklist for the Health Sector*, African Development Bank 2009; *Gender Analysis in Health. A Review of Selected Tools*. World Health Organization 2002; *Guide to Gender and Development*, Aus Aid; *A User's Guide to Measuring Gender-Sensitive Basic Service Delivery*. UNIFEM, UNDP. 2009; Checklist for Women's Health and Equity in *Gender and Health Through a Gender Lens: Family Health International*, Interagency Gender Working Group (IGWG); Gender Manual: A Practical Guide for Development Policy Makers and Practitioners. Dfid 2002; A Manual for Integrating Gender into Reproductive Health and HIV programs, IGWG, 2009; SIDA Handbook for mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector, 1997.

35. Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. OPS.

36. La salud intercultural supone el desarrollo de procesos donde las diferentes comunidades culturales mantienen una relación horizontal con el sistema de salud occidental, desde un enfoque de reconocimiento y respeto por el paradigma cultural y el modo de entender y abordar el proceso de salud-enfermedad del otro.

Matriz para el análisis de género de un problema de salud

La tabla del Anexo 2 provee un ejemplo detallado del análisis de género de un problema de salud usando este esquema

Problema de salud	Cómo influyen las diferencias biológicas/físicas:	Cómo afectan los diferentes roles y normas de género:	Cómo influyen el acceso y control diferenciado de recursos:
1) Riesgo y vulnerabilidad de salud. Prevalencia	Mujeres más proclives a contraer algunas afecciones por anatomía (ej: HIV).	Mujeres tienen baja capacidad de negociación de relaciones sexuales.	Mujeres no tienen información y/o recursos para obtener MAC o reconocer señales de alarma
2) Capacidad para acceder y usar los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo • Distancia a centros de salud • Preocupaciones por la seguridad • Horas de operación • Percepciones sobre la urgencia en atender a una M con complicaciones • Creencias, aceptabilidad, temor al maltrato y desconfianza respecto de servicios de salud • Mujeres no toman decisiones autónomas sobre uso de recursos, movilidad, comportamientos (uso de anticonceptivos) • Privacidad/sexo de personal médico • Tratamiento poco respetuoso del personal de salud desalienta a muchas mujeres a usar servicios preventivos • Interferencia en las actividades cotidianas 		<ul style="list-style-type: none"> • Costo • Conocimiento de la comunidad acerca de la disponibilidad del servicio • Conocimiento y reconocimiento de problemas que requieren atención y opciones disponibles
3) Resultados de la salud y consecuencias del problema de salud	La doble carga de trabajo de las mujeres afecta su salud y ésta luego dificulta las responsabilidades productivas y reproductivas.		Las mujeres pueden ser estigmatizadas por una condición de salud.

Análisis de marcos legales, políticas y programas en el sector de salud:

- ¿Existen políticas, leyes, normas nacionales o sectoriales específicas que prioricen y promuevan la equidad de género, la paternidad activa y responsable, los derechos de las mujeres y la salud intercultural? (por ej: un Plan Nacional de Desarrollo o de Salud, Ley contra la violencia hacia las mujeres, normas de atención materna y de planificación familiar sensibles al género y la cultura)
- ¿Cuál es el compromiso político del gobierno con la promoción de la equidad de género en salud según lo refleja el marco legal del país y en qué medida se traduce éste en la asignación de recursos a las instituciones nacionales responsables de formular políticas, planificar y brindar servicios de salud acordes?
- ¿Cómo se define la salud sexual y reproductiva en marcos legales y políticas nacionales? Las intervenciones de SRMN, las campañas de comunicación y sensibilización, ¿se focalizan tanto en hombres como mujeres?
- ¿Las políticas y programas consideran las necesidades de salud de mujeres en diferentes etapas de su ciclo de vida o sólo respecto a sus funciones reproductivas? ¿Los programas de salud sexual y reproductiva procuran alcanzar no sólo a mujeres casadas en edad reproductiva sino también a mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, indígenas, no casados o en unión?

