


Por veinte millones **DE MUJERES...**



Equidad
de Género
EN SALUD
en Centroamérica
1998-2004



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización
Mundial de la Salud

Informe de la Unidad Género, Etnia y Salud
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

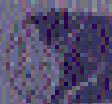
Por veinte millones

DE MUJERES...

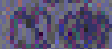
Equidad de Género EN SALUD
en Centroamérica 1998-2004

Informe de la Unidad Género, Etnia y Salud

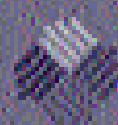
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud



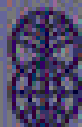
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



Asdi



NORAD

Cooperación con
el desarrollo
económico y social en
los países en desarrollo

Por veinte millones de mujeres

EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD
EN CENTROAMÉRICA 1998-2004

Copyright Noviembre 2005 por la Organización Panamericana de la Salud, Unidad Género, Etnia y Salud.

CRÉDITOS

Elaborado por: Gabriela Hernández

Dirección y Producción: Cathy Cuéllar, Asesora Subregional
Unidad Género, Etnia y Salud, OPS/OMS

Revisión: Unidad Género, Etnia y Salud, OPS/OMS.

Diseño: Mónica Schultz

Fotografías: Jorge Jenkins y OPS

Una publicación de la Unidad de Género, Etnia y Salud
de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS
San José, Diciembre 2005

ISBN 92 75 32609 6

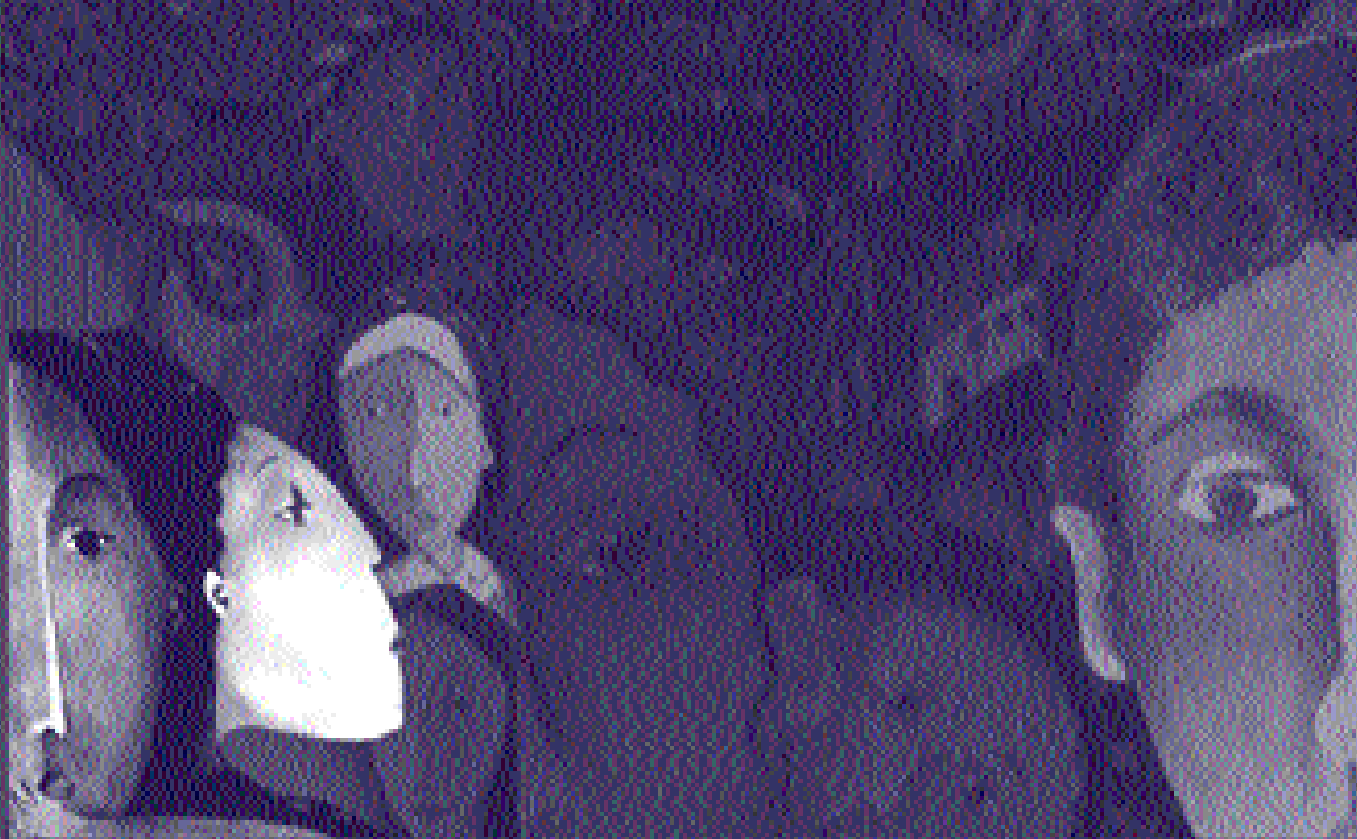
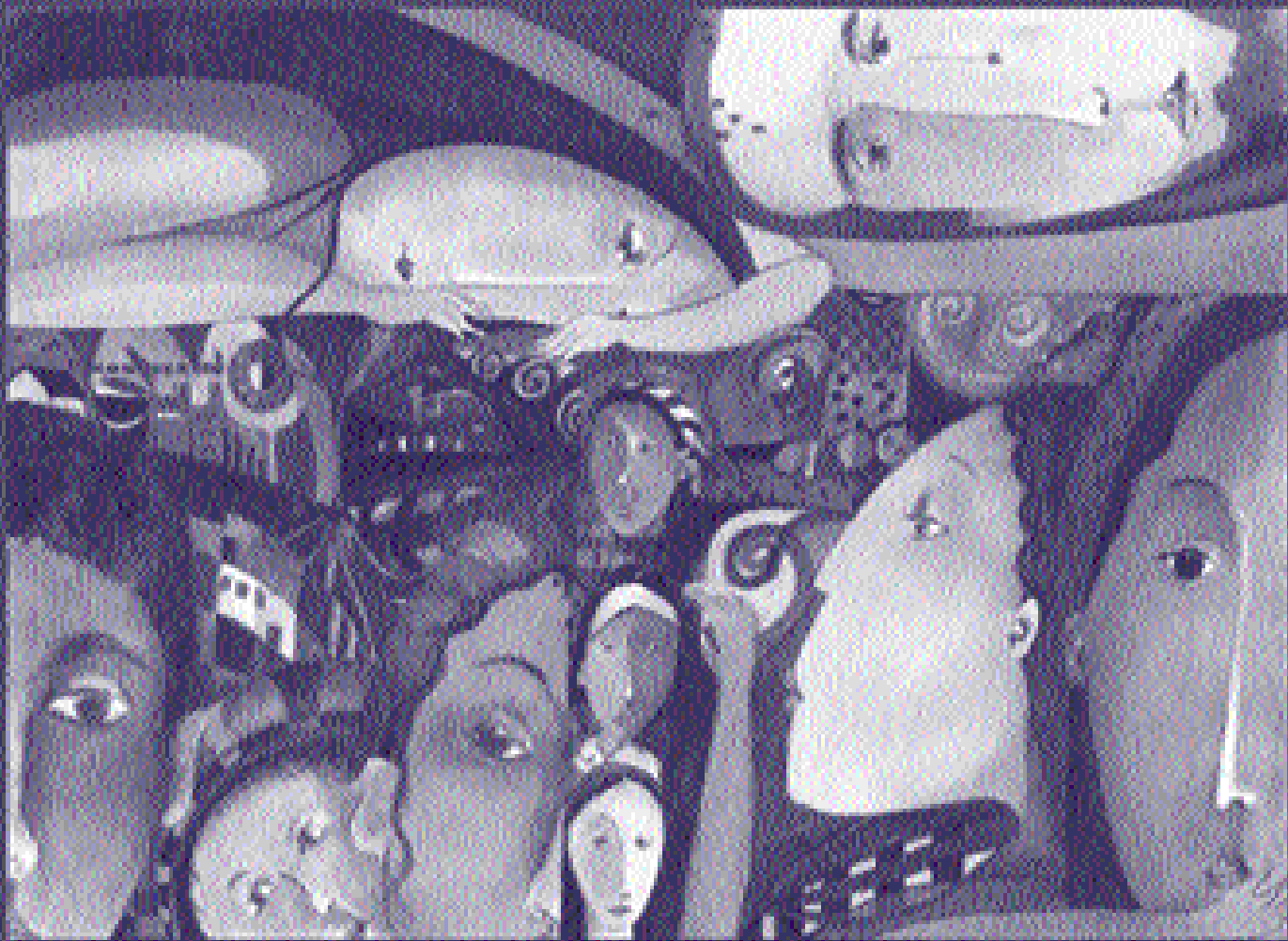
Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN. Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte a:

Unidad Género, Etnia y Salud
Organización Panamericana de la Salud
Apdo. Postal 3745-1000
San José, Costa Rica
e-mail@cor.ops-oms.org

Se reconocen las contribuciones especiales de cada país de Centro América y se agradece el apoyo sostenido de los Gobiernos de Noruega y Suecia, en el período cubierto por este Informe.

Indice

Prólogo: Por Dra. Mirta Roses, Directora de OPS.....	5
Introducción: Centroamérica lo necesita	6
Resumen Ejecutivo: Avanza la equidad de género en salud	9
1 ¿Cómo está la mitad de Centroamérica?	
Condiciones de vida de las mujeres centroamericanas	15
Salud y calidad de vida de las mujeres.....	16
La violencia contra las mujeres	18
Otros problemas de salud.....	19
La respuesta de OPS.....	20
2 A paso firme	
Avance de la equidad de género en el sector salud	23
Las fases de avance en género y salud.....	25
El impacto de los proyectos de OPS en género y salud	29
3 Acción ante un gran problema	
El abordaje de la Violencia Intrafamiliar	33
A construir el modelo.....	34
Estudios sobre “La Ruta Crítica”: una luz en el camino	36
El modelo generado para la atención integral en VIF.....	37
La implantación del abordaje de la VIF en Centroamérica.....	38
Gracias a las normas y protocolos	42
Más de 170 redes salvando vidas	42
Casi 28 mil personas capacitadas	43
Violencia intrafamiliar en las agendas nacionales	44
4 Prioridad de salud pública	
Reduciendo las inequidades de género en salud	47
Una visión integral	48
Los logros hacia la equidad	49
Grandes avances en las respuestas a la violencia de género y la violencia sexual	53
Mejores estadísticas de género en salud	57
Reforma con equidad de género	59
Programas y políticas de salud con enfoque de género	61
Información y educación para la equidad	63
5 Los logros a resaltar por país:	
Abordaje de la violencia intrafamiliar y las inequidades de género en salud	67
Belice - Costa Rica - El Salvador – Guatemala – Honduras - Nicaragua - Panamá	67-83
Conclusiones: Bases sólidas para un futuro con equidad	84
Bibliografía	86



Prólogo

La visión que orienta la labor de la Organización Panamericana de la Salud es la de ser “el catalizador principal para lograr que todas las personas del continente americano gocen de salud óptima y puedan contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades”. La equidad, valor fundamental de esta visión, se asienta en el principio de “justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables”. En este contexto, se reconoce que hay disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y de los hombres que no son simplemente consecuencia de las características biológicas de su sexo, sino del lugar diferente que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad.

Esta ubicación desigual se refleja en patrones diferentes —a menudo inequitativos—, en términos de los riesgos para la salud, y del acceso y el control respecto a los recursos y servicios para la salud. Pese a la considerable importancia que revisten los factores de género para la salud, la consideración de los mismos se ha mantenido marginal. La lucha por el derecho a la salud y la ética en las respuestas de salud no pueden pasar por alto el enfrentamiento de las inequidades de género cuya eliminación constituye un elemento integral de la misión de la OPS y de mi compromiso profesional y personal. La reciente aprobación de nuestra política de igualdad de género nos otorga una herramienta tangible para avanzar y medir nuestros avances de manera colectiva. Este compromiso conlleva el triple desafío de continuar trabajando en la agenda inconclusa de la equidad, defender los logros alcanzados y enfrentar los nuevos retos para alcanzar la salud para todos.

La OPS, a través de la Unidad de Género, Etnia y Salud, está cumpliendo acciones clave para transformar en metas compartidas con los gobiernos de los países miembros y con la sociedad civil, los retos de la eliminación de las inequidades de género en salud. Esta publicación testimonia tal tipo de cooperación técnica en la subregión de Centroamérica. “Por veinte millones de mujeres” reseña los avances notables que se han dado y se siguen consolidando para responder equitativamente a las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres en el área de salud. Las experiencias descritas se ubican en los ámbitos de investigación, desarrollo de planes y políticas, y diseño de intervenciones frente a problemas específicos en el nivel local.

La presente publicación permite apreciar la contribución de los países al avance de la igualdad de género en salud, simultáneamente con la complejidad que implica mantener los avances y madurar los logros en articulación con las agendas nacionales de salud y desarrollo.

El reto de la igualdad de género en salud es colectivo. Los avances y las lecciones aprendidas en Centroamérica constituyen un estímulo y una invitación para aunar esfuerzos y fortalecer nuestros compromisos hacia el logro de la igualdad de género en el ejercicio del derecho a la salud.

Mirta Roses Periago
Directora de la OPS

Centroamérica lo necesita



Casi veinte millones de mujeres, la mitad de la población centroamericana, requiere una mejor atención de salud, acorde con sus condiciones de género. Esto es fundamental para la región, pues es bien sabido que ninguna sociedad alcanzará realmente el desarrollo y la equidad, mientras el 50% de sus habitantes –las mujeres– no reciban la atención a que tienen derecho.

Es por eso que el sector salud de Centroamérica, acompañado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha asumido con todo rigor el desafío de abordar la equidad de género en salud, especialmente la violencia contra las mujeres, como lo que es: un verdadero problema de salud pública y un problema de violación de los derechos humanos. Para ello, el sector sanitario está promoviendo un nuevo modelo de atención integral y una disposición política en la planificación en salud, que permitan responder a las necesidades diferenciadas de salud según género.

Alcanzar este objetivo, consecuente con la meta de Salud para Todos, ha sido el gran propósito del “Programa Mujer, Salud y Desarrollo” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que nació en 1990 y que hoy se denomina “Unidad de Género, Etnia y Salud”. Desde el año 2000, las metas de género y salud son congruentes también con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente el Objetivo #3 que propone “promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”.

Esta publicación describe la evolución que el tema de equidad de género ha tenido dentro del sector salud de Centroamérica, desde que se abordaba como aspectos puntuales de la salud de la mujer, hasta

enmarcarlo dentro de una visión integral de la salud con equidad de género. Bajo esta visión integral, el tema de género y salud está inmerso cada vez más en las prioridades, políticas y planes nacionales de salud, de desarrollo y de reducción de la pobreza de los países. Igualmente, asumir la atención integral de la violencia intrafamiliar y tratar el complejo tema de la violencia sexual, han sido saltos importantes en este proceso.

El presente informe se concentra en los últimos siete años, de 1998 en adelante, cuando se ejecutan el Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil" (1998-2002); y el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica" (2002-2005), promovidos por la OPS, los Ministerios de Salud del Istmo y la sociedad civil, con el apoyo financiero de los gobiernos de Suecia y Noruega.

Los resultados muestran cómo, a través del principio de investigación-acción, se ha logrado generar políticas, planes, programas, leyes, normas, protocolos, redes de atención, sistemas de información, estrategias de capacitación, mecanismos de difusión y, lo más importante, una nueva actitud del sector de la salud hacia el tema de equidad de género.

Aunque el camino de la equidad de género en salud apenas empieza a recorrerse y no será fácil su travesía, los países Centroamericanos ya han emprendido la marcha y están conscientes de que se trata de un imperativo económico y social, pues no habrá desarrollo sin igualdad de género.





Avanza la equidad de género en salud

Una mirada a los datos de Centroamérica nos revela que las tasas de mortalidad materna son inaceptables, que el empleo precario aumenta con mayor porcentaje de mujeres, que más de la mitad de las mujeres no tienen sus necesidades de planificación familiar atendidas, que las mujeres empleadas ganan 33% menos que los hombres, y que menos del 20% de los puestos en el parlamento nacional son ocupados por mujeres, entre otros aspectos relevantes.

La calidad de vida y la situación de salud de las mujeres centroamericanas están determinadas por un contexto social que históricamente ha discriminado a las mujeres en lo político, lo social, lo cultural y lo económico. También lleva el peso de las condiciones propias de pobreza, de subdesarrollo y de desigualdades que caracterizan a la región.

Como consecuencia, desde el punto de vista físico, muchas mujeres de Centroamérica enfrentan problemas de salud como la desnutrición, la anemia por falta de hierro y una alta mortalidad materna. Otras condiciones, más propias de la segunda mitad de la vida, son la obesidad y los problemas de salud asociados a ella, como la hipertensión arterial, la diabetes y deficiencias cardíacas.