- ¿Qué tipo de servicios constituyen prioridades nacionales de inversión en el sector salud?
- ¿Cuáles son las implicaciones de estas prioridades en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de SRMN para poblaciones pobres, indígenas y no indígenas, de distintas razas, rurales y urbanas?
- ¿Cuán efectivos son los servicios de salud (del primer, segundo y tercer nivel) para los hombres, mujeres y niños del área de cobertura considerada por el proyecto? ¿Cómo funciona el sistema de referencias y contra-referencias?
- ¿En qué medida las estrategias de empleo del personal de salud pública promueven la igualdad de género en las posibilidades profesionales, así como en la participación equitativa de hombres y mujeres en la planificación, gestión y toma de decisiones en los centros de salud?
- ¿Los programas universitarios y técnicos de formación del personal de salud integran una perspectiva de género en sus contenidos curriculares? ¿Las universidades y centros de estudios en medicina enseñan al futuro personal médico y de enfermería a identificar los determinantes sociales de la salud (género, cultura, ciclo de vida, nivel socio-económico) y a analizar los perfiles epidemiológicos de acuerdo a estos?
- ¿Cómo se puede incrementar el conocimiento de hombres y mujeres con respecto a su salud sexual, reproductiva y materna, cómo cuidarse a sí mismos y a sus hijos? ¿Cuáles son los canales más apropiados para facilitar este aprendizaje?
- ¿Qué estrategias puede implementar el proyecto para promover responsabilidades compartidas en las decisiones relacionadas con la sexualidad, la reproducción, así como en las tareas de cuidado infantil y domésticas? ¿Cómo se puede trabajar con los hombres para promover modelos de hombre/padres afectuosos, cuidadosos, comprometidos con el cuidado de la salud tanto en sus relaciones de pareja como en la crianza de sus hijos e hijas?
- ¿De qué manera se puede promover la necesidad de incrementar el número de mujeres capacitadas como proveedores de salud a todos los niveles, formando y contratándolas como promotoras de salud comunitaria, enfermeras, doctoras, administradoras de salud, parteras calificadas?
- ¿Cómo se puede mejorar la calidad técnica y la calidez de los servicios de salud en la atención eficaz y respetuosa de las necesidades específicas de salud reproductiva de hombres y mujeres?

Objetivos y estrategias que contribuyan a reducir las barreras de género:

- ¿Qué busca lograr el proyecto en relación a la SRMN y cómo esto contribuiría a mejorar las relaciones de género?
 - ¿Qué estrategias pueden implementarse para reducir las barreras identificadas durante el análisis de género y que están afectando la participación de las mujeres en los beneficios de la intervención y pueden comprometer el alcance de los resultados?
 - ¿La estrategia de intervención toma en cuenta las responsabilidades de hombres y mujeres (domésticas, cuidado de menores y personas ancianas, trabajo remunerado, economía familiar) y busca proveer servicios que concilien sus horarios de atención con las mismas? Si el programa prevé la participación de los beneficiarios, ¿de qué manera afectará el tiempo y los recursos disponibles? ¿qué contribuciones (tiempo, trabajo, recursos) y quién (hombres, mujeres) sería responsable de proveerlas?
- ### Participación de hombres y mujeres durante el proceso de diseño y monitoreo de la ejecución:
- ¿Cuál es la perspectiva de distintos grupos de mujeres y hombres elegibles para el programa acerca de sus condiciones de vida, prioridades, creencias y prácticas respecto al cuidado de la salud, acceso y control de recursos, barreras de acceso a servicios de salud? ¿Se los consultó acerca de los problemas identificados y las estrategias que se consideran adecuadas para abordarlos?
 - ¿La inclusión de hombres y mujeres durante la preparación del proyecto se estructuró de modo que permita la participación libre de ambos (especialmente allí donde las mujeres no suelen expresar sus opiniones públicamente) en un ambiente seguro y de confianza?

- ¿En el proceso de consultas y el diseño de la intervención se implicó a hombres y mujeres representativos de los distintos actores involucrados (personal de salud, técnicos del Ministerio de salud, usuarios y usuarias de los servicios pertenecientes a distintos grupos sociales y etarios, líderes comunitarios, etc.)?
- ¿El proyecto contempla algún mecanismo participativo para dar seguimiento a los aspectos específicos de género identificados durante la etapa de diseño, a través del monitoreo del avance y efectividad de las acciones establecidas para abordarlos?

Datos para el análisis de género: información e indicadores

- ¿Qué nivel de información actualizada desagregada por sexo, edad, raza y etnicidad en las dimensiones de interés para el proyecto posee el gobierno (a nivel sectorial y/o el

instituto de estadística)? ¿Cómo podría el proyecto fortalecer las capacidades nacionales para levantar y analizar esta información?

- ¿A nivel nacional o sectorial existe capacidad para levantar y generar los datos necesarios para los indicadores de género de la línea de base? ¿Existe capacidad nacional para monitorear y analizar la evolución de esos indicadores de género?
- ¿Existe una línea de base con datos sobre la situación de salud y las barreras de género que afectan a hombres y mujeres de diferentes edades, en razón de su etnicidad, raza y nivel socio-económico?
- ¿Se han incluido indicadores específicos para medir cambios en las relaciones de género, la reducción de barreras de acceso a servicios de salud, resultados en la salud reproductiva, materna y neonatal, así como acceso a recursos y oportunidades de desarrollo?
- ¿Los datos levantados dan cuenta de los diferentes roles, intereses y prioridades de hombres y mujeres?
- ¿El proyecto tiene mecanismos sistemáticos para levantar y analizar la información periódicamente?
- ¿Los indicadores están desagregados por sexo, etnicidad, raza, edad y nivel socio económico?

VI. EJECUCIÓN

Cuando miro las estrellas a la noche me pregunto cuál será la mía, así la puedo cambiar por otra”

Mujer Quechua, Perú

¿Se han previsto los mecanismos de gestión y arreglos de implementación que requiere la ejecución de las acciones de género?

- ¿Se han especificado cuáles serán las actividades a realizar para avanzar en los productos o resultados de género incluidos en el diseño de la operación, en el POA y PEA?
- ¿Se han asignado los recursos financieros requeridos para dichas actividades?
- ¿Hemos identificado una persona idónea y con incidencia dentro del organismo ejecutor capaz de coordinar la

implementación de las acciones de género y de dar seguimiento a los acuerdos?

- ¿Hemos previsto asignar recursos para la contratación de recursos técnicos para apoyar la concepción y ejecución de las acciones de género, como también la capacitación del organismo ejecutor en la integración de un enfoque de género en su área de trabajo?
- ¿El taller de arranque y/o plan de supervisión contempla al menos dos misiones al año por parte de un/a especialista en género para monitorear el avance en la implementación de las acciones de género acordadas y la calidad de las mismas?

VI. INDICADORES PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA

“¿No ves que estás en el camino? Ve para allá. ¡No eres nada más que un animal y hablar contigo es como hablar a un animal!”³⁷

Mujer en una clínica en República Dominicana citando lo que le dijo una enfermera

¿Cómo podemos medir cambios en salud reproductiva y materna con enfoque de género?

A continuación se listan indicadores sobre los determinantes socio-económicos, incluyendo el marco legal y de políticas de SRMN. Aunque el proyecto no pretenda intervenir sobre estos aspectos directamente, es importante analizar estos indicadores y su evolución para conocer el perfil de la población en cuestión y los factores que inciden sobre su salud, así como la voluntad y normas nacionales dentro de las cuales el proyecto opera. Se proponen varios indicadores para escoger

en función de las intervenciones incluidas en la operación y las especificidades de la población beneficiaria que dan cuenta de la situación de salud reproductiva y materna y del sistema de atención de la salud (cobertura, acceso, utilización y calidad de los servicios).