Desde el punto de vista físico-psicológico, son frecuentes los problemas de salud y de salud mental como consecuencia de las agresiones físicas, las situaciones de guerra (en los años ochenta y mitad de los noventa), desplazamientos involuntarios, o el maltrato y abandono del esposo o compañero. Precisamente, los problemas de violencia intrafamiliar y las agresiones sexuales han sido tema de preocupación constante en el caso de la salud de las mujeres.

Esto ha llevado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al sector salud de los países de la región a plantear un trabajo más focalizado hacia la salud de las

“Las sociedades muestran su grado de desarrollo en la forma como tratan a las mujeres. Una sociedad que irrespete a sus mujeres, no les reconoce el trabajo, les reduce sus oportunidades de acceso a la educación y a la salud, es una sociedad que muy probablemente va a tener un muy bajo desarrollo humano. En Centroamérica lo que encontramos es una reafirmación de esta tesis: una sociedad que maltrata a sus mujeres es una sociedad de bajo desarrollo humano”.

Miguel Gutiérrez Saxe

Coordinador del Programa Estado de la Nación y del Informe Estado de la Región



mujeres, que hoy por hoy se encamina hacia un enfoque integral de la equidad de género en salud y de la atención de las desigualdades de género en el campo sanitario.

Este trabajo se inició en 1990, con el Programa “Mujer, Salud y Desarrollo” (actualmente “Unidad de Género, Etnia y Salud”), y se continuó a lo largo de los noventa y principios de este siglo con dos proyectos específicos: el Proyecto “Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil” (que se desarrolla en dos fases: 1995-1997 y 1998-2002), y el Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica” (2002-2005).

Estas iniciativas van marcando la evolución del tema de equidad de género en salud, caracterizado por tres grandes momentos: un primer momento en que se decide abordar el tema del desarrollo de las mujeres dentro del ámbito de salud; un segundo momento en que se reconocen temas prioritarios que afectan la salud de las mujeres por su condición de género (entre ellos la violencia doméstica); y un tercer momento en que el tema de la violencia se prioriza como un problema de salud pública, lo cual abre la puerta para que los aspectos de equidad de género sean tratados como parte prioritaria de las políticas de salud pública y reciban respuestas de Estado en concordancia con esas políticas.

Este proceso desde los primeros proyectos específicos para salud de la mujer hasta el reconocimiento del problema de violencia como un tema de salud pública, ha estado marcado y guiado por numerosas investigaciones, estudios y documentación acerca del tema, siguiendo así los principios de “investigación-acción” que caracterizan al trabajo en salud pública.

Alto impacto

Los proyectos “Hacia un modelo integral de prevención y atención a la violencia intrafamiliar” y “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”, han sido de los más innovadores en la historia sanitaria centroamericana. Su impacto se refleja en el tanto que los temas promovidos por estos proyectos están siendo integrados en las

prioridades nacionales de cada país, en sus políticas, en sus planes nacionales y en su programación (ver algunos casos en el recuadro adjunto).

Centroamérica está haciendo un esfuerzo concertado para definir respuestas estatales e intersectoriales frente a la violencia contra las mujeres y en materia de equidad de género en salud. Los gobiernos están coordinando con la sociedad civil (ONGs, academia, comunidades) y con otros sectores fuera del sector salud (policía, estadística nacional, institutos o ministerios de la mujer, entre otros), y el resultado es notorio. Se han conformado redes de atención comunitaria, se están movilizando recursos y desarrollando campañas contra la violencia de género, se están registrando cada vez mejor las estadísticas asociadas a género y salud, se está planificando intersectorialmente en algunos casos, se están formando miles de personas en los temas de equidad de género y salud, y se está diseminando información a través de internet, de publicaciones y de medios electrónicos.

Como producto de las acciones de estos proyectos y del interés nacional, actualmente todos los países de Centroamérica cuentan con políticas, leyes y programas efectivos de atención integral a la violencia intrafamiliar (VIF) y empiezan a diseñar respuestas ampliadas para la violencia sexual. También se dan acciones preliminares para trabajar en el tema de equidad de género en salud como una prioridad de salud pública.

En el caso del Proyecto sobre VIF, el propósito y logro fundamental fue construir y consolidar un modelo de atención integral contra la VIF en los siete países de Centroamérica. Esto ha implicado generar normas y protocolos para la atención, un intenso programa de capacitación, la constitución y fortalecimiento de redes para la detección y atención de las víctimas de violencia y la generación de mecanismos técnicos y financieros para garantizar la sostenibilidad de la atención en VIF.

Uno de los insumos más importantes en el camino hacia el modelo de atención de la VIF fue, sin lugar a dudas, la serie de estudios "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en

El enfoque de género está presente en:

- La Política y Plan Nacional de Salud de Nicaragua.
- La Estrategia de Reducción de la Pobreza de Honduras.
- La Política Nacional 2002-2006 y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 de Costa Rica.
- La Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006.
- La Política de Igualdad de Género de Belice.
- El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Belice.
- La Política de Salud Mental de Honduras y de Costa Rica.
- El Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna de El Salvador.
- El Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF) de la CCSS, Costa Rica.
- Plan de Igualdad para la Mujer en Panamá (PIOM II) 2002-2006.



América Latina” que se realizó en diez países de la región (incluyendo los siete centroamericanos) entre 1996 y 1998.

En el caso del Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”, éste no sólo vino a dar seguimiento y a consolidar los avances logrados contra la Violencia Intrafamiliar, sino que propuso un abordaje más holístico para reducir las inequidades de género en salud e introdujo el concepto de “Violencia de Género” (VBG). Esto incluye el trabajo en violencia intrafamiliar y violencia sexual, pero va más allá en su planteamiento, pues remarca la necesidad de trabajar estos temas y la equidad de género en salud como problemas de salud pública que son.

Políticas, estadísticas, vigilancia, difusión de información y educación sobre género y salud son parte de la nueva agenda de trabajo que la OPS y los países se propusieron bajo la ejecución de este proyecto. También la inserción del tema de equidad de género en la agenda de los procesos de Reforma del Sector Salud.

Asimismo, se está logrando la transversalización del tema de equidad de género en las políticas y programas de salud de la Cooperación Técnica de OPS. Áreas como salud mental, VIH/SIDA, desastres y ambiente (en el tema de plaguicidas), han incluido la perspectiva de género en sus programas de cooperación; mientras que la Unidad de Salud Materna y Mujer creó un proyecto denominado “Hombres en Programas de Salud Sexual y Reproductiva”, que aborda el tema de una nueva masculinidad.

Los países también están intercambiando conocimientos y experiencias en relación con la equidad de género, y han desarrollado iniciativas bilaterales, en algunos casos, para compartir políticas e instrumentos, o bien para debatir sobre el tema. Espacios políticos como la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), al igual que foros y reuniones internacionales, han servido de escenario para impulsar esta dinámica regional y subregional.

En general, hoy se puede constatar una mayor presencia del tema de equidad de género en las agendas nacionales del sector salud y más pasos avanzados hacia la equidad de género en salud. No cabe duda, que las bases sentadas a lo largo de más de una década de acción, desde que se iniciara el Proyecto Mujer, Salud y Desarrollo en 1990, constituyen actualmente una sólida plataforma para continuar trabajando en esta dirección. Los retos y desafíos son propios de un camino que apenas comienza, pero los primeros pasos han sido significativos y sin retorno.

Realidad de Centroamérica y equidad de género en salud

EN RESUMEN

Contexto socioeconómico, político y cultural, y cooperación técnica de OPS

Aumento o estancamiento de la pobreza y baja capacidad de generación de ingresos. Incremento de la jefatura de hogar femenina/trabajo doméstico, responsabilidad casi exclusiva de las mujeres

Desigualdades en acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Reforma del sector salud no incluye la perspectiva de género en la mayoría de los países.

Persistencia de normas culturales sobre los roles de género basados en la distribución desigual de poder entre hombres y mujeres.

Reducidas políticas públicas en salud dirigidas a enfrentar las inequidades de género.

Impacto del contexto en la equidad de género en salud

- La pobreza duplica el riesgo de la muerte prematura entre mujeres que entre los hombres. Las encuestas poblacionales han mostrado que aunque las mujeres en general tienden a usar más los servicios, en algunos países y estratos de menores ingresos esta utilización ha sido menor para las mujeres que para los hombres.
- Las mujeres tienen menor acceso a empleo remunerado y el desempleo es más alto entre las mujeres que entre los hombres; sin embargo, tienen gasto de bolsillo en salud más alto.
- Mejoría en uso de anticonceptivos, reducción de tasas de fecundidad y acceso a parto institucionalizado, pero altas tasas de mortalidad materna, feminización del VIH/SIDA, altos porcentajes de embarazo en la adolescencia.
- Las mujeres se ven obligadas a responder a múltiples demandas de atención y protección frente a problemas de salud.
- Impacto reducido de las reformas sectoriales en la equidad de género, baja participación de las mujeres en los procesos de toma de decisión en salud.
- Elevada prevalencia de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial contra las mujeres en las familias, las relaciones de pareja y en los ámbitos públicos.
- Fundamentalismos religiosos y económicos que amenazan la expansión y consolidación de los programas en salud que atienden a las inequidades de género.
- Limitada inserción del enfoque de género en temas prioritarios de las políticas regionales de la OPS.

La respuesta de OPS
Estrategias/prioridades de los
Proyectos ASDI/NORAD

Producción de información, propuesta de indicadores básicos y desarrollo de capacidades nacionales sobre desigualdades socioeconómicas, salud, acceso a servicios y equidad de género para diseño de políticas y abogacía.

Desarrollo de una propuesta metodológica para elaborar una cuenta satélite sobre la producción no remunerada de servicios de salud en el sector hogares, en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales.

Diseño de modelo de atención, capacitación, costeo de servicios y edición de materiales sobre salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud. Proyecto de hombres y salud reproductiva.

Expansión del modelo de atención a la violencia basada en género.

Transversalización de la equidad de género en programas prioritarios para la cooperación técnica de la OPS.



¿Cómo está la mitad de Centroamérica?

Condiciones de vida de las mujeres centroamericanas

Cuando el sol apenas despunta en el este centroamericano, millones de siluetas femeninas se deslizan en la oscuridad de la madrugada. Son las mujeres que, como sus madres y abuelas, se disponen a empezar la jornada diaria antes que todos los demás. En la mayoría de los casos, su día se compone de dos o más jornadas de trabajo: el de la casa, el remunerado y el comunitario, y a menudo, hasta de dos trabajos remunerados fuera del hogar.

Sobre sus hombros, la centroamericana lleva la carga de vivir en un contexto social que históricamente ha discriminado a las mujeres en lo político, lo social, lo cultural y lo económico. También lleva el peso de las condiciones propias de pobreza, de subdesarrollo y de desigualdades que caracterizan a la región. Todo este contexto determina la calidad de la salud y el acceso a la educación que tienen las mujeres de Centroamérica.

De los casi 40 millones de habitantes centroamericanos, la mitad son mujeres. Alrededor de 14 millones de personas están ocupadas (datos del año 2000) y el 38% de estos trabajadores son mujeres; es decir, 5 millones de centroamericanas participan en forma activa en el mercado de trabajo. Sin embargo, la remuneración que



Cuadro #1

Expectativa de vida al nacer de mujeres y hombres en Centroamérica
Datos en años al 2004

PAÍS	Mujeres	Hombres
Belice	72,9	69,9
Costa Rica	80,8	76,1
El Salvador	74,2	68,1
Guatemala	69,5	63,6
Honduras	71,2	66,4
Nicaragua	72,5	67,8
Panamá	77,7	72,6

Fuente: Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2004. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.

reciben no es equiparable aún a la paga que perciben los hombres por similares tareas¹. A esto cabe añadir la inestabilidad laboral que afecta más al grupo femenino. De hecho, el número de mujeres en el sector informal supera al de los hombres (2.9 millones de mujeres respecto a 2.4 millones de varones).

Otro sector importante son las niñas y jóvenes, cuyo perfil de salud presenta particularidades que tienen que ver con su edad. Se calcula que el 40% de los habitantes del Istmo son niños o jóvenes menores de 15 años (aproximadamente 16 millones); la mitad de los cuales son mujeres. Esto significa una cantidad aproximada de 8 millones de niñas y jóvenes.

La expectativa de vida al nacer de las centroamericanas es variable dependiendo del país. Las cifras más bajas se observan en Guatemala y Honduras donde las mujeres vivirán un promedio de 69 y 71 años respectivamente, mientras que la expectativa más alta la muestran las costarricenses con un promedio de 80 años. El Cuadro #1 muestra el detalle de la expectativa de vida para mujeres y hombres en Centroamérica, por país y edad.

Salud y calidad de vida de las mujeres

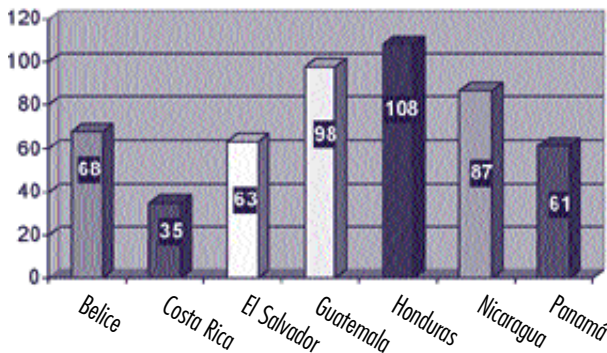
Pero no sólo se trata de vivir muchos años, sino de vivirlos con calidad, y en este aspecto la calidad de vida de que gozan las mujeres centroamericanas en la mayoría de los casos no es la mejor. Esto es preocupante, pues la forma en que vive, se alimenta, trabaja o estudia la mujer determina la calidad de la salud con que puede contar. También el ambiente que la rodea y el trato que le dan sus familiares y la sociedad, inciden directamente en el nivel sanitario de que puede gozar una mujer.

Desde el punto de vista físico, la desnutrición y la anemia por falta de hierro han sido problemas comunes de las mujeres en Centroamérica, provocados por la dieta deficiente, la alta prevalencia de parasitosis intestinal en algunas zonas, y por los embarazos repetidos. Más recientemente, en algunos países también está atacando la obesidad y los problemas de salud asociados a ella, desde hipertensión arterial hasta deficiencias cardíacas.

1 Estado de la Región 2002, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Todavía en los años noventa, la primera causa de muerte era la mortalidad materna, por hemorragia post parto, sepsis o toxemia del embarazo, males que podían ser prevenidos mediante una adecuada atención en el período prenatal. Esta situación prevalece aún, especialmente en algunos países del área. Datos de la Organización Panamericana de la Salud (Género, Salud y Desarrollo en las Américas 2003) indican que en Nicaragua y Guatemala, de cada 100,000 mujeres que dan a luz, casi 100 mueren (87 en Nicaragua y 98 en Guatemala). En Honduras esta cifra sobrepasa los 100 fallecimientos (ver Gráfico 1).

Gráfico #1
Mortalidad Materna en Centroamérica
Muertes por cada 100,000 nacidos vivos, datos al 2003



Fuente: Género Salud y Desarrollo en Las Américas 2003, OPS/OMS

La segunda causa de muerte entre las mujeres centroamericanas son los tumores malignos, en las edades de 25 a 44 años. El cáncer de cuello uterino ha sido el más frecuente, seguido por el de estómago, el de mama, el de pulmón, la leucemia y los tumores malignos del útero.

En el caso de las jóvenes, el embarazo adolescente es una de las principales causas de preocupación. La maternidad prematura altera el desarrollo socio-educativo de las menores, en muchos casos interrumpe sus estudios y las obliga a incorporarse por necesidad a la fuerza laboral. Por

“La violencia contra las mujeres se encuentra arraigada en un orden social que establece relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres. Además, hay tres factores que limitan el avance en la reducción de los índices de violencia, y que no necesariamente se enumeran por orden de prioridad: la falta de autonomía económica de las mujeres y su limitado acceso a la toma de decisiones y las estructuras de poder; la falta de espacios de educación y formación sobre la legislación, derechos y responsabilidades tanto de hombres como de mujeres para la prevención y erradicación de la violencia; y la debilidad en la respuesta interinstitucional y jurídica a la atención y prevención de la violencia.”

Marcela Suazo

Ministra de la Condición de la Mujer Honduras,
Presidenta Comisión de Mujeres Ministras de
Centroamérica(COMMCA) 2004.



ejemplo en las maquiladoras (una de las fuentes de trabajo más usuales para las mujeres no profesionales), la edad de las trabajadoras oscila entre 14 y 25 años. La mayoría de ellas son mujeres solas, y muchas de ellas con hijos.

La violencia contra las mujeres

Desde el punto de vista físico-psicológico, también han sido frecuentes los problemas de salud y de salud mental, como consecuencia, entre otras causas, de las agresiones físicas, las situaciones de guerra (en los años ochenta y mitad de los noventa), desplazamientos involuntarios, o el maltrato y abandono del esposo o compañero. Los problemas de violencia intrafamiliar y las agresiones sexuales han sido tema de preocupación constante en el caso de la salud de las mujeres. En América, una de cada tres mujeres ha sido víctima de la violencia; el 33% de las mujeres entre 16 y 49 años han sido víctimas de abuso sexual y el 45% han sido amenazas por parte de sus parejas².

La definición de violencia contra la mujer

...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.



La violencia contra las mujeres (maltrato por la pareja, agresión sexual o abuso sexual en la niñez) puede tener efectos fatales como el homicidio, el suicidio, la mortalidad materna (por los riesgos a que está expuesta), o el VIH/SIDA en casos en que la mujer es contagiada por una agresión sexual o por la pareja que no utiliza protección.

También tiene efectos no mortales en su salud física como lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos, discapacidad permanente u obesidad severa; o bien trastornos crónicos como síndromes dolorosos crónicos, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, entre otros. En su salud mental el efecto se manifiesta en estrés postraumático, depresión, angustia, fobias y estados de pánico, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, escasa autoestima y abuso de sustancias

psicotrópicas.

El maltrato físico y sexual afecta a la salud reproductiva de las mujeres, ya sea directamente por los riesgos a causa de las relaciones sexuales forzadas o el temor, o indirectamente por los efectos psicológicos que conducen a comportamientos riesgosos. Los niños también pueden sufrir

2 Hoja Informativa Gensalud: Violencia contra las mujeres. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.

las consecuencias, ya sea durante el embarazo de la madre, o en su propia niñez a causa del descuido o los efectos psicológicos o sobre el desarrollo, resultantes de presenciar el maltrato o sufrirlo personalmente³. En definitiva, la salud reproductiva de la mujer víctima de violencia puede verse afectada por embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH-SIDA), trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer y enfermedad inflamatoria pélvica.

Por otro lado, las mujeres víctimas de violencia están más propensas a adoptar comportamientos negativos para la salud como el tabaquismo, el abuso de alcohol y de drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física o comer en exceso. Pero, independientemente de cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres coinciden en que los efectos psicológicos son aún más prolongados y devastadores⁴.

En Centroamérica, la violencia contra las mujeres ha ido en aumento. Uno de los casos más preocupantes es el de Guatemala, donde los homicidios de mujeres se han incrementado de manera recurrente en los últimos cuatro años. El número de mujeres asesinadas de manera violenta pasó de 317 en el año 2002 a 383 en el 2003, y para el 2004 la cifra creció a 497 feminicidios, según datos del Servicio de Investigación Criminal (SIC). Para el 2005 (al cierre de edición de este libro), la cifra de muertes volvió a aumentar, esta vez en un 26% con respecto al 2004, pues según datos de la Red de la No Violencia contra las Mujeres, en setiembre del 2004 se reportó la muerte de 336 (corte a ese mes), y para setiembre del 2005 los casos ya habían llegado a 458 casos. El arma de fuego figura como el principal objeto para perpetrar los crímenes, afectando principalmente a mujeres entre 18 a 40 años.

Otros problemas de salud

Al ser la mitad de los habitantes, las mujeres de Centroamérica no escapan, además, a las enfermedades y los problemas sanitarios que afectan a la población. El VIH/SIDA y las otras enfermedades transmisibles como el cólera, el dengue, la malaria y la tuberculosis, entre otras, afectan discriminadamente a hombres y mujeres. Las mujeres son más vulnerables a la transmisión del VIH por razones biológicas y de género; la malaria en mujeres embarazadas tiene efectos nocivos; y el acceso a servicios de salud no es igual para hombres y mujeres.

3 "La Violencia contra las Mujeres: responde el sector Salud", OPS 2003.

4 Idem.

La violencia social es otro de los fenómenos que, más recientemente, ha pasado a ser importante como problema de salud pública en todas las ciudades del istmo. En particular, este fenómeno está llegando a niveles extremos en San Pedro Sula, San Salvador y la ciudad de Guatemala. Los datos recogidos muestran que la violencia reportada en San Salvador está sobrepasando en incidencia a otras ciudades de Latinoamérica como Cali en Colombia y Río de Janeiro en Brasil⁵.

Para el caso de San Pedro Sula, el hecho de que la violencia es la mayor causa de mortalidad en niños y niñas con edades entre 5 y 14 años, la constituye en el principal problema de salud pública⁶. En general, Centroamérica enfrenta un grave fenómeno de violencia delictiva que actualmente genera un volumen de muertos superiores a los años de guerra. Esto ocurre, fundamentalmente, porque aunque el conflicto social y la guerra se detuvieron, las causas que los originaron aún persisten: las amplias desigualdades, la pobreza y exclusiones sociales muy profundas⁷.

Si bien la violencia de género no debe ser de la responsabilidad y preocupación única del sector salud, pues demanda un tratamiento multisectorial, es indudable que el sector sanitario ha tomado medidas y ha generado propuestas para atender este fenómeno de violencia contra la mujer. De igual modo, el sector salud ha procurado respuestas para los diversos problemas reproductivos que enfrentan las mujeres de Centroamérica.

// No se podrán alcanzar las metas del milenio para 2015 –erradicación de la pobreza, empoderamiento de las mujeres, ambientes sostenibles, alianzas mundiales para el desarrollo- sin la participación de las mujeres. Por eso es crucial el tema de la violencia para optimizar la capacidad de las sociedades de alcanzar estas metas”.

Dra. Mirta Roses Periago
Directora de OPS
Día Internacional de la Mujer 2003



La respuesta de la OPS

Desde principios de los noventa, el sector salud y la sociedad civil de Centroamérica, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de los gobiernos de Suecia y Noruega, han puesto en práctica programas y proyectos dirigidos a identificar y a atender las necesidades de salud de las mujeres, con una perspectiva de equidad de género.

En 1990, el proyecto “Salud Integral de la Mujer en Centroamérica”, ejecutado por la OPS en conjunto con los Ministerios de Salud, parlamentos, ONG’s, organizaciones

5 Estudio del Proyecto “Salud en Conglomerados Humanos en América Latina”, 2000. Instituto Centroamericano de la Salud, Universidad South Bank del Reino Unido y Escuela de Medicina

Tropical de Liverpool, con financiamiento de la Unión Europea.

6 Idem

7 Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica 2003 (PNUD), San José, 2003.

de mujeres, universidades y el sector salud en general, fue un punto de partida trascendental para el trabajo dirigido a la salud de las mujeres durante toda la década, y es considerado como el principio de un proceso de transformación de la condición de la mujer en Centroamérica. Los objetivos más urgentes, en ese momento, fueron mejorar los servicios de salud dirigidos a la mujer, para bajar la mortalidad materna y el cáncer cérvico-uterino; así como atacar otros problemas específicos, entre ellos la carencia de sistemas de suministro de agua y de saneamiento ambiental en las comunidades.

A inicios de los noventa, OPS apoyó a los países en la formación de las bases organizativas y científico-técnicas para conocer, reflexionar y actuar sobre aspectos que inciden en la salud de la mujer, desde una perspectiva de género. En este sentido, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo direccionó su marco conceptual, metodológico y de elaboración de políticas para incidir en el quehacer de la salud pública de los Estados de la subregión, buscando mayor equidad entre los sexos⁸.

En este proceso, el problema de la violencia fue dimensionado rápidamente como una de las áreas más urgentes de atender, y se desarrolló entonces el Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil". Este proyecto tuvo una primera fase de 1995 a 1997 y una segunda etapa que se extendió de 1998 al 2002, en el marco del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS.

En el 2002, se inició un nuevo proceso bajo una visión más integral y programática dentro del Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica" (2002 a 2005), siempre en el marco de la cooperación técnica de la OPS y con el apoyo de los gobiernos de Suecia y Noruega. Cabe destacar que la coordinación subregional de la cooperación técnica para estas iniciativas, ha mantenido su sede en la Representación de OPS en Costa Rica.

Estos tres proyectos consecutivos han sido el reflejo, y en parte también generadores, de lo que ha sido la evolución del tratamiento del tema de salud de la mujer y de la equidad de género en salud en Centroamérica; camino que es importante describir y que se presenta brevemente en el siguiente capítulo.

8 Memoria 1990-1996: Cooperación Técnica para construir la Equidad de Género en Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS, San José, Costa Rica, 1998.



Para mejorar la salud de las niñas y niños se necesitan acciones conjuntas de la familia y la comunidad.

¿CÓMO SE PUEDE MEJORAR LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

El niño y la niña necesitan un ambiente seguro y saludable para crecer y desarrollarse.

El niño y la niña necesitan un ambiente seguro y saludable para crecer y desarrollarse.

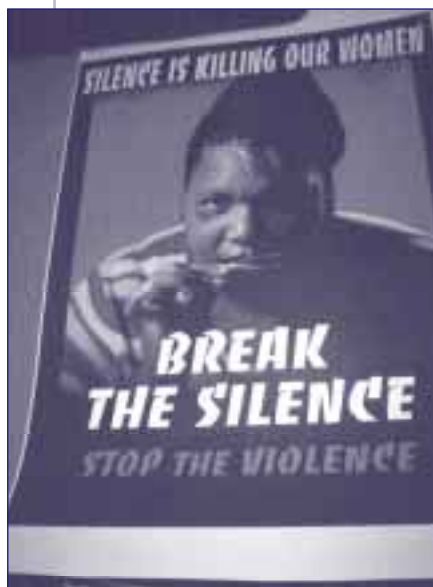
A paso firme

Avance de la equidad de género en el sector salud

Cuando se inician los años noventa, hay un ambiente de esperanza renovada en Centroamérica. El fin de la guerra en Nicaragua, la inminente firma de la paz en El Salvador y el proceso de pacificación que la región entera había iniciado tras los Acuerdos de Paz de Esquipulas, firmados en 1987, abrieron la puerta hacia una nueva etapa en el Istmo. Era la esperanza de una vida mejor y la ilusión de que con la paz vendría el progreso económico y social.

Una fase de mayor participación y democracia, y una mayor discusión de los temas estructurales en los países, hacían prever un cambio en las tendencias que hasta entonces habían marcado la historia centroamericana. La situación de las mujeres, como parte de los grupos postergados y marginados, fue cobrando más fuerza como tema de análisis y de trabajo.

Los movimientos mundiales a favor de las mujeres habían sembrado ya la semilla de la inquietud y de la acción frente a los tratos discriminatorios contra el sexo femenino. Había transcurrido una década desde que, en 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobara la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y a lo largo de los años ochenta las organizaciones de mujeres habían impulsado diversas iniciativas de servicios, investigación, difusión y abogacía sobre el tema⁹. Los países centroamericanos, aún bajo la guerra y a diferentes ritmos, también trabajaron en el tema



⁹ Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas. OPS/OMS, 2001.

La equidad de género en salud...

Significa que mujeres y hombres puedan disfrutar de las condiciones y oportunidades que hacen posible que las personas sobrevivan saludablemente y se mantengan libres de enfermedad, lesiones y discapacidad evitables. En consecuencia, el análisis de la equidad de género en salud exige considerar, además del tamaño de las diferencias entre indicadores, la naturaleza prevenible o no, de las causas que dañan o acortan la vida prematuramente.

Hoja Informativa Equidad de Género en Salud
Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS



y las iniciativas de las organizaciones pioneras en este proceso servirían luego de referentes conceptuales y metodológicos para el desarrollo de programas y políticas en la subregión.

La Organización Panamericana de la Salud, como parte del sistema de Naciones Unidas, empieza a plantearse nuevas formas para abordar el tema de la situación de las mujeres desde la perspectiva de salud. A finales de los ochenta, mientras los Presidentes Centroamericanos negocian la paz, un grupo técnico de OPS, en consulta con los gobiernos, empieza el diseño de lo que será el primer proyecto especial del Programa "Mujer, Salud y Desarrollo" (MSD), que vendría a ser la respuesta principal del sector salud en el ámbito centroamericano frente al tema.

En 1991, la Quinta Conferencia Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), aprueba una resolución sobre mujer y violencia, en la que se destaca la violencia basada en género como uno de los obstáculos para un desarrollo con equidad. En 1993, otros dos hechos mundiales sientan las bases para el desarrollo de las legislaciones nacionales sobre el tema. Estos son la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, donde se reconoce a la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos; y la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia en Contra de la Mujer, en la que se establece la definición y tipologías de violencia, así como las acciones que los Estados deben desarrollar para enfrentar este problema¹⁰.

Otros pasos fundamentales se dan en 1994, cuando se aprueba la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, de la Organización de Estados Americanos, OEA); y cuando la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo) también establece objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra las mujeres y las niñas.

De tal forma, el primer quinquenio de los noventa se convierte en un período de ebullición conceptual, política, técnica y jurídica para tratar los diversos aspectos de la situación de las mujeres en el mundo, incluyendo

Desde 1993, la

Organización

Panamericana de la Salud

(OPS) definió la violencia

de género como una

prioridad de salud pública.

La Organización Mundial

de la Salud (OMS) lo hizo

a nivel global en 1996.

¹⁰ Para más información sobre el abordaje que debe hacer el sector salud de los Estados frente al problema de la violencia basada en género, ver el libro "La violencia contra las mujeres: responde el sector salud", Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2003.

el tema de la salud. Son los años en que el planeta se prepara para la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (1995).

La Conferencia de Beijing, y todas sus discusiones previas, constituye un parangón en la lucha mundial por mejorar la situación de la mujer, y de ella se desprenden objetivos y medidas para generar toda una siguiente fase de políticas. En el plano de la salud, estas políticas se relacionan sobre todo con los temas de violencia contra las mujeres y niñas, particularmente en lo relativo a la violación sexual, la violencia doméstica, la explotación, el tráfico para fines sexuales y la mutilación genital. También incluyen componentes relacionados con los servicios de atención, prevención y promoción, información, educación y comunicación, investigación, capacitación de recursos humanos, movilización y asignación de recursos y la colaboración intersectorial¹¹.

Desde 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había recogido con fuerza el tema, definiendo a la violencia de género como una prioridad de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo hizo a nivel global en 1996.



Las fases de avance en género y salud

En consonancia con los procesos nacionales, regionales y mundiales que se van dando a lo largo de los noventa, el desarrollo del tema de la equidad de género en salud, en Centroamérica, se va dando por etapas evolutivas.

En una primera fase se planteó una nueva atención al tema de la salud de la mujer como un proyecto especial y puntual en los países, para visibilizar la necesidad de un abordaje diferente. En ese momento se inicia el primer proyecto del Programa Mujer, Salud y Desarrollo (MSD), con énfasis en mejorar los servicios de salud dirigidos a la mujer, para bajar la mortalidad materna y el cáncer de cérvix.

A la luz del proyecto se hicieron estudios-diagnósticos de la situación de salud materna en los países e investigaciones interdisciplinarias en el área

11 Idem.



de mujer, salud y trabajo. Estas investigaciones rápidamente identificaron el problema de violencia doméstica como una de las áreas más urgentes de atender y esto, aunado a las iniciativas mundiales mencionadas, condujeron hacia una segunda fase importante en el tratamiento de la salud de la mujer centroamericana: el trabajo en el tema de violencia contra la mujer.

En esta segunda etapa es cuando se desarrolla el Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil" (en sus dos fases: 1995-1997 y 1998-2002), ejecutado por la OPS y los Ministerios de Salud de Centroamérica.

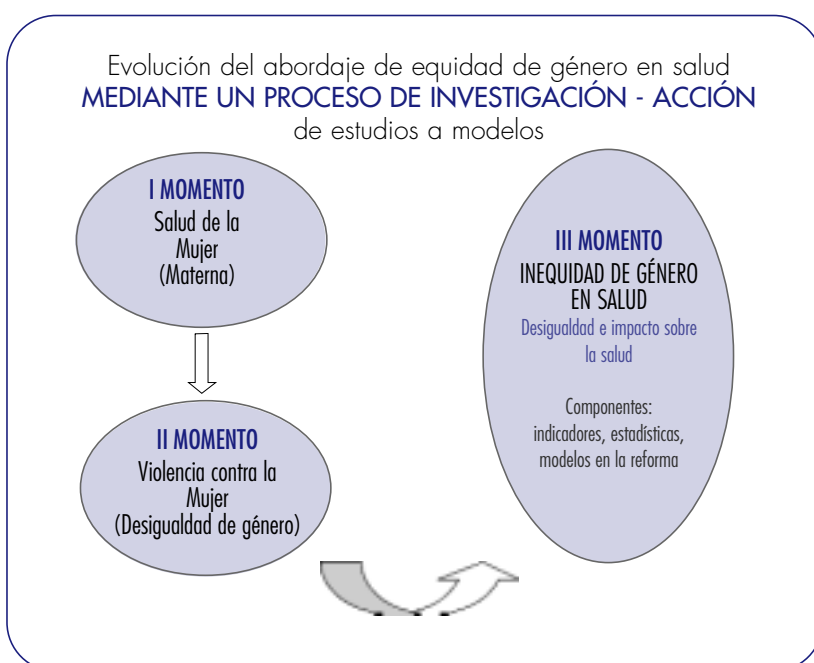
En el marco de este proyecto se dieron a conocer varios estudios claves, iniciados desde 1996 en los siete países centroamericanos, acerca del problema de la violencia intrafamiliar. En ellos se descubrió una situación desgarradora con raíces profundas, que llevó a proponer un abordaje más integral con un modelo de atención y con la promoción de nuevas relaciones de convivencia entre hombres y mujeres. Estos son los "Estudios de la Ruta Crítica" (aludiendo a la ruta que siguen las mujeres para buscar ayuda y salir de su situación de violencia), los cuales arrojaron datos y elementos que ayudaron a desarrollar una nueva etapa de trabajo, en la cual la violencia contra la mujer y la equidad de género son planteados como verdaderas prioridades de la salud pública.