Para consultar la definición, relevancia y datos requeridos para la mayoría de los indicadores abajo propuestos, salvo indicación de otra fuente, ir a **Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud** (OPS, 2004) o a **World Health Statistics 2013. Indicator Compendium** (OMS)

INDICADORES DE GÉNERO CLAVE

Desagregados por edad, quintil de riqueza, etnicidad/raza

- Tasa de mortalidad materna
- Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos
- Necesidad insatisfecha de planificación familiar
- Porcentaje de partos institucionalizados y/o porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado
- Porcentaje de mujeres de 15-19 años embarazadas o que han tenido al menos un hijo
- Prevalencia de violencia intrafamiliar por sexo

I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

Dimensión demográfica

- Distribución de la población por sexo y edad
- Porcentaje de hogares con jefatura femenina
- Porcentaje de hogares con menores de 5 años y mayores de 64 o 79 años
- Porcentaje de hogares con jefatura femenina en cada estrato de pobreza
- Tiempo total de trabajo (número total de horas destinadas al trabajo remunerado y al trabajo doméstico no remunerado) por sexo
- Razón del ingreso medio laboral de las mujeres con respecto al de los hombres
- Porcentaje de mujeres con ingresos propios
- Tamaño de la familia (número de miembros que viven en el hogar)
- Porcentaje de personas que no cuentan con documentos de identidad por sexo

Educación

- Tasa de alfabetismo por sexo
- Distribución porcentual de mujeres y hombres según el número de años de instrucción
- Tasa de deserción escolar de mujeres adolescentes por razón de embarazo

37. Tomado de Miller, S., Tejada, A., Murgueytio, P. & et al. 2002, Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic, Population Council, New York, New York.

I. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS (CONT.)

Trabajo

- Tasa de participación de mujeres y de hombres de 15 a 59 años de edad en la actividad económica, por condición de pobreza, según la presencia de menores de 15 años en el hogar
- Distribución del tiempo diario (en minutos) de trabajo total (mercantil y doméstico no remunerado) entre mujeres y hombres
- Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que ni estudian ni trabajan, por sexo

Dimensión política y legal: salud sexual y reproductiva

- Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos
- Existencia de normativa que permita el acceso a métodos de planificación familiar a solicitud de las mujeres
- Existencia de normativas para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación o incesto
- Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público
- Existencia de protocolos indicando la provisión de toda la gama de métodos de planificación familiar para hombres y mujeres en edad reproductiva, independientemente del estado civil o edad
- Existencia de protocolos de atención de salud intercultural (que incluyan atención de partos según modalidades culturalmente adecuadas)
- Existencia de legislación sobre paternidad responsable (y si está reglamentada)
- Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media
- Existencia de políticas de población que consideren la planificación familiar como un derecho
- Existencia de leyes para la atención, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres, con asignación de recursos en el presupuesto público

Financiamiento de la atención

- Gasto público en programas específicos de salud integral para la mujer
- Gasto en atención primaria

II. SITUACIÓN DE LA SALUD

- Esperanza de vida al nacer, por sexo
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad, por sexo
- Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)
- Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)
- Prevalencia de anemia en las mujeres en edad reproductiva
- Prevalencia de HIV/SIDA en personas de 15 a 49 años, por sexo
- Prevalencia de malnutrición (medida por el índice de masa corporal) en las mujeres que han tenido uno o más hijos en el período comprendido entre los últimos 2 meses y los últimos 5 años
- Prevalencia de violencia intrafamiliar por sexo
- Incidencia de abuso sexual, por sexo, grupos de edad y relación con el agresor
- Tasa de demanda de atención por violencia intrafamiliar, por sexo

Salud reproductiva

- Porcentaje de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos
- Tasa global de fecundidad
- Tasa de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años)
- Porcentaje de nacimientos con alto riesgo reproductivo
- Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo
- Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad que están embarazadas o han tenido por lo menos un hijo
- Incidencia registrada de VIH-SIDA, por sexo
- Porcentaje de mujeres y hombres que han discutido temas de salud sexual y reproductiva con sus parejas /personal de salud en el último año
- Porcentaje de hombres y mujeres que creen que en algunos casos es aceptable que un hombre golpee a su mujer
- Porcentaje de mujeres en unión de 15-49 años que afirman tomar decisiones autónomamente respecto al cuidado de la salud

III. ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Cobertura

- Porcentaje de población adulta afiliada a planes de aseguramiento de salud, por sexo
- Cobertura de planificación familiar en los planes de aseguramiento

Promoción, prevención y atención

- Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo
- Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 2 controles postnatales inmediato (24 horas) y mediano (hasta 7 días después) durante el último embarazo
- Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado
- Porcentaje de partos institucionalizados
- Porcentaje de mujeres de 30 años y más que se han realizado una citología en los últimos 2 años
- Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con necesidad insatisfecha de planificación familiar
- Porcentaje de personas que recibieron servicios de consejería y métodos anticonceptivos modernos, por sexo, pertenencia étnica/raza y edad
- Equipamiento para la aplicación de métodos anticonceptivos (MAC) modernos (DIU, AQV) instalado
- Dotación de la gama de métodos de AC modernos disponibles
- Porcentaje de personal de salud capacitado en provisión de consejería y MAC modernos
- Porcentaje de mujeres mayores de 15 años con conocimiento sobre señales de alarma durante embarazo
- Porcentaje de personas mayores de 15 años de la comunidad con conocimiento de las necesidades médicas durante el embarazo, por sexo
- Número de personas capacitadas a través de estrategias de educación, información y comunicación (EIC) sobre salud sexual y reproductiva, por sexo y edad
- Sistema de registro de casos de violencia de género funcionando
- Sistemas de vigilancia epidemiológica de la salud materna/perinatal establecidos y funcionando
- Sistemas de registro y auditorías de muertes maternas establecidos y funcionando

Calidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios

- Tiempo de espera para recibir atención de salud, por sexo
- Porcentaje de nacimientos por cesárea
- Disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica por cada 100.000 mujeres
- Proporción (o número) de emergencias obstétricas atendidas según normativa de atención materna, por etnicidad/raza
- Proporción del personal de salud/servicio materno (médicos, enfermeras, auxiliares) que habla al menos un idioma indígena/afro local
- Proporción de personal femenino para la atención de salud reproductiva y materna
- Proporción del personal capacitado técnicamente en la atención de emergencias obstétricas y neonatales (CONE completo)
- Proporción del personal capacitado técnicamente en la prueba rápida de VIH y protección de transmisión materno infantil de VIH/sífilis
- Proporción del personal de salud capacitado en reconocimiento de señales de violencia de género y protocolo de atención integral de casos de violencia de género
- Proporción del personal de salud con formación en interculturalidad y género
- Porcentaje del personal de salud capacitado en protocolos de salud reproductiva intercultural
- Porcentaje del personal de salud capacitado en protocolos de salud sexual y reproductiva sensibles al género y adaptados para adolescentes
- Número de clínicas con servicios de atención integral para adolescentes hombres y mujeres.
- Proporción del personal de salud que aplica prácticas mejoradas de atención materna (posición del parto, consumo de alimentos y bebidas del lugar si es pertinente, acompañamiento familiar, alimentación e hidratación, reducir intervenciones de rutina no necesarias)

III. ATENCIÓN DE LA SALUD (CONT.)

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Calidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios

- Sistema de encuestas de usuarios y usuarias en funcionamiento (con el objetivo de medir el tanto por ciento de personas atendidas (por sexo, pertenencia étnica/raza, edad) según normativa
- Sistema de encuestas de usuarios y usuarias en funcionamiento (con el objetivo de medir el tanto por ciento de personas atendidas (por sexo, pertenencia étnica/raza, edad) satisfechas con el servicio
- Contenido, estilo no discriminatorio y habilidad del personal de salud en abordar la consejería en salud reproductiva (esto se debe realizar en varias dimensiones que no se incluyen aquí, pero pueden encontrarse especificaciones en:
 - Propuesta de estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural en la región andina. FCI, UNFPA, AECID, Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú, 2011 (pp 54-79)
 - Gender and rights in reproductive and maternal health: Manual for learning workshop. WHO, 2007
- Porcentaje de usuarios y usuarias que consideran que el trato del personal de salud recibido fue respetuoso, por sexo
- Porcentaje de mujeres que afirma que el personal de salud le comunicó en modo claro, simple y usando un lenguaje comprensible la naturaleza de su problema, su diagnóstico, los pasos que debería seguir y las opciones de tratamiento posibles.
- Porcentaje de mujeres que afirma que se mantiene la privacidad y confidencialidad durante y después de la sesión de consejería
- Porcentaje de usuarios y usuarias que afirma que el consejero respeta su cultura y sistema de valores, por sexo
- Porcentaje de mujeres que recibieron servicios de salud reproductiva según un modelo culturalmente adaptado (ej: parto vertical, acompañamiento de familiar, etc.)
- Calidad de la atención obstétrica
- Integralidad de la atención post-parto

Gasto por servicios

- Gasto realizado por los usuarios y usuarias de su propio bolsillo en salud, por sexo

Dimensión política y legal: salud sexual y reproductiva

- Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos
- Existencia de normativa que permita el acceso a métodos de planificación familiar a solicitud de las mujeres
- Existencia de normativas para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación o incesto
- Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público
- Existencia de protocolos indicando la provisión de toda la gama de métodos de planificación familiar para hombres y mujeres en edad reproductiva, independientemente del estado civil o edad
- Existencia de protocolos de atención de salud intercultural (que incluyan atención de partos según modalidades culturalmente adecuadas)
- Existencia de legislación sobre paternidad responsable (y si está reglamentada)
- Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media
- Existencia de políticas de población que consideran la planificación familiar como un derecho
- Existencia de leyes para la atención, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual contra las mujeres, con asignación de recursos en el presupuesto público

Financiamiento de la atención

- Gasto público en programas específicos de salud integral para la mujer
- Gasto en atención primaria

III. ATENCIÓN DE LA SALUD

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Actitudes de género

Abajo encontrarán algunos ejemplos de afirmaciones que se usan habitualmente en escalas para medir actitudes de género. Investigaciones recientes muestran que las actitudes de género están asociadas y predicen comportamientos relacionados con la salud tales como el uso de anticonceptivos, embarazos no deseados, violencia, participación en la toma de decisiones sobre la salud, etc. Las Encuestas de Demografía y Salud y las Salud Reproductiva incluyen baterías de preguntas que miden actitudes de género. También se pueden consultar escalas específicas en C-Change <http://www.c-changeprogram.org/content/gender-scales-compendium/index.html>. Éstas miden actitudes que influyen comportamientos relacionados con la salud y referentes a la comunicación de pareja sobre las relaciones sexuales, empoderamiento de la mujer, relaciones de género, toma de decisiones en el hogar o poder en las relaciones sexuales. Se pregunta a los entrevistados por el grado de acuerdo con afirmaciones que reflejan creencias y actitudes respecto a la igualdad de género:

- En la familia, son las mujeres las que deben encargarse de la casa y del cuidado de los menores
- Lo más importante para una mujer es llegar a ser madre
- Los hombres necesitan aceptar más la responsabilidad de la planificación familiar.
- Tener un hombre a mi lado me hace sentir completa como mujer
- Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por el hombre.
- Las mujeres son las que tienen la responsabilidad de evitar embarazos
- Las mujeres que llevan condones en su cartera son fáciles
- Los hombres necesitan tener más sexo que las mujeres
- No se habla de sexo, se tiene sexo
- Las mujeres deben tolerar la violencia para mantener unida a la familia
- Un hombre y una mujer deben decidir juntos qué tipo de anticonceptivo usar

VII. ANEXOS

ANEXO 1: Definiciones

Sexo: Características biológicas y fisiológicas que distinguen a los hombres y las mujeres (por ejemplo: órganos reproductivos, cromosomas, hormonas).