Todo este proceso se ha construido con los países, incluyendo la creación de espacios regulares de evaluación y de identificación de acciones prioritarias.

A partir del 2002, el proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica" (2002-2005), representa una nueva fase de acompañamiento técnico a los países para la prevención de la violencia, con un renovado énfasis en la violencia sexual, pero introduciendo también un marco más amplio para la reducción de las inequidades de género en salud. Por ello, además de seguir consolidando los logros para abordar la violencia intrafamiliar, promueve la apertura de un diálogo y la creación de espacios para lograr una agenda nacional compartida de equidad de género en salud.

En resumen, la evolución del tema de la equidad de género en salud a partir de los noventa en Centroamérica, ha estado marcada por tres grandes momentos: un primer momento en que se decide abordar el tema del desarrollo de la mujer dentro del ámbito de salud; un segundo momento en que se reconocen temas prioritarios que afectan la salud de la mujer por su condición de género (entre ellos la violencia doméstica); y un tercer momento en que el abordaje de la violencia abre la puerta para que el tema de equidad de género sea tratado como parte de las políticas de salud pública y reciban respuestas de Estado en concordancia con esas políticas.

Este camino desde los primeros proyectos puntuales para salud de la mujer hasta el reconocimiento del problema de violencia como un tema de salud pública, ha estado marcado y guiado por numerosas investigaciones, estudios y documentación acerca del tema, siguiendo así los principios de "investigación-acción" que se utilizan en el trabajo de salud pública. Las evidencias recogidas y las acciones que se han tomado con base en ellas, han permitido avanzar en un proceso de clara evolución que se puede esquematizar del siguiente modo:



Los estudios realizados han servido para generar modelos de atención, legislación, planes y políticas nacionales de salud con enfoque de equidad de género en todos los países, que poco a poco se van traduciendo en respuestas e intervenciones horizontales de salud pública. Es decir, las lecciones aprendidas que se han identificado mediante diversas investigaciones, han servido de base para despertar procesos y para permitir que el sector salud se apropie más del tema de equidad de género.

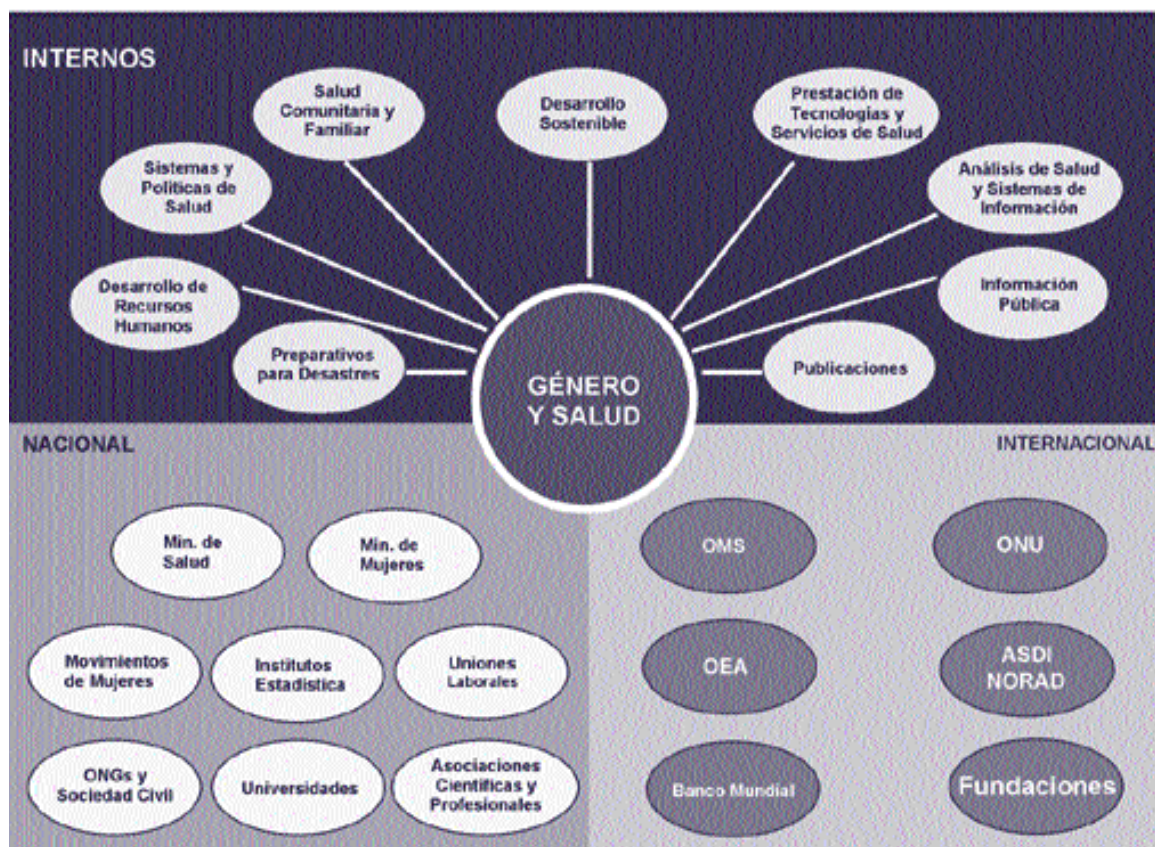
Indiscutiblemente, Centroamérica está avanzando hacia la equidad de género en salud, que implica preguntarse no sólo por qué se requiere de una atención diferenciada para hombres y mujeres, sino también qué se necesita para proveer un sistema de salud que responda a las desigualdades y fomente la atención según la necesidad de cada sexo y no según la capacidad de pago.

Estos avances han sido posibles gracias al involucramiento de diversos sectores estratégicos, que han sido socios clave en el trabajo por la equidad de género en salud, tanto a nivel interno de la OPS y del sector salud, como a nivel nacional e internacional. En el marco del sector salud, han colaborado los departamentos de recursos humanos, sistemas y políticas de salud, salud comunitaria y familiar, desarrollo sostenible, servicios y tecnologías para la salud, preparativos para emergencias, análisis de salud y sistemas de información, información pública y publicaciones.

A nivel nacional, los ministerios de salud, los movimientos de mujeres, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, los institutos de estadísticas, las universidades, los ministerios de la mujer, las organizaciones laborales, y las asociaciones científicas y profesionales han sido socios importantes en esta lucha.

En el plano internacional, la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Estados Americanos, el sistema de Naciones Unidas, el Banco Mundial, agencias como ASDI y NORAD, y fundaciones privadas, han respaldado también el trabajo por la equidad de género en salud.

SOCIOS



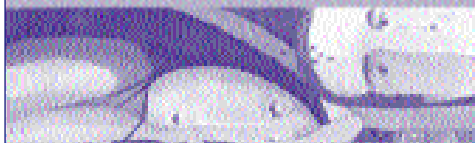
El impacto de los proyectos de OPS en género y salud

Tras quince años de cooperación técnica a Centroamérica en el tema de género y salud, la Organización Panamericana de la Salud ha generado, junto con los países, una cantidad de procesos, resultados e impactos que, poco a poco, están permitiendo avanzar hacia ese gran objetivo de generar salud con una perspectiva de equidad de género.

Este libro se concentra en los últimos siete años de trabajo (1998-2004), un período suficiente para generar procesos, construir modelos y desarrollar políticas de envergadura nacional y subregional, pero también un período en el que ha correspondido recoger las cosechas sembradas anteriormente así como sembrar cultivos para el futuro.

Los principales impactos

- Equidad de género en salud está presente en las agendas nacionales de los países: en políticas de salud, en políticas de género, en estrategias de reducción de la pobreza, en planes nacionales de salud sexual y reproductiva, en planes nacionales de salud mental, en planes nacionales de reducción de la mortalidad materna y en programas de atención a la violencia intrafamiliar.
- Trabajo intersectorial con participación del sector salud, ONGs, academias, parlamentos, oficinas de estadísticas, policía, institutos de la mujer y otros.
- Modelos de atención en Violencia Intrafamiliar (VIF) y en Violencia Basada en Género (VBG).
- Nuevos y mejores sistemas estadísticos en violencia intrafamiliar y desigualdades en salud entre hombres y mujeres.
- Investigaciones y estudios que han dado fundamento científico para los nuevos planteamientos y modelos en género y salud.
- Decenas de redes de atención ante la violencia de género.
- Campañas, información y conocimiento sobre el tema de género y salud.
- Miles de personas capacitadas en el tema.
- Leyes, normas y protocolos de atención en violencia intrafamiliar y en violencia sexual.
- Mayor planificación intersectorial y transversalización de la equidad de género en salud en la cooperación técnica de OPS.
- Intercambio entre países, foros políticos y reuniones internacionales.



Haciendo o difundiendo investigaciones, creando o proponiendo modelos de atención, conjuntando esfuerzos a través de redes y de trabajo intersectorial, ha sido posible fortalecer el trabajo de género y salud en cada uno de los países centroamericanos. También debatiendo y movilizándolo la voluntad política, haciendo campañas y diseminando información, recogiendo datos y evidencias, formando recursos humanos y planificando con perspectiva de género. Junto con el sector salud, y apoyados también en las dinámicas propias de cada país, se ha ido posicionando el tema de la equidad de género y salud en las prioridades nacionales y en las políticas de Estado.

Tanto el proyecto “Hacia un modelo integral de prevención y atención a la violencia intrafamiliar” como el proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”, han sido innovadores y han trabajado fuerte en esa línea.

También han promovido la acción intersectorial y la conjunción de esfuerzos públicos y privados, bajo el liderazgo del sector salud. Actualmente, el sector salud está más convencido de que le corresponde impulsar avances en este campo, y para ello ha empezado a desarrollar un proceso de consenso en el que están participando representantes de los ministerios de salud, de institutos de la mujer, oficinas de estadísticas, parlamentarias, la academia, la policía y ONGs de los siete países centroamericanos, entre otros actores. Miles de hombres y mujeres están hoy más sensibilizados y trabajando por mejorar las condiciones de salud y de equidad de género en la subregión.

Centroamérica está haciendo un esfuerzo concertado para definir respuestas estatales e intersectoriales contra la violencia social y en materia de equidad de género en salud. Prueba de ello son las políticas, planes y programas con enfoque de género con que los países cuentan actualmente: la Política y Plan Nacional de Salud de Nicaragua, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Belice, la Política de Salud Mental de Honduras y de Costa Rica, La Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006 de Guatemala, el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna de El Salvador y el Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF) de la CCSS, Costa Rica. También tienen componentes de equidad de

género en salud la Estrategia de Reducción de la Pobreza de Honduras, la Política Nacional 2002-2006 y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 de Costa Rica, la Política de Igualdad de Género de Belice, y el Plan de Igualdad para la Mujer en Panamá (PIOM II) 2002-2006.

Como producto de las acciones de los proyectos de OPS y del interés nacional, actualmente todos los países de Centroamérica cuentan con políticas, leyes y programas efectivos de atención integral a la violencia intrafamiliar y empiezan a diseñarse para la violencia sexual. También hay una clara orientación a trabajar el tema de equidad de género en salud como una prioridad de salud pública.

Otro impacto clave es que las estadísticas asociadas a género y salud se están registrando cada vez mejor, lo cual es básico para la planificación y la toma de decisiones en salud, así como para la generación de modelos de atención y el crecimiento del conocimiento científico.

En el caso del Proyecto sobre VIF, por ejemplo, el propósito y logro fundamental fue construir y consolidar un modelo de atención integral contra la VIF en los siete países de Centroamérica. Esto ha implicado generar normas y protocolos para la atención, un intenso programa de capacitación, la constitución y fortalecimiento de redes para la detección y atención de las víctimas de violencia y la generación de mecanismos técnicos y financieros para garantizar la sostenibilidad de la atención en VIF.

En cuanto al Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud", éste no sólo vino a dar seguimiento y a consolidar los avances logrados contra la Violencia Intrafamiliar, sino que propuso un abordaje más holístico para reducir las inequidades de género en salud e introdujo el concepto de "Violencia de Género" (VBG). Esto incluye el trabajo en violencia intrafamiliar y violencia sexual, pero va más allá en su planteamiento, pues remarca la necesidad de trabajar estos temas y la equidad de género en salud como problemas de salud pública que son.

La nueva agenda de trabajo también ha promovido la transversalización del tema de equidad de género en las políticas y programas de salud de la Cooperación Técnica de OPS, así como el intercambio de conocimientos y experiencias entre países acerca de la equidad de género en salud.

En general, el tema de equidad de género en salud tiene hoy cabida como prioridad de salud pública en los países centroamericanos. En los capítulos siguientes se presentan con mayor detalle las acciones desarrolladas en los últimos ocho años, por la OPS y los países, para caminar en esa dirección.



Acción ante un gran problema

El abordaje de la Violencia Intrafamiliar

Casi siete millones de mujeres sufriendo día a día la violencia, cerca de 2.5 millones abusadas sexualmente y más de tres millones amenazadas por sus parejas. Esa es la realidad intrafamiliar, desgarradora e insultante, con que Centroamérica se enfrenta para finales de los noventa, según los estudios realizados entonces; situación que todavía persiste y que quizás sea aún peor, debido a los casos que no se conocen.

Sin embargo, para 1998 el sector salud de los países centroamericanos aún no contaba con ningún mecanismo formal para atender, de manera integral, los casos de las mujeres víctimas de violencia. Si bien desde 1993 la OPS había reconocido la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, el que esto se tradujera en políticas y prácticas para la atención por parte de los prestatarios de salud en los países sería un proceso lento.

Una de las razones fundamentales es que, en realidad, el sector salud no percibía el problema de violencia contra la mujer como un asunto suyo, sino más bien como una cuestión de carácter legal de la cual debían ocuparse los cuerpos policiales, judiciales y las ONGs, que tradicionalmente lo habían hecho.



...La violencia tiene rostro de mujer, de niña, de pobreza. Es un tema profundamente sensible para nuestra sociedad que cada día se vuelve un problema más grave de salud pública. Debemos darle seguimiento y traducirlo en acciones concretas. Debemos trabajar para diseñar un sistema de investigación y que no sean sólo los medios de comunicación los que nos informen de los casos de violencia. ¿Qué pasa con los miles de casos que no se reportan? ¿Por qué se guarda silencio? Casi todos nosotros conocemos a alguien, un familiar, una amiga, un amigo que sufre o ha sufrido violencia.

Dr. José Antonio Alvarado
Ministro de Salud de Nicaragua
Foro Nacional sobre Violencia y Salud
Agosto de 2004



En consecuencia, no existía un registro sobre los casos de violencia atendidos en los establecimientos de salud, y la violencia intrafamiliar ni siquiera figuraba entre las causas de morbi-mortalidad en los países. Por supuesto, si este no se consideraba un asunto de salud pública, tampoco el sector había desarrollado los mecanismos para normar y guiar la forma en que se debía atender a las víctimas de violencia en las clínicas, hospitales o centros de salud; es decir, no existían protocolos de atención que oficializaran e institucionalizaran la atención a las mujeres sobrevivientes de la violencia. Tampoco la investigación, la información y educación respecto al tema, la capacitación de recursos humanos para la atención de la violencia intrafamiliar ni la coordinación interinstitucional para referir adecuadamente los casos, formaban parte de las políticas y los programas de salud.

Algunos países habían empezado algunas acciones o iniciativas puntuales dentro del sector salud, como las "Consejerías de Familia" en Honduras, las "Clínicas de Atención a las Víctimas" en El Salvador, el "Plan para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar para el Sector Salud" en Costa Rica, y el "Plan Sectorial de Salud" en Panamá. No obstante, estas propuestas aún distaban mucho de ser una respuesta integral, nacional y generalizada dentro del sistema de salud pública.