Género: Se refiere a los roles, comportamientos, expectativas y atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados para hombres y mujeres, determinando así espacios, acceso a recursos y oportunidades diferenciadas y, en definitiva, relaciones de poder. En base a la diferencia biológica se construye una desigualdad social y cultural que coloca a lo femenino en una posición de inferioridad.

El género tiene las siguientes características:

- **Se basa en relaciones.** No se refiere a las mujeres o a los hombres aisladamente, sino a las relaciones entre ellos y a la forma en que se construye esta relación en la sociedad.
- **Es jerárquico:** Las diferencias entre hombres y mujeres no son neutrales, sino que tienden a atribuir mayor importancia a lo que es masculino y a producir relaciones de poder desiguales.
- **Es institucional:** El género está institucionalizado porque no se refiere a relaciones entre hombres y mujeres a nivel personal y privado, sino a un sistema social basado en valores, leyes, religión, acceso a servicios y beneficios, etc.
- **Cambia con el tiempo y depende del contexto:** Aunque el género adquiere el peso de lo natural e inmodificable, éste en realidad se aprende y varía de una cultura a otra, es dinámico y se puede cambiar.

Igualdad de género: Significa que mujeres y hombres tienen las mismas condiciones y oportunidades para el ejercicio de sus derechos y para alcanzar su potencialidad en términos sociales, económicos, políticos y culturales.

Equidad de género: Implica la provisión y distribución de beneficios o recursos de manera que se reduzcan las brechas existentes entre hombres y mujeres, reconociendo asimismo que estas brechas pueden perjudicar tanto a mujeres como a hombres. Reducir las brechas puede requerir tratar a las mujeres y a los hombres en forma diferente o por separado. Este concepto reconoce las diferentes necesidades, poder y acceso a recursos y oportunidades.

Equidad de género en salud: Implica la superación de las desigualdades injustas y evitables que se producen por razones de género en la situación de salud, en el acceso y calidad de los servicios, en el acceso a recursos, en las posiciones de poder en los sistemas institucionales, en la distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud de la familia y de la comunidad.

Empoderamiento: Involucra la toma de control por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir, la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Las relaciones de género influyen la habilidad de las personas de decidir, influir, controlar decisiones sobre su propio cuerpo, sus hijos, su hogar, elección de empleo y el uso de recursos.

Violencia intrafamiliar: se refiere a todo tipo de violencia psicológica, física, sexual, económica o emocional que se puede dar dentro de la familia. Incluye violencia en la pareja, entre los progenitores y sus hijos e hijas y entre otras personas de la familia. También considera la violencia ejercida por miembros de la familia hacia personas de la tercera edad.

ANEXO 2

TABLA 1: ANÁLISIS DE GÉNERO DE UN PROBLEMA DE SALUD: HIV/SIDA

Problema de salud	Cómo influyen las diferencias biológicas/físicas	Cómo afectan los diferentes roles y actividades de género	Cómo influyen el acceso y control diferenciado de recursos
4) Riesgo y vulnerabilidad de salud. Prevalencia	Las mujeres son más proclives a contraer HIV por factores anatómicos (fisiología del tracto genital) y por complicaciones durante el embarazo asociadas a la posibilidad de transfusiones	<p>Las mujeres son más proclives a contraer HIV por su baja capacidad de negociar el uso de preservativo; dificultad de comprarlos (especialmente adolescentes); normas sociales que perciben a una mujer con preservativos en la cartera como promiscua en vez de cuidadosa, mientras que el hombre sería visto como responsable y seguro; es más probable que sufran violencia sexual que implica mayor riesgo de contagio del virus.</p> <p>Las relaciones entre el mismo sexo entre hombres es estigmatizada y prohibida en muchos países, resultando en ausencia de educación en salud y medidas preventivas y el alto riesgo para aquellos involucrados. Los hombres son más propensos a ejercitar conductas sexuales riesgosas (múltiples parejas y uso intravenoso de drogas).</p>	En algunos países, la información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo HIV, no es accesible para las mujeres menos educadas, con pocos recursos internos o vinculación con redes de información; las mujeres suelen tener menos recursos propios (financieros e internos) y poca capacidad de acceso a servicios de consejería balanceada para obtener preservativos y la información para negociar su utilización.
5) Habilidad para acceder y usar los servicios de salud	<p>Distancia al centro de salud, horas de operación, gastos de servicios, tiempo implicado, costo de transporte o preocupaciones de seguridad limitan la capacidad de las mujeres de acceder a servicios de salud;</p> <p>En muchos países, las mujeres indígenas (y no indígenas también) deben consultar al marido para visitar un centro de salud;</p> <p>Mujeres adolescentes no unidas/casadas pueden no estar autorizadas cultural/formalmente para recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva;</p> <p>La falta de privacidad, distancia cultural y estigma asociado con visitar un centro de salud aleja a muchas mujeres de buscar atención adecuada</p>		<p>Las mujeres tienen mayores dificultades para negociar una prueba de HIV de su pareja que al revés por la desigualdad de poder entre ambos.</p> <p>La actitud discriminadora de los proveedores de salud hacia las mujeres impide a muchas acceder a servicios preventivos y curativos.</p>
6) Resultados de salud y consecuencias económicas, sociales del problema de salud	La responsabilidad exclusiva (o casi) de las mujeres en el cuidado y las tareas domésticas ejerce una presión adicional (tiempo y energía) que afecta su salud y compromete su capacidad de continuar asegurando sus responsabilidades domésticas (ej.: procurar la seguridad alimentaria), de cuidado y productivas.		En algunas culturas, un diagnóstico de HIV a una mujer implica su abandono o desprecio por parte de su esposo y familia.

ANEXO 3: Algunas referencias clave

- Grepin, K., Klugman, J. *Closing the deadly gap between what we know and what we do. Investing in women's reproductive health*. The World Bank, 2013.
- *Serie The Lancet sobre Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva*. 2006-2007. En particular Estrategias para reducir la mortalidad materna: avanzar en lo que funciona; 368:1284-99; Planificación familiar: agenda inconclusa. Lancet 2006; 368:1810-27.
- Singh, S. and Darroch J.E. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services and Maternal and Newborn Health*. Estimates for 2012. June 2012. Guttmacher Institute and UNFPA. For brief see the Executive summary.
- *Datos sobre la inversión en planificación familiar y en salud materna y neonatal. Latinoamérica y el Caribe*. Guttmacher Institute y UNFPA, 2009.
- *Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de una perspectiva de género en salud*. OPS. 2004
- *Elementos para elaborar un Perfil de Género y salud*. OPS, 2008.
- *Perfil de Género y Salud de la Sub-región andina*. OPS, REMMA, UNFPA, AECID, 2010.
- *Propuesta de estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural en la región andina*. FCI, UNFPA, AECID, Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú, 2011. pp 54-79.
- *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. OPS, CEPAL, UNFPA, 2010.
- *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. OPS, 2004.
- WHO. *World Health Statistics. Indicator Compendium 2013*.
- *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health. A global toolkit for action*. UNFPA, Promundo. Men Engage, 2010.
- *Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Como involucrar a los hombres en el cuidado y la salud materna e infantil*. Promundo, 2013.

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

Se prohíbe el uso comercial no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright © [2014] Banco Interamericano de Desarrollo. Este documento de trabajo puede reproducirse para fines no comerciales. Puede también reproducirse en cualquier revista académica indizada en el EconLit de la Asociación Americana de Economía, con el consentimiento previo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), siempre y cuando se reconozca la autoría del Banco y el autor o autores del documento no hayan percibido remuneración alguna derivada de la publicación.