A construir el modelo

Frente a esta situación y debido a la gravedad del problema de violencia, la OPS propone instaurar en Centroamérica un nuevo modelo de atención para la violencia intrafamiliar. Se inicia así, en 1998, el Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil"¹², desarrollado por la OPS en conjunto con los

¹² Para los fines del Proyecto se optó por usar el concepto de violencia intrafamiliar (VIF), en vez de violencia doméstica, ya que VIF hace referencia al ámbito relacional, mientras que la violencia doméstica se refiere al espacio físico donde ocurre el acontecimiento violento. Se entiende por violencia intrafamiliar toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica, o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro (a) miembro de la familia (Shader y Sagot, 1998). Además, el término violencia intrafamiliar se utiliza con más frecuencia en las legislaciones y políticas en la región centroamericana.

países y apoyado por los gobiernos de Suecia y Noruega. Esta iniciativa se ejecutó en los siete países centroamericanos entre 1998 y 2002, al tiempo que se impulsaron acciones similares en tres países de Suramérica: Bolivia, Ecuador y Perú, con los cuales Centroamérica ha compartido este camino.

Construir y consolidar ese necesario modelo de atención integral contra la VIF fue el propósito fundamental del proyecto, y ello ha implicado generar normas y protocolos para la atención, un intenso programa de capacitación, la constitución y fortalecimiento de redes para la detección y atención de las víctimas de violencia y la generación de mecanismos técnicos y financieros para garantizar la sostenibilidad de la atención en VIF.

En otras palabras, Centroamérica tomó de frente el reto de ofrecer una atención integral a las personas sobrevivientes de la violencia intrafamiliar e impulsó acciones en diferentes direcciones, siguiendo los objetivos y resultados definidos para el Proyecto, que se indican a continuación:

Cuadro #2	
Proyecto Consolidación de un Modelo de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar Objetivos y Resultados Esperados 1998-2002	
OBJETIVO GENERAL (Meta)	Respuesta intersectorial al problema social de la violencia intrafamiliar contra las mujeres a nivel comunitario en Centroamérica.
OBJETIVO DEL PROYECTO (Propósito)	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL SECTOR SALUD CONSOLIDADO Y EN OPERACIÓN EN 30 COMUNIDADES DE CENTROAMÉRICA.
RESULTADO 1	Normas y protocolos para la detección, prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar; y la promoción de relaciones no violentas definidas por consenso e institucionalizadas en el sector salud.
RESULTADO 2	Políticas y contenidos temáticos definidos para la capacitación en atención integral de la mujer y recursos humanos capacitados en las comunidades seleccionadas.
RESULTADO 3	Grupos/mecanismos establecidos y fortalecidos para prevenir y enfrentar la violencia intrafamiliar contra las mujeres y promover relaciones saludables en las comunidades seleccionadas.
RESULTADO 4	Propuesta de mecanismos técnicos y financieros a nivel nacional presentada a las autoridades del sector salud para garantizar la sostenibilidad de la atención integral de la violencia intrafamiliar.

Estudios sobre “La Ruta Crítica”: una luz en el camino

Uno de los insumos más importantes en el camino hacia el modelo de atención de la VIF es, sin lugar a dudas, la serie de estudios “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”¹³ que se realizaron en diez países de la región (incluyendo los siete centroamericanos) entre 1996 y 1998. Esta investigación se completó justo cuando daba inicio en Centroamérica el Proyecto “Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar”, y los resultados se publicaron y analizaron estando ya en marcha este proyecto. Ello permitió utilizar los hallazgos y el conocimiento generado por los estudios para mejorar la construcción y la puesta en práctica del Modelo de Atención Integral de la VIF en los países centroamericanos.

“La violencia contra las mujeres no se detiene en Centroamérica y Panamá debido a la internalización de las normas hegemónicas de género en el proceso de socialización de los varones, estructurando en ellos una perspectiva de autoritarismo y naturalización del uso del poder. El modelo hegemónico de masculinidad está constituido desde y para el uso de la violencia. Por ello, la deconstrucción del modelo y de las normas hegemónicas que éste propicia son la base para construir una vida sin violencia, tanto para las mujeres como para los hombres. La incorporación de este tema en la agenda de educación y salud contribuiría al establecimiento de un nuevo paradigma de masculinidad.”

Eugenio Meléndez

Coordinador del Centro de Atención de Hombres de Panamá

Los resultados reveladores de “La Ruta Crítica” mostraron cómo las mujeres procuran sobrevivir y cuán duro es el camino que deben recorrer para salir de su situación de violencia, si es que lo logran. También revelaron que al buscar ayuda en las instancias formales del Estado (justicia y salud) muchas veces sufrían frialdad, incomprensión y hasta humillaciones, producto del desconocimiento y la falta de capacitación de las personas que las atendían. Esta información y el proceso de hacer las investigaciones con personal de los países, ayudó a dimensionar con más fuerza el tema de violencia de género y abrió el camino para un mayor interés en implementar el Modelo de Atención Integral de la VIF en los países.

Desde el punto de vista del desarrollo mismo de la investigación en violencia, la metodología utilizada por el proceso “La Ruta Crítica” resultó en un gran aporte, debido a que se simplificó el protocolo de investigación para que su aplicación fuera más fácil y flexible. El resultado fue el simplificado Protocolo de Evaluación Rápida (RAP, por sus siglas en inglés: Rapid Assesment Protocol), que desde entonces se ha aplicado en muchas otras comunidades para indagar sobre los tipos de servicios que reciben las mujeres víctimas de violencia y proponer planes para atender los problemas de VIF, ofreciendo respuestas concertadas entre el Estado y la sociedad civil¹⁴.

13 Para ampliar detalles consulte el libro “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países.” Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 2003.

14 Idem.

El modelo generado para la atención integral en VIF

En 1991, la Organización Panamericana de la Salud publicó el libro "Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar", que contiene el nuevo modelo generado para el abordaje de la VIF; un planteamiento construido conjuntamente con los países centroamericanos y con otros países de Latinoamérica, a través del trabajo regional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Lo fundamental del Modelo es que busca deconstruir los mecanismos sociales que facilitan los hechos de violencia hacia la mujer y la familia, con el apoyo del Estado y la sociedad civil, destacando el rol del sector salud. Por ello, el Modelo señala cuál es el rol del sector salud frente al problema de violencia intrafamiliar e indica cómo debe organizar su respuesta en estos casos.

Cuadro #3	
Ejes del Modelo de Atención Integral en VIF ¹⁵	
EJE	ESTRATEGIA
Promoción	La promoción de formas no violentas en el seno de la familia constituye el norte del modelo, lo que significa una intervención primaria. Una acción precisa es fomentar actitudes que no sean discriminatorias con base al sexo, la edad, la etnia u otros aspectos, por parte del personal que ofrece servicios de salud.
Detección	La detección temprana de las víctimas de violencia es el primer paso para detener el maltrato y el abuso sexual. Este eje del modelo de atención debe desarrollar mecanismos que permitan identificar a las víctimas a través de normas de detección, además de ofrecer formas accesibles donde las mujeres puedan hacer las denuncias, como por ejemplo una línea telefónica. Las consultas de rutina en los servicios de salud son un espacio donde se pueden detectar problemas de violencia, lo mismo que en los centros educativos, para el caso de los niños y niñas.
Prevención	Consiste en la intervención oportuna para evitar un daño mayor, proteger a la persona afectada y controlar al agresor para que no vuelva a agredirla. En este sentido, resultan de gran importancia las medidas de protección legal para garantizar la seguridad de las víctimas.
Atención	Se dirige a dar apoyo emocional y asistencial para reparar el daño causado a la víctima y rehabilitarla. Los servicios incluyen educación, información, asistencia médica y organización de grupos de apoyo. Para ello se requiere de protocolos claramente establecidos en las unidades de salud, que indiquen acciones biomédicas y de atención emocional, al igual que un protocolo para el abordaje del comportamiento agresor.

15 Para mayores detalles ver el libro "Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública N°10". Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 2001.

La realidad demuestra que los episodios de violencia aumentan en frecuencia y gravedad, y no desaparecerán si no hay una intervención consciente de la sociedad, la comunidad, las familias y las personas. De allí que la violencia intrafamiliar se deba enfrentar mediante un proceso político, social y técnico que involucre a diferentes actores. La propuesta del Modelo de Atención Integral a la VIF debe contextualizarse en el medio cultural de cada país, en los procesos de reforma económica, en las políticas hacia la mujer, y en las reformas y modelos de atención de salud.

El Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, promovido por la OPS y que los países han estado implementando, propone una estrategia de acción muy completa que incluye cuatro ejes claves: la promoción de formas no violentas, la detección, la prevención y la atención del problema.

La implantación del abordaje de la VIF en Centroamérica

Implantando el Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar (VIF), los siete países centroamericanos han dado pasos enormes en la construcción de una respuesta integral, multidisciplinaria e intersectorial para prevenir la violencia intrafamiliar y brindar atención a las personas afectadas. Todos ellos han logrado movilizar una masa crítica de actores y organizaciones nacionales, departamentales, municipales y comunitarias, a la vez que han desarrollado procesos de participación social y coordinación intersectorial para implementar el Modelo de Atención Integral de la VIF.

En la actualidad, el registro y la vigilancia de la violencia intrafamiliar se realiza en los siete países en una u otra forma. En todos se ha evaluado la respuesta estatal y social ante la VIF, y esto es, probablemente, uno de los logros de mayor impacto. Hoy día seis países cuentan con sus Planes Nacionales de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Igualmente, se desarrollaron normas y protocolos para la atención de la violencia intrafamiliar también en los siete países, y se incorporó la atención o las propuestas de atención a la VIF en los servicios de salud dentro de los procesos de la reforma en cuatro países. Cabe resaltar



también el desarrollo de políticas, decretos, leyes, normas y revisión de currícula para abordar la violencia intrafamiliar y promover relaciones saludables de convivencia.

Uno de los avances más importantes ha sido la consolidación del trabajo de las redes comunitarias de atención de la VIF: existen aproximadamente 170 redes funcionando en Centroamérica. Además, se capacitaron casi 28,000 personas, entre personal de salud y de otros sectores afines, para abordar la VIF. Incluso, el tema de violencia intrafamiliar es abordado a diferentes niveles en escuelas primarias, en escuelas de enfermería, universidades y escuelas de policía. Todo ello refleja el trabajo multisectorial que se ha logrado establecer.

No podían faltar los esfuerzos en información y comunicación, pues documentar y diseminar las experiencias ha sido objetivo constante desde que se inició el Programa Mujer, Salud y Desarrollo. El principal medio ha sido la creación de una estrategia de diseminación de información que incluye una base de datos (GENSALUD) con más de 35,000 documentos, una biblioteca virtual para Centroamérica y una lista de usuarios con más de 3,000 personas registradas.

El recuadro siguiente resume los principales logros de los países centroamericanos en el marco del Proyecto “Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar”.

Principales Logros de Centroamérica contra la Violencia Intrafamiliar 1998-2004 EN RESUMEN	
<p>NORMAS Y PROTOCOLOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El registro de la VIF en el sector salud se lleva a cabo en los siete países. • Los siete países han elaborado protocolos para la atención de la VIF (uno de ellos no publicado). • Los siete países tienen leyes y estudios sobre la violencia intrafamiliar. • Más de 70,000 mujeres fueron atendidas por el modelo de atención integral a la VIF. <p>INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se capacitó a casi 28,000 personas en VIF y género. • Se tradujeron 25 documentos sobre VIF y género, se produjeron 12 volúmenes y 10,000 ejemplares de la serie “Género y Salud Pública”. • Existe una base de datos de 35,000 documentos y un espacio virtual sobre género, violencia intrafamiliar y salud: la Biblioteca Virtual Género y Salud BVG–S. 	<p>REDES DE ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen más de 170 redes comunitarias que atienden a la VIF, 391 grupos de apoyo VIF formados y hay un manual de capacitación en planificación estratégica para las localidades. • Se logró establecer un puesto de Punto Focal para el Programa MSD en Costa Rica, único país que no contaba con este recurso. • Se apoyó a las redes de hombres en los siete países y se promovió el diálogo sobre la masculinidad. <p>SOSTENIBILIDAD DE ATENCIÓN EN VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis países tienen planes nacionales VIF. • Seis países han incorporado la atención o propuestas de atención a la VIF en los servicios de salud dentro de la Reforma (Guatemala, Costa Rica, Belice, Nicaragua, Honduras y El Salvador). • Se mantiene la cobertura de atención a la VIF en más de 100 comunidades, lo que representa más del triple de las comunidades anticipadas. • A nivel de instituciones educativas, el tema de la violencia intrafamiliar se ha introducido en escuelas primarias, escuelas de enfermería, universidades y escuelas de policía, en diferentes modalidades, en los siete países. • Se realizaron intercambios técnicos sobre vigilancia VIF, redes locales, políticas de género y normas de atención VIF. • Se incluyó el tema de VIF y equidad de género dentro del espacio político de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).

Cuadro #4

Algunas de las primeras políticas y sistemas para atención de la violencia desarrollados por el sector salud en países centroamericanos

Desarrollo de legislación y planes nacionales en Costa Rica

Experiencia

Avances

Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar: Propuesta para un Modelo de Atención Integral.

- Establecimiento de niveles diferenciados de acción: nacional, sectorial y local.
- Definición de responsabilidades y niveles de competencia de las instituciones participantes.
- Contar con un marco conceptual y de principios compartido.
- Concertación con la sociedad civil a todos los niveles.
- Movilización social para prevenir la VDG.
- Contar con un marco legal para legitimar las acciones a todos los niveles.
- Campañas de prevención y sensibilización permanentes a través de los medios de comunicación.
- Mecanismos para informar a la población beneficiaria de los servicios existentes.
- Establecimiento de contralorías de servicios, encargadas de tramitar y responder a las quejas, denuncias y sugerencias derivadas de la actuación pública en los casos de violencia.

Establecimiento de servicios de salud integrales en Panamá

Experiencia

Avances

Modelo de Atención Integral en una Clínica Comunitaria.

- Desarrollo de un plan nacional sobre mujer y desarrollo, con el apoyo de los partidos políticos.
- Modificación del marco jurídico de prevención, sanción y atención de la violencia doméstica y maltrato a niñas, niños y adolescentes.
- Apoyo de la cooperación internacional.
- Creación de una red intersectorial de apoyo contra la violencia intrafamiliar y diseño de un plan piloto de atención integral a la violencia intrafamiliar.
- Formación de facilitadoras comunitarias, promotoras legales y del personal de salud.
- Realización de actividades de detección temprana en las escuelas, en la comunidad y en las instalaciones de salud, así como la oferta de asistencia emocional.
- Realización de actividades para prevenir la escalada del daño y proteger a las personas afectadas.
- Establecer un sistema de registro de casos.
- Participación de la comunidad en la elaboración y validación de protocolos de atención y sensibilización de los grupos organizados.

Establecimiento de servicios de salud integrales en Panamá

Experiencia

Avances

Red de mujeres contra la violencia. Transformación de las relaciones de poder para erradicar la violencia intrafamiliar y sexual.

- Diversidad en la participación: alrededor de 150 grupos, asociaciones, colectivos, albergues para mujeres, iglesias, sindicatos, redes locales y un centenar de mujeres a título individual.
- Conformación de comisiones de trabajo.
- Realización de encuentros nacionales y actividades de capacitación permanentes.
- Publicaciones y realización de campañas públicas.
- Relación con el Estado en comisiones de trabajo y seguimiento a servicios.

Gracias a las normas y protocolos

Los golpes, los moretones, los rasguños e incluso lesiones más graves han sido tratados, generalmente, sólo como algo físico, sin hablar de las causas de ello, sin ahondar en cómo se produjo la agresión ni orientar a la mujer acerca de cómo resolver su problema. La violencia intrafamiliar era un tema tabú, ante el cual los profesionales y técnicos de salud no sabían cómo enfrentarse, o al cual consideraban como un asunto en el cual no debían meterse.

Pero las normas y protocolos que se han generado para la atención de la VIF y la capacitación que se ha dado para su aplicación, han venido a cambiar esto. Estas normas y protocolos establecen con claridad cuál es el rol que el prestatario de salud debe asumir ante una víctima de violencia, porque le indican qué preguntas hacer y qué información registrar, porque establecen mecanismos de coordinación interinstitucional para referir el caso a otra instancia o a un especialista si es necesario y sobre todo porque muestra, bajo una clara mecánica de trabajo sanitario, que hay un interés y un respaldo institucional para abordar el tema.

No todos los prestatarios de salud están aplicando al ciento por ciento las normas y protocolos para atender la VIF, pero poco a poco la mancha se va extendiendo y el sistema va funcionando.

En resumen, se aprecian adelantos significativos en la elaboración e implementación de las normas de atención y la vigilancia de la VIF en los países, pero urge uniformar las respuestas a la VIF en todos los servicios de salud a nivel nacional y local, con énfasis en la calidad de atención. En el caso del registro de la VIF, el proceso es complicado y lento porque los sistemas de información existentes no son integrales, además de que el tema aún es desconocido y provoca continuos cuestionamientos.



Más de 170 redes salvando vidas

Las numerosas redes locales creadas, fortalecidas o apoyadas para atender la violencia intrafamiliar son otro bastión clave en la atención integral de la VIF por parte del sector salud, otras instancias gubernamentales y la comunidad centroamericana. Estas redes pueden ser incluso la única tabla salvavidas con

que una mujer puede contar cuando es agredida. Aturdida por los golpes o con el corazón encogido de miedo, una mujer no se atreverá a dar el paso para cambiar su situación de violencia si no sabe adónde ir, si no tiene quien le ayude.

Gracias al intercambio regional de experiencias de redes y grupos de apoyo, en la actualidad existen en Centroamérica más de 170 redes locales dedicadas a atender la VIF, desarrollando planes e implementando acciones de prevención en las comunidades. En total existen 391 grupos de apoyo de víctimas de la VIF, así como grupos de agresores, grupos terapéuticos y grupos de masculinidad en los siete países. Las redes recibieron capacitación sobre planificación estratégica.

Se ha promovido fuertemente la visibilidad y discusión del rol de estas redes locales en proveer respuestas directas y coordinadas a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. La ejecución de actividades de promoción se ha combinado con la necesidad de tener datos e información para resaltar la situación de VIF en los países. Esto ha contribuido al fortalecimiento de los procesos de la vigilancia de la VIF.

Casi 28 mil personas capacitadas

Los miles de trabajadores de la salud capacitados en el tema de violencia intrafamiliar son otro pilar que contribuye a completar el marco estratégico para la aplicación del Modelo de Atención Integral de la VIF. Casi 28,000 personas fueron capacitadas sobre género y VIF en los siete países entre 1998 y 2002, gracias a variadas modalidades de instrucción.

Se logró capacitar al personal de salud en atención integral de la VIF en las 30 localidades seleccionadas por el Proyecto; selección que se realizó con base en criterios construidos con los países. También se avanzó en

Cuadro #5

Redes Locales y Nacionales que Atienden la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica

PAÍS	Número de Redes
Belice	7
Costa Rica	30
El Salvador	36
Guatemala	14
Honduras	53
Nicaragua	18
Panamá	13
TOTAL	171

Cuadro #6

Grupos de Autoayuda para Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica Período 1998 – 2002 *

PAÍS	Número de Grupos
Belice	2
Costa Rica	200
El Salvador	28
Guatemala	30
Honduras	78
Nicaragua	9
Panamá	44
TOTAL	391

* Estos grupos son de apoyo, de autoayuda, masculinidad y terapéuticos.

Cuadro #7	
Capacitación de Recursos Humanos en Centroamérica sobre Violencia Intrafamiliar y Género Período 1998 – 2002 *	
PAÍS	Capacitación
Belice	1.025
Costa Rica	2.200
El Salvador	8.669
Guatemala	2.600
Honduras	1.202
Nicaragua	2.000
Panamá	10.000
TOTAL	27.696

* Estos datos incluyen capacitaciones sobre conceptos de la VIF; atención a la VIF; consejería; masculinidad; género y VIF, y abuso sexual. Las actividades de sensibilización y educación pública son adicionales.

generar las propuestas de políticas y contenidos de género y violencia intrafamiliar para la formación de recursos humanos en cada país. Incluso se modificó la Reunión Centroamericana de Escuelas de Salud Pública para explorar el desarrollo de un módulo de capacitación sobre género y violencia intrafamiliar desde el Programa Regional.

Como material de apoyo se produjo el documento borrador “Módulo Género y Salud Pública para Escuelas de Salud Pública”; y se produjeron, tradujeron y diseminaron 12 volúmenes y 10,000 ejemplares de la Serie “Género y Salud Pública”.

Las puntos focales y contrapartes nacionales del Proyecto también recibieron capacitación sobre temas variados, se ofrecieron pasantías sobre atención a la VIF, y se diseñaron módulos para capacitación sobre VIF y Género, generados en los países para el sector salud, la policía y el sector educativo. Además se desarrolló curricula universitaria sobre la VIF en varios de los países, al igual que se creó una guía para ayudar a formalizar los procesos de capacitación y educación sobre la violencia intrafamiliar con el enfoque de género.



Violencia intrafamiliar en las agendas nacionales

Todos los países centroamericanos, a su ritmo y bajo su propia dinámica nacional, han adoptado políticas, leyes y planes, y están implementando el Modelo de Atención Integral a la VIF. El tema está posicionado, como nunca antes, en el sector salud de cada país, con mecanismos y procedimientos que muestran más claramente el camino a seguir.

La Red de Mujeres contra la Violencia en Nicaragua, el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en Costa Rica, el Sistema Nacional de Vigilancia de VIF en Belice, el Modelo de Atención Integral en una Clínica Comunitaria en Panamá, el Plan Nacional de Prevención y Atención a la VIF en El Salvador, el Consejo Consultivo de la Salud de las Mujeres en Guatemala, y el Programa de Violencia Intrafamiliar de Honduras, son ejemplos concretos de la seriedad con que los países están respondiendo al problema.

Autoridades y técnicos de los países centroamericanos también han presentado y analizado sus experiencias en talleres y congresos internacionales y latinoamericanos, exponiendo temas de violencia, salud de la mujer y servicios de salud, violencia de género, y problemas teóricos y metodológicos de la investigación en violencia y salud. El intercambio de experiencias entre los países ha sido fundamental para enriquecer los procesos de planificación y de atención integral de la VIF en cada uno de ellos.

El Simposio Género, Salud y Derechos en las Américas, en Cancún (2001); el Primer Encuentro Centroamericano y del Caribe sobre el "Modelo de Atención Integral a la VIF", en Haití; y las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) en las que se ha analizado el tema, son ejemplos de la agenda de intercambio entre países y subregiones en torno a la violencia intrafamiliar. También han existido múltiples espacios técnicos de intercambio entre los países, con otras agencias del sistema de Naciones Unidas y con otros actores con el CDC de Atlanta, entre otros.

En definitiva, a pesar de que en Centroamérica el principal obstáculo es que otras prioridades existentes y emergentes de salud absorben la capacidad resolutive del sector, no hay duda de que el tema de VIF ha logrado introducirse dentro de los asuntos de salud pública. En adelante, el principal reto, desde el punto de vista técnico, es poder consolidar los procesos complejos como la vigilancia de la VIF, y a su vez lograr una evaluación estricta sobre la calidad de la atención que se presta a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar.



Prioridad de salud pública:

Reducción de las inequidades de género en salud



El trabajo de género y salud en Centroamérica se ha visto reforzado en este nuevo milenio, con propuestas y enfoques renovados que ubican claramente al tema como una prioridad de salud pública. A partir del 2002 se inició en esta región una iniciativa integral orientada a ese propósito: el Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica” (2002-2005), de la OPS en conjunto con los siete países del área y con el reiterado apoyo de los gobiernos de Suecia y Noruega.

Este proyecto no sólo vino a dar seguimiento y a consolidar los avances logrados contra la Violencia Intrafamiliar, sino que propuso un abordaje más holístico para reducir las inequidades de género en salud e introdujo el concepto de “Violencia de Género” (VBG). Este concepto incluye el trabajo en violencia intrafamiliar y violencia sexual, pero va más allá en su planteamiento, pues remarca la necesidad de trabajar estos temas y la equidad de género en salud como problemas de salud pública.

El impacto del Proyecto se está reflejando en nuevas políticas, estadísticas, vigilancia y sectores involucrados en los esfuerzos de

género en salud, así como en una mayor información y educación sobre el tema con una activa participación de las universidades. La filosofía del Proyecto es impulsar un trabajo conjunto del Estado y la sociedad civil en todas las acciones y procesos que sea posible coordinar. De este modo, la equidad de género en salud está pasando de ser un “tema de mujeres” a ser un “tema de país”, en el que políticos, personal de salud, epidemiólogos, policías, universidades, ONGs y otros actores están involucrándose cada vez más en los temas de género y salud.

Las bases sentadas a lo largo de más de una década de acción, desde que se iniciara el Proyecto Salud Integral de la Mujer en Centroamérica en 1990, han constituido una sólida plataforma y un terreno fértil para cosechar frutos importantes bajo la nueva visión del Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica”. Por eso, los últimos años de acción que se documentan en este informe están plagados de buenos e importantes resultados.

Una visión integral

Integrar el enfoque de género en los programas, políticas y sistemas de información de los países centroamericanos, para mejorar la equidad de género en salud en la subregión, es el objetivo fundamental del Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”.

Para ello se persiguen resultados en cinco líneas: la violencia de género, la producción de estadísticas, la incorporación de políticas y programas con enfoque de género en el marco de la Reforma del Sector Salud, la inserción del enfoque de género en las distintas áreas de cooperación técnica de la OPS, y diseminar mucha información sobre género y salud.

Los puntos focales y las contrapartes del Proyecto Reducción de las Inequidades de Género en Salud, han trabajado con entusiasmo bajo esta visión amplia del tema. La prevención y atención a la violencia se ha impulsado con un nuevo énfasis en la violencia sexual y se ha desarrollado un marco más integral para la reducción de inequidades de género en salud.

En este esfuerzo se ha contado nuevamente con el apoyo financiero de la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI) y la Agencia Noruega para el Desarrollo Internacional (NORAD). La Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS (antes Programa Mujer, Salud y Desarrollo), ha sido el

encargado de orientar esta nueva fase de acompañamiento técnico a los países de Centroamérica en materia de género y salud, cuyos objetivos y resultados se detallan a continuación:

Cuadro #8	
Proyecto Reducción de las Inequidades de Género en Salud Objetivos y Resultados Esperados 2002-2005	
OBJETIVO GENERAL (Meta)	Reducir las inequidades de género en el estado de salud, acceso y distribución de los recursos.
OBJETIVO DEL PROYECTO (Propósito)	INTEGRAR EL ENFOQUE DE GÉNERO EN PROGRAMAS, POLÍTICAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LOS PAÍSES MIEMBROS Y OPS PARA MEJORAR LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD EN CENTROAMÉRICA.
RESULTADO 1	Consolidar el modelo integrado de abordaje de la Violencia de Género (VG) y replicar el modelo para abordar género y salud mental.
RESULTADO 2	Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud y las Oficinas de Estadística para incorporar el enfoque de género en la recolección, análisis y aplicación de datos de salud.
RESULTADO 3	Fortalecer la capacidad de los diversos actores para monitorear y abogar por la incorporación de equidad de género en las políticas y programas de salud dentro del contexto de la Reforma del Sector Salud (RSS).
RESULTADO 4	Proveer colaboración técnica para la incorporación del enfoque de género en los programas y políticas de OPS, oficinas regionales y nacionales y países miembros.
RESULTADO 5	Diseñar y facilitar procesos para crear y diseminar género e información en salud, educación y comunicación para la abogacía y el entrenamiento.

Los logros hacia la equidad

Muchos son los logros que los países centroamericanos han obtenido entre 2002 y 2004, con apoyo del Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud. Uno de los primeros ha sido reforzar el Modelo Integrado de Abordaje de la VBG, incluyendo mecanismos de vigilancia para la violencia sexual y la consolidación del modelo de abordaje integral de la violencia intrafamiliar. Como parte de ese esfuerzo se evaluaron las respuestas nacionales a la violencia sexual en los siete países y se produjo el Informe Subregional "Diagnóstico de las Respuestas de Salud ante la Violencia Sexual en Centroamérica".



El salto de abordaje de la VIF a “Reducción de la Equidad de Género en Salud” implicó el desarrollo de un nuevo proceso, ampliando los socios en el tema de la violencia de género y creando nuevas alianzas con actores diversos. Se ha dado énfasis a este esfuerzo en el nivel nacional y a la transversalización del enfoque de equidad de género en la programación de la cooperación técnica de la OPS.

En materia de estadísticas, hubo avances significativos en la producción, análisis y uso de indicadores de género en salud, promoviendo una discusión política con grupos intersectoriales en todos los países sobre la importancia de este tema y sensibilizando a personal técnico de salud y de las oficinas de estadísticas al respecto, así como a otras instituciones de gobierno y de la sociedad civil, incluyendo así a usuarios y a productores de estadísticas de salud.

Como parte de este proceso, se difundió una propuesta para elaborar un perfil de situación de salud de la mujer en Panamá, Honduras, Guatemala, El Salvador y Costa Rica. Estos países iniciaron un proceso para producir un documento sobre la situación de salud de las mujeres en cada uno de ellos, y han conformado grupos técnicos nacionales e intersectoriales para continuar el proceso de integración del enfoque de género en las estadísticas de salud.

La publicación del libro “La Violencia contra las Mujeres: responde el sector de la salud” fue otro instrumento de información y fuente de datos para la toma de decisiones. En él se ratifica el compromiso del sector salud con el tema de equidad de género en salud. Esta publicación se elaboró tanto en inglés como en español.

El folleto estadístico regional bienal “Género, Salud y Desarrollo en las Américas 2003”, distribuido en toda la región, fue otro producto importante para recopilar y disseminar estadísticas de género en salud. En el caso de Panamá, cabe destacar la nueva versión del informe “Clara González”, un diagnóstico de la situación y condición de la mujer panameña.

Otra de las áreas fuertes de trabajo ha sido la incorporación del enfoque de género en diversas políticas o acciones nacionales. En Costa Rica, por ejemplo, se incorporó el enfoque de género, derechos humanos, de

responsabilidad social y de las diversidades en la construcción de la Política Nacional de Salud, y de manera específica en el abordaje de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual intrafamiliar y la salud sexual y reproductiva (SSR).

En Belice, se introdujo la perspectiva de equidad de género en la revisión de las Funciones Esenciales de Salud Pública, al igual que se presentó el documento resumen de la experiencia de abordaje de la VIF en la reunión de la Secretaría de la Mujer de CARICOM 2002 en Guyana. En Guatemala, se logró establecer un grupo técnico nacional de monitoreo de la equidad de género en la Reforma del Sector Salud, y se redefinieron el rol y las funciones del Comité Consultivo de la Secretaría de la Salud para responder mejor a la línea de acción de equidad de género en salud.

Mientras tanto en El Salvador, se definieron líneas de acción para el abordaje de la salud mental comunitaria con estrategias del modelo VIF, y se movilizaron fondos significativos para programas de adolescencia, cáncer de cérvix y otras áreas de trabajo relacionadas con género y salud. Honduras, por su parte, resolvió apoyar el esfuerzo por convertir la Política Nacional de la Mujer en una política de Estado, y logró la inclusión de un componente de equidad de género en el proyecto bilateral ASDI/Honduras. Asimismo, se logró que el eje de género fuera transversal en los documentos emanados de la mesa sectorial de salud en el proceso de armonización de la cooperación externa en salud.

Nicaragua principalmente, aunque también el resto de los países, está logrando una sólida programación con estrategias de equidad de género a través de los programas de cooperación técnica de la OPS. En Guatemala, se incluyeron los temas de género y violencia contra las mujeres, así como de organización y participación de las mujeres como parte de los productos del Proyecto Bilateral ASDI/Guatemala, a aplicarse en los departamentos y municipios priorizados para la Cooperación Técnica de OPS en el país.

En el seno de OPS, se avanzó en la coordinación con las áreas de servicios de salud, desastres, salud mental y masculinidad para incorporar el enfoque de género en sus programas y proyectos. Se elaboró la Política de Igualdad de Género de la organización, la cual fue sometida a los procesos pertinentes y fue aprobada por consenso en la Reunión del 46^{vo} Consejo Directivo, en setiembre de 2005.

El recuadro siguiente muestra los principales logros del Proyecto en los últimos tres años.

Principales Logros en la Reducción de las Inequidades de Género en Salud 2002-2004	
<p>CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reforzó el Modelo Integral de Abordaje de la Violencia de Género (VBG) en los siete países, incluyendo mecanismos de vigilancia para la violencia sexual. • Se evaluaron las respuestas nacionales a la violencia sexual en los siete países y se produjo el Informe Subregional “Diagnóstico de las Respuestas de Salud ante la Violencia Sexual en Centroamérica”. • Se crearon diez nuevas redes comunitarias contra la violencia de género y se fortalecieron otras veinte en los siete países. 	<p>POLÍTICAS Y REFORMA DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incorporó el enfoque de género en diversas políticas o acciones nacionales: enfoque de género en la Política Nacional de Salud de Costa Rica; grupo técnico de monitoreo de la equidad de género en la Reforma del Sector Salud de Guatemala; líneas de acción para abordaje de la salud mental comunitaria con estrategias del modelo VIF en El Salvador; esfuerzo por convertir la Política Nacional de la Mujer en una política de Estado en Honduras, etc. • Se preparó y sometió al Subcomité Mujer, Salud y Desarrollo del Comité Ejecutivo de OPS el documento preliminar estableciendo la Política de Igualdad de Género de la OPS (revisión en proceso). • Se avanzó en la coordinación con las áreas de servicios de salud, desastre, salud mental y masculinidad de la OPS para incorporar el enfoque de género en sus programas y proyectos.
<p>INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerca de 8,000 personas más fueron capacitadas en VIF y género entre 2002 y 2004 (violencia de género, equidad de género en la reforma, violencia sexual, vigilancia, análisis de estadísticas de género, masculinidad y otros temas). • Se presentó y difundió el libro/campaña “Violencia contra las Mujeres: responde el sector de la salud”, en inglés y en español • Se lanzó la biblioteca virtual en género y salud. 	<p>ESTADÍSTICAS E INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se avanzó en la producción, difusión y uso de indicadores de género y salud en los siete países, promoviendo el debate político sobre el tema, produciendo material y capacitando personal en esta área.

Grandes avances en las respuestas a la violencia de género y la violencia sexual

Por primera vez en la historia centroamericana, el sector salud cuenta con una propuesta integral de atención y vigilancia de la Violencia Basada en Género (VBG), y más específicamente de protocolos de atención para la violencia sexual. Esto constituye un gran paso en la respuesta del sector ante la violencia de género como problema de salud pública.

En este campo, se estableció un acuerdo de colaboración entre la OPS y la sede mundial de la OMS para la "Atención a la Violencia Sexual en Centroamérica" y se logró la asignación de fondos de la OMS para incluir a Centroamérica en una iniciativa de validación del "Protocolo de Atención a la Violencia Sexual" de la OMS y para realizar un diagnóstico de las respuestas estatales (médicas y legales) ante la violencia sexual en los países centroamericanos.

De hecho, el abordaje de la violencia de género es la primera gran línea de trabajo del Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud, y se han logrado avances en aspectos como:

- La extensión de cobertura de los servicios a sobrevivientes de violación sexual.
- Reformas legales y sistema de monitoreo de leyes sobre violencia doméstica.
- Creación de evidencia para el desarrollo de intervenciones médico-legales en violencia sexual.
- Protocolos de atención médico-legal, psicológica y social de las agresiones sexuales y la violencia doméstica.
- Sistemas de vigilancia epidemiológica (Manual de vigilancia de la VBG).
- Mecanismos intersectoriales (más redes y acciones conjuntas).
- Capacitación de recursos humanos (otras 8,000 personas capacitadas, aproximadamente).
- Socialización de las lecciones aprendidas del Proyecto.
- Campaña regional en el 2004 "Por una respuesta a la violencia contra las mujeres".

// La violencia es un problema estructural que no se resuelve mediante acciones aisladas, sino que toquen y modifiquen relaciones de poder. Eso lleva tiempo y en ese proceso la academia puede ayudar de cuatro formas: investigando sobre la violencia, incidiendo en la curricula universitaria para incorporar el enfoque de género en la formación de los nuevos profesionales, difundiendo conocimiento e información sobre el tema y empoderando a las mujeres. La universidad no va a hacer la transformación que se requiere, es una tarea de toda la sociedad, pero sí puede colaborar en todas esas formas. A través de la Biblioteca GENSALUD estamos diseminando gran cantidad de información y ensayando distintos medios para difundir conocimientos y herramientas que ayuden a que los distintos sectores se apropien del tema."

Laura Guzmán

Directora del Centro de Investigación de Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, Coordinadora de la Biblioteca Virtual Género y Salud de Centroamérica.

Un resultado inmediato y tangible fue la publicación del libro “Situación de los Servicios Médico-Legales y de Salud para Víctimas de Violencia Sexual en Centroamérica”, el cual describió muy bien tanto las fortalezas como las carencias que muestran los servicios de salud y los servicios de medicina legal. Este libro resume los resultados de seis estudios nacionales realizados con objetivos, metodología e instrumentos comunes: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (ver Cuadro #9).

Cuadro #9	
Fortalezas y debilidades de Centroamérica en la Atención a la Violencia Sexual (Servicios de salud y de medicina forense)	
Fortalezas encontradas	Desafíos encontrados
<ul style="list-style-type: none"> • Interés por trabajar el tema por parte de proveedores/as, administradores/as y gerencias. • Gratuidad de los servicios. • Avance significativo en el abordaje de la violencia basada en género: políticas, normas y procedimientos. • Presencia de organizaciones no gubernamentales que luchan por los derechos de las mujeres, las cuales apoyan a las víctimas de violencia sexual. • Presencia en el debate público de temas relacionados: violencia contra las mujeres, explotación sexual comercial y abuso sexual infantil. • Presencia en la región de diferentes agencia internacionales de cooperación que apoyan e incentivan el trabajo en materia de violencia sexual (OPS, IPEC/OIT, IPAS, UNICEF entre otras). • Existencia de acuerdos ministeriales en el Sector Salud para declarar la violencia basada en género como un problema de salud pública, lo cual incluye la victimización sexual. • Mayor número de denuncias de violencia sexual en la última década. • La metodología utilizada en los estudios nacionales, ha permitido generar no sólo expectativas en torno a los resultados, sino también compromisos de acción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de información y de sistemas estandarizados de registro. • Ausencia de protocolos estandarizados de detección y atención. • El proceso de atención es engorroso, la atención no se brinda en un solo lugar, lo que hace necesario que las víctimas sean referidas a diversas instancias. • No hay capacitación especializada en violencia sexual para proveedores de servicios. • En los servicios de medicina legal no siempre se cuenta con atención integral a la salud de las víctimas, incluyendo el apoyo emocional y prescripción de medicamentos necesarios. • Los servicios no tienen cobertura nacional y por lo general se concentran en áreas metropolitanas. • Hay carencia de recursos de tipo administrativo que apoyen el trabajo en la atención de la violencia sexual, ello se hace evidente en las zonas rurales. • Muchos proveedores aún consideran la violencia como un tema privado. • Existencia de pocos examinadores forenses en relación con la población que se debe atender

Extraído del libro “Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centro América”. OPS/OMS, 2003.

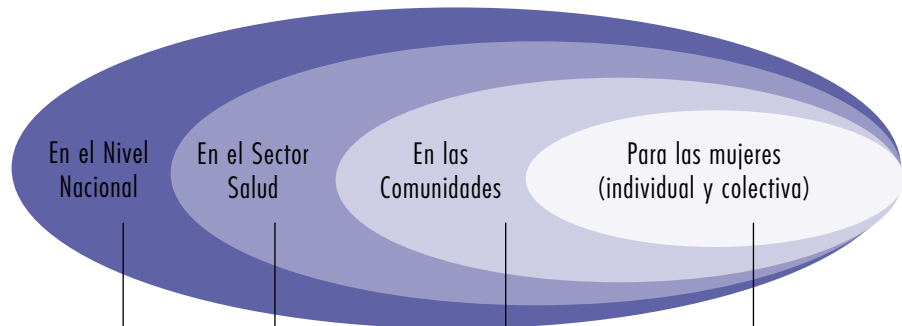
Producto de un trabajo riguroso entre OPS, los países y el CDC de Atlanta, entre 2002 y 2003 se elaboró una propuesta sobre "Sistemas de Vigilancia de la Violencia Basada en Género en Centroamérica" que implicó, para empezar, la elaboración de un diagnóstico de la situación de esta vigilancia en la región y el posterior diseño de mecanismos (como protocolos y boletas) para recoger y procesar la información sobre los casos de violencia de género.

De tal manera, pese a los retos y carencias que aún enfrenta, Centroamérica ha dado pasos significativos en el abordaje de la Violencia de Género (VBG) y de la Violencia Sexual, y estos avances han servido de insumo para generar discusión, modelos y políticas en género y salud para toda la región e incluso para el resto del mundo. La estrategia integral de la OPS en VBG se nutre, entre otros insumos esenciales, de las más importantes experiencias adquiridas y de las lecciones aprendidas por la OPS y sus colaboradores centroamericanos después de casi un decenio de trabajo en la elaboración de un enfoque integral de salud pública para abordar la violencia basada en el género. Este enfoque



¹La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 2003.

El impacto contra la violencia de género en breve
Principales resultados del Proyecto Reduciendo las Inequidades
de Género en Salud 2002-2005



<p>a. Modelo de leyes y políticas: reforma legal en Honduras y sistema de monitoreo de leyes en Costa Rica. En otros países: propuesta de ley en Brasil y política municipales en República Dominicana.</p> <p>b. Estudio sobre servicios médico-legales (Honduras, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Belice).</p> <p>c. Planes y programas nacionales contra la VIF y violencia contra las mujeres (Guatemala, Honduras y Panamá).</p> <p>d. Curso a distancia sobre VBG – 120 horas.</p> <p>e. Modelos de participación de los hombres en salud sexual y reproductiva (El Salvador, Honduras, Belice).</p> <p>f. Proyectos de salud mental y VIF (El Salvador, Honduras, Costa Rica).</p> <p>g. Violencia basada en género (VBG) en modelo de atención al adolescente (Guatemala).</p> <p>h. Capacitación de recursos humanos.</p> <p>i. Socialización de lecciones aprendidas.</p> <p>j. Sector educativo: revisión de textos escolares (Honduras).</p>	<p>a. Normas de atención a la VIF en todos los países centroamericanos.</p> <p>b. Protocolos de violencia sexual (Nicaragua y Honduras, Costa Rica).</p> <p>c. Sistema de vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validación de boleta única de registro (El Salvador). - Variables de VBG en el Sistema Nacional de Registro (Nicaragua). - Evaluación del Sistema de Vigilancia por CDC (Belice). - Protocolo de vigilancia (Costa Rica). <p>d. VBG en encuestas nacionales (El Salvador, Guatemala y Honduras).</p>	<p>a. Mecanismos multisectoriales (Honduras, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Belice).</p> <p>b. 170 redes locales de atención (Honduras, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá y El Salvador).</p> <p>c. Currículo sobre género y violencia en universidades (Panamá, Costa Rica y Belice).</p> <p>d. Campañas locales 25 de noviembre y 8 de marzo (Honduras, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Belice).</p> <p>e. Hombres del sector salud, policial y ONGs capacitados y sensibilizados sobre violencia y masculinidad.</p>	<p>a. Acceso a servicios integrales.</p> <p>b. Participación en grupos de apoyo.</p> <p>c. Participación en redes locales.</p> <p>d. Agentes activos en abogacía frente a tomadores de decisión.</p> <p>e. Participación en campañas locales.</p>
--	---	--	--

incluye intervenciones en el macronivel (políticas y legislación), en el sector de la salud (políticas y servicios) y en la comunidad¹⁶.

Mejores estadísticas de género en salud

Conocer la situación de salud de las mujeres e identificar claramente las inequidades de género en materia de salud es cada vez más importante para los sistemas sanitarios de Centroamérica. Todos los países de esta región han iniciado ya el debate político sobre la necesidad de mejorar las estadísticas en género y salud; discusión que fue promovida ampliamente durante 2002 y 2004 por el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica" de la OPS/OMS.

Usuarios y productores de estadísticas de salud del sector gubernamental, oficinas de estadística nacional, departamentos de epidemiología de los Ministerios de Salud, institutos de la mujer, las sociedad civil, ONGs, academias y las representaciones de OPS en cada país centroamericano han participado en diversas reuniones para discutir e impulsar la incorporación del enfoque de equidad de género en la recolección, análisis y aplicación de datos de salud de manera sostenible.

Al 2004, el tema de los "Indicadores de Género en Salud" ha cobrado especial relevancia en El Salvador, Guatemala, Honduras, Costa Rica y Panamá, países que están considerando producir un perfil de género y salud, basándose en la propuesta/guía de contenidos para producir el perfil de género y salud elaborada por la Unidad de Género y Salud de OPS. También se promovió la elaboración de una guía de contenidos para generar indicadores para analizar la equidad de género en salud.

Poner sobre la mesa el tema de los indicadores de género en salud no sólo se ha logrado gracias al debate político, sino también con la capacitación y la distribución de materiales diversos sobre este tema. Cabe destacar la elaboración del folleto bienal regional "Género, Salud y Desarrollo en las Américas 2003" que fue distribuido masivamente en Centroamérica en el 2003 y 2004. Este completo resumen de las estadísticas de salud más importantes (desagregadas por sexo) en los 48

“La importancia de realizar una medición estadística con enfoque de género radica en la necesidad de hacer visible la situación diferencial frente a los fenómenos que se pretenden medir de hombres y mujeres dentro de su propio contexto social, económico, político y cultural. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala, está realizando acciones encaminadas a fortalecer la producción de estadísticas e indicadores que permitan el diagnóstico acertado de la realidad nacional, en este caso desde la perspectiva de género, y crear programas que erradiquen estas formas de discriminación y exclusión, con el fin de crear un país más igualitario, participativo, democrático y con mayor justicia social.

Licda. Irma Rodríguez

Subgerente del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala



países de la región, fue elaborado en un esfuerzo conjunto de la OPS y el Population Reference Bureau, con apoyo del área técnica de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) de la OPS, y con la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En materia de fortalecimiento de capacidades nacionales para integrar la perspectiva de género en las estadísticas de salud, se realizaron talleres subregionales en Honduras, El Salvador, Belice, Guatemala, Costa Rica y Panamá. Uno de los principales mensajes transmitidos en los talleres fue el énfasis que se debe dar a la producción de información sobre inequidades de género, esto es, de aquellas desigualdades entre hombres y mujeres que se consideran innecesarias, injustas y evitables en los siguientes ámbitos: estado de salud, acceso a la atención apropiada de acuerdo con la necesidad, asignación de recursos públicos según la necesidad, financiamiento de la atención de la salud de acuerdo a la capacidad económica, distribución justa de las contribuciones y las compensaciones en la producción de la salud, y participación en la toma de decisiones en las estructuras de poder del sistema de salud. Un paso técnico logrado fue la conformación de grupos de trabajo interinstitucionales encargados de buscar mecanismos para institucionalizar el proceso de integración de la perspectiva de género en las estadísticas de salud.

Cuadro #10	
Estadísticas de Género en Salud	
FORTALEZAS	DESAFÍOS
Se han formado grupos intersectoriales nacionales para mejorar las estadísticas, favoreciendo datos desagregados por sexo con análisis de género.	Mantener procesos intersectoriales es difícil, a la vez que la cultura de compartir información es débil.
Se han capacitado a grupos de estadísticos, epidemiólogos otros productores y usuarios de datos sobre el análisis de género de información en salud	La utilización de datos e información para la toma de decisión requiere mayor inversión de esfuerzos.
Se ha iniciado el proceso de generar perfiles nacionales de género y salud en 4 países como compromiso de producir evidencia sobre desigualdades de género en salud.	La capacitación continua siempre presenta desafíos.

De tal forma, con debate político, capacitaciones y distribución de materiales, el tema de la necesaria generación de estadísticas de salud con enfoque de género es cada vez más un logro concreto que debe ser consolidado en los países centroamericanos.



Reforma con equidad de género

Los países centroamericanos acordaron incluir el tema de equidad de género en los procesos de Reforma del Sector Salud de cada país, así como procurar la incorporación del tema de equidad de género en algunas funciones esenciales de salud pública.

Este acuerdo, alcanzado en 2003, da muestra de la capacidad de abogacía que han desarrollado los sectores interesados en incorporar la equidad de género en las políticas y programas de salud dentro del contexto de la Reforma —otro de los objetivos del Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica”—.

Las reuniones sostenidas con los grupos y proyectos encargados de la reforma, la capacitación a diversos actores para hacer abogacía y los talleres subregionales sobre la equidad de género en la reforma del sector salud, contribuyeron a poner el tema en la agenda y a realzar el debate respecto a la importancia y las formas de incorporar el enfoque de género en los procesos de reforma. Esto implica la incorporación transversal de principios de igualdad de género en la contextualización, la política y la planificación del sector salud. También conlleva un análisis sobre el papel de las mujeres en su doble rol de productoras y consumidoras de atención de la salud, el identificar las desigualdades en recursos y necesidades de salud entre mujeres y hombres, y el determinar las vías por las que las reformas institucionales pueden tener implicaciones de género.

En una reunión subregional de ASDI y OPS en Honduras, en la cual participaron Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala, se analizó la manera de introducir los temas de violencia intrafamiliar, VIH/SIDA y adolescencia en los procesos de reforma del sector salud.

Posteriormente, se realizó el Taller Subregional “Equidad de Género en la Reforma del Sector Salud”, en octubre de 2003 en Nicaragua, donde se hizo un análisis integral del tema, incluyendo los ejes prioritarios de la reforma y cómo incorporar la equidad de género en cada uno de ellos (financiamiento, descentralización, etc.). Se presentaron las experiencias de

reforma en países como Chile y Perú en este tema. Por supuesto, también se conocieron los compromisos sobre equidad de género y violencia de género asumidos por los cuatro países prioritarios en este proceso: Guatemala, Nicaragua, Honduras y El Salvador; al igual que se definieron lineamientos para continuar fortaleciendo las capacidades para incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma.

En el 2002, se apoyó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica en la coordinación de un foro regional con ALAMES sobre la "Reunión de Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud". Posteriormente, el resumen fue presentado en la reunión de la COMISCA 2003. En general, los países centroamericanos han recibido documentos y materiales fundamentales sobre el tema de la equidad de género en la reforma, y ellos también han generado informes y documentos relevantes relacionados con este tema. En definitiva, entre 2002 y 2004, pese al corto período, la actividad de los países ha sido intensa de cara a introducir el tema de equidad de género en los procesos de Reforma del Sector Salud. En el Cuadro #10 se presentan algunas actividades estratégicas iniciadas en Centroamérica:

Cuadro #11	
El Pulso de la Equidad de Género en la Reforma	
PAÍS	ACTIVIDAD
Costa Rica	Creación del Grupo Intersectorial para el abordaje de la equidad de género en salud y realización del primer diagnóstico de actores en la Reforma del Sector Salud (RSS).
El Salvador	Mapeo de actores actuales y potenciales ligados a procesos de RSS dentro y fuera del sector. Foros y debates sobre el tema de Reforma de Salud y Género con la Universidad de El Salvador, instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
Honduras	Análisis de género en todo el proceso de reforma en Honduras (el documento está terminado y se espera la anuencia de la Secretaría de Salud para su publicación).
Guatemala	Diálogo nacional entre actores de la Reforma del Sector Salud con acercamiento especial entre la Seguridad Social, los colegios profesionales, el Instituto de la Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública y Acción Social (MSPAS). Formación de la Comisión Interinstitucional sobre el monitoreo de la equidad de género en la Reforma del Sector Salud, que elaboró una propuesta para la inclusión de la atención a la VBG en los paquetes de atención en extensión de cobertura del primero y segundo nivel de atención.
Nicaragua	Validación de la Guía de Monitoreo de la Reforma de Salud desde la equidad de Género, en coordinación con UNIFEM. Este instrumento, ajustado al Ministerio de Salud, puede constituirse en una herramienta que monitoree, entre otros aspectos, lo relacionado al Modelo de Atención Integral en Salud y al Paquete Básico en Salud.

Programas y políticas de salud con enfoque de género

Los países centroamericanos han incorporado el enfoque de género en diversas políticas o acciones nacionales, mostrando una mayor preocupación y acción del Estado ante este tema. Algunos ejemplos son el enfoque de género en la Política Nacional de Salud de Costa Rica, el grupo técnico de monitoreo de la equidad de género en la Reforma del Sector Salud de Guatemala, las líneas de acción para el abordaje de la salud mental comunitaria con estrategias del modelo VIF en El Salvador, el enfoque de género en la política sexual y reproductiva de Belice, así como el esfuerzo por convertir la Política Nacional de la Mujer en una política de Estado en Honduras.

También la OPS como tal, preparó y sometió al Subcomité Mujer, Salud y Desarrollo del Comité Ejecutivo de la Organización, la Política de Igualdad de Género de la OPS, aprobada en setiembre de 2005. De hecho, se ha avanzado en la coordinación con diversos programas de cooperación técnica para incorporar horizontalmente la perspectiva de género. Esto se ha logrado con las áreas de desastres, salud mental y masculinidad de la OPS. Igualmente, existen muchas otras iniciativas específicas en cada Representación (VIH/SIDA, adolescencia y otras) que están incorporando este enfoque y que incluyen la movilización de recursos financieros para los países.

En consecuencia, en todos los países de Centroamérica se está logrando una programación con estrategias de equidad de género a través de los programas de cooperación técnica de OPS y a través de las políticas nacionales. Esto evidencia un grado de éxito en la transversalización y horizontalización del tema de género en salud, que es uno de los objetivos centrales del Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica".

// El colocar el tema de equidad como un eje transversal a lo largo de las políticas nacionales de salud es un tema de vital importancia. Es una labor del Estado velar por la equidad de género, de etnia y clase; pero, en el caso de las mujeres, el Estado tiene que ser propositivo en esas acciones. Es importante la participación de las mujeres en la formulación de las políticas, en el diseño de los programas y en la evaluación de esos programas, y no solamente como depositarias de programas."

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud de Costa Rica



Por ejemplo, visualizar la vulnerabilidad de las mujeres y también su capacidad de respuesta frente a un desastre, ha sido uno de los aspectos en los que más se ha trabajado, mediante una colaboración conjunta

La equidad de género presente

Resultados de la transversalización de la equidad de género en la cooperación de OPS

A nivel subregional

- Introducción del tema de la equidad de género en las acciones de los países para valorar igualdad de género más allá de la Meta #3 de los Objetivos del Milenio.
- Elaboración de 6 estudios CAP sobre los hombres y la salud sexual y reproductiva, y diseño de un modelo de atención con base en los resultados. También se está apoyando una investigación sobre mortalidad materna y violencia contra la mujer en Argentina, El Salvador y Nicaragua.
- Incorporación del tema de equidad de género en el proceso de elaborar las estrategias de cooperación al país de la OPS/OMS, en por lo menos tres países (Nicaragua, El Salvador y Costa Rica).

En Nicaragua

Se avanzó en el trabajo interprogramático y corporativo de la OPS a través del Proyecto PROSILAIS, centrado en 6 SILAIS (León, Chinandega, Madriz, Estelí, Nueva Segovia y Región Autónoma del Atlántico Sur). Otros temas abordados horizontalmente fueron Salud, de los Trabajadores, Promoción de la Salud, Salud Mental, Salud, Materna, VIH/SIDA, Salud Sexual Reproductiva de los Hombres (Proyecto GTZ/OPS), Salud de los Pueblos Indígenas y Análisis de Situación de Salud. También se incorporó el eje de equidad de género en la Ley General de Salud, las Políticas de Salud y el Plan Nacional de Salud de 15 años. Es importante destacar que el proceso de inserción de la cooperación de OPS se dio a partir de la solicitud del equipo encargado de elaborar las Políticas y el Plan Nacional de Salud, en reconocimiento del acompañamiento técnico que la Organización hace al MINSA.

En Honduras

Se apoyó al INAM en la transversalización de género en las Funciones Esenciales de la Salud Pública; se elaboró y validó una propuesta para la transversalización en la FESP #5. También se ha fortalecido el trabajo interprogramático al interior de la Representación de OPS en Honduras, en las áreas de desastres, nutrición, AIS, salud sexual y reproductiva, al igual que se ha apoyado al INAM y SS para la transversalización de género en el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. En seguimiento a la reunión ASDI/OPS/Países, celebrada en Tegucigalpa, para la inclusión de género y atención a la violencia en los programas bilaterales de ASDI, se ha cumplido con el plan de trabajo y se participa en el Programa Bilateral.

En Guatemala

Se adoptó la Política de Desarrollo Social y Población, que en materia de salud está enfocada a la participación, reducción de inequidades de género, reducción de la mortalidad materna e infantil, espaciamiento de embarazos, y derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones. También se integró el enfoque de género en el Modelo de Atención Integral al Adolescente, y se introdujo en este modelo la atención a la VBG en forma coordinada con la Red Nacional de Derivación. Asimismo, se coordinó con las distintas unidades técnicas de la Representación de OPS en Guatemala, especialmente con la Cooperación Técnica Descentralizada, en la planificación e implementación de los siguientes proyectos: Extensión de Cobertura de Servicios en el Segundo Nivel de Atención en Salud (SIAS) y en el Modelo Integral de Salud; Desarrollo e Implementación sobre la Base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local para la inclusión de género en la entrega de la cooperación de la Representación (análisis de situación, estadísticas, prestación de servicios, estrategias para la disminución de la mortalidad materna e infantil, prevención de VIH/SIDA, de VBG, atención integrada y diferenciada en la adolescencia, atención a la población migrante, entre otros).

En El Salvador

Cumplimiento a los compromisos de la reunión de ASDI/OPS sobre Reforma, VIF y Adolescencia (consolidación del modelo de VIF en 10 SIBASI con énfasis para adolescentes, fortalecimiento de unidades de estadísticas para incorporación de género, reproducción de información sobre género, salud, adolescentes y reforma). Con Promoción de la Salud se ha trabajado en proyectos de salud mental comunitaria para adolescentes, proyectos de seguridad alimentaria y nutricional, capacitación en género y salud dirigida a enfermeras mediante curso de competencias obstétricas, y en proyecto de desarrollo juvenil y prevención de la violencia. Se apoyó a las Naciones Unidas en la planificación del diagnóstico y capacitación en género, además del diseño de las propuestas de transversalización de género a los jefes de agencias.

entre la Unidad de Género y Salud de OPS y el Programa de Preparativos para Desastres (PED). Las experiencias de movilización por parte de grupos de mujeres tras el huracán Mitch, especialmente en Honduras, Nicaragua, El Salvador y Guatemala, no sólo se han documentado ampliamente sino que están sirviendo de base para diseñar acciones ante los desastres con enfoque de género.

Con el área de salud mental también ha habido una coordinación estrecha, de modo que se puedan identificar y atender mejor las necesidades diferenciadas en las políticas de salud mental. Se ha implementado el Proyecto "Involucramiento de los Hombres en la Salud Sexual y Reproductiva" en el período 2002-2003, promoviendo el tema de equidad de género. Temas y estrategias sobre masculinidad fueron incorporados en las redes intersectoriales y en los programas de salud reproductiva de los siete países centroamericanos.

En general, la Unidad de Género y Salud de OPS promovió la incorporación de la equidad de género ante todos los programas y proyectos de la Organización en Centroamérica, mediante presentaciones, discusiones, intercambios y planificación conjunta con las Representaciones de todos los países. Del mismo modo se difundió la experiencia del trabajo en género y salud de Centroamérica en congresos, reuniones internacionales y en los informes preparados para la Reunión del Subcomité de la Mujer de la OPS.

Información y educación para la equidad

Abundante, útil e innovadora son las palabras con que mejor se puede describir la producción de información sobre género y salud en Centroamérica y también a nivel regional. Miles de documentos, libros, artículos, videos y hojas informativas han sido creados y reproducidos en inglés y en español a lo largo de los últimos siete años, tanto por el Proyecto "Hacia un Modelo Integral de la Violencia Intrafamiliar" (1998-2002) como por el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género y Salud en Centroamérica" (2002-2004). Estos materiales se han utilizado profusamente en procesos de información, educación y comunicación dirigidos a aumentar la abogacía y el entrenamiento para un mejor trabajo en el tema de la equidad de género en salud.

Publicaciones trascendentales como el libro "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina", producido con la activa participación de los países centroamericanos, y el libro "La Violencia contra las Mujeres: responde el sector salud" que indica la

estrategia de trabajo de la OPS contra la violencia de género, han sido hitos bibliográficos que registran las fases, procesos y propuestas de trabajo en este tema desarrollados por América Latina en general y Centroamérica en particular.

También la "Serie Género y Salud", que ya va por su publicación número 14, es un esfuerzo editorial de gran magnitud que recoge información, estudios, conocimientos y propuestas en todos los órdenes del tema de equidad de género en salud: legislación, calidad de los servicios de salud, políticas de género en salud, modelos de atención, herramientas para la planificación estratégica, investigaciones en diversos temas, redes y formas de organización contra la violencia de género y otra gran cantidad de temas que son tratados de manera científica y profunda en esta serie de libros.

"El machismo y la discriminación contra la mujer es algo cultural que prevalece en todos los estratos de la sociedad. Por eso es urgente incorporar la cultura de equidad de género en todos los niveles sociales. Nos toca trabajar mucho y vencer la gran resistencia que existe para tomar en serio la potencialidad del rol femenino. En la universidad lo vemos a diario: aunque predominan las mujeres entre los estudiantes y ellas se gradúan más rápido, no se les conceden posiciones de dirección. Incluso entre la población docente la mujer es minoría. Todavía no existe suficiente apertura en nuestras sociedades ante el tema de género, pero estamos venciendo resistencias".

María Isabel Rodríguez
Rectora Universidad de El Salvador, UES

Además se ha producido otra importante cantidad de libros, documentos, folletos, memorias, boletines, trípticos y artículos a nivel regional, subregional y en cada uno de los países, generándose una producción sin precedentes en materia de información sobre género y salud.

GENSALUD: un banco de información en internet

En el período de este informe, la estrategia de generación de documentos se ha transformado para dar paso y énfasis a la creación de la primera Biblioteca Virtual sobre Género y Salud (BVG-S).

La Biblioteca Virtual de Género y Salud (<http://genero.bvsalud.org>) es alimentada por varios centros centroamericanos, gubernamentales y no gubernamentales. Precisamente en 2003 se firmó un convenio entre la Directora de OPS y el entonces Rector de la Universidad de Costa Rica para trasladar la iniciativa de la Biblioteca Virtual GenSalud al Centro de Investigación de Estudios de la Mujer (CIEM), desde donde está operando.

Las estrategias complementarias a la BVG-S desde la Unidad de Género, Etnia y Salud incluye la producción de boletines electrónicos regulares, foros de discusión y un curso a distancia sobre género y violencia. También la producción editorial ha sido extensa, como puede verse en el recuadro adjunto.

Cuantiosa producción editorial

PRINCIPALES TÍTULOS EN GÉNERO Y SALUD PUBLICADOS O DISTRIBUIDOS
ENTRE 1998 Y 2004 EN EL NIVEL SUBREGIONAL

LA SERIE GÉNERO Y SALUD PÚBLICA

- No. 1- Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis.
- No. 2- Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar.
- No. 3 - Los nuevos retos que nos impone la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará).
- No. 4- Respuesta social a nivel local ante la violencia intrafamiliar: protocolo de investigación. Adaptado del protocolo de investigación "Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por Violencia Intrafamiliar".
- No. 5- Reporte comprensivo de 7 investigaciones de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género, realizadas en C.A. Período 1994-1995.
- No. 6- Violencia en la familia: una bibliografía selectiva y anotada.
- No. 7- Ayudándonos para ayudar a otros/as: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar.
- No. 8- Modelo de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar en Salud: experiencia de la clínica "Ricardo Jiménez Niñez". Goicoechea.
- No. 9- Abuso sexual en mujeres adolescentes.
- No. 10- Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.
- No. 11- III Taller Centroamericano de Registro, Vigilancia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual: memoria.
- No. 12- La planificación estratégica en las redes de lucha contra la VIF en Centroamérica.
- No. 13- Memoria "Modelos en construcción para la atención integral a la violencia intrafamiliar y rol del sector salud."

SERIE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD EN LAS AMÉRICAS

1. Desigualdades socioeconómicas entre mujeres y hombres en América Latina.
2. Igualdad de género en salud en las Américas, marco legal.
3. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI.

LEGISLACIÓN Y NORMAS

- Normas y protocolos de atención integral a la violencia intrafamiliar: documento para la discusión.
- Legislación centroamericana sobre violencia intrafamiliar. Análisis Preliminar: documento de trabajo.
- Guía para la Atención Médico-Legal care for Victims of Sexual Violence. Traducción al español.
- Situación de los Servicios Médico-Legales y de Salud para Víctimas de Violencia Sexual en Centroamérica. (versiones en español e inglés).

INVESTIGACIONES

- Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: protocolo de investigación.
- La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países.
- Diagnóstico centroamericano de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en relación con la violencia y la violencia intrafamiliar en nivel local/nacional.

OTROS TEMAS CONCEPTUALES

- Retos para la erradicación de la violencia intrafamiliar en Centroamérica.
- Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector salud en Centroamérica.
- Presentado a 18 va. Reunión del Subcomité sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Washington.
- Compilación bibliográfica sobre violencia, 6 volúmenes.
- Género en la reforma del sector salud: bibliografía selectiva en texto completo. 1 volumen.
- Incorporación del enfoque de género y una visión intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos.
- Avances en la erradicación de la violencia contra la mujer.
- Cooperación técnica para construir la equidad de género en salud: memoria 1990-1996.
- Estrategias y mecanismos para el abordaje de la violencia a la mujer en la familia: sector salud- Centroamérica.
- Factores y consecuencias de la violencia intrafamiliar hacia niños y niñas. Presentado al Seminario Internacional sobre Niñas: derecho a la equidad desde la infancia (México: 4-9 agosto 1998).
- Documento "La Cooperación Técnica de la Unidad Género, Etnia y Salud 1998-2003".
- Desplegable informativo BVGenSalud.
- Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud.



Los logros a resaltar por país:

Abordaje de la violencia intrafamiliar y las inequidades de género en salud

Principales logros en Belice

Belice integró el enfoque de género en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. También ha formado y fortalecido grupos multisectoriales sobre estadísticas de género y salud con el fin de desarrollar estrategias de institucionalización que garanticen los procesos de transversalización de género.

Fuente: Informe 2004 del Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud, OPS/OMS.

A lo largo de los años, las fracturas, los moretones y la depresión se revelan como pruebas silentes ante el abuso físico, sexual y emocional que viven las mujeres en Belice. El aumento de las denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) y su impacto social impulsó la implementación del Proyecto Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: Ampliación y Consolidación de las Intervenciones Coordinadas por el Estado y la Sociedad Civil.

En Belice se rompió el silencio, dejando atrás el sufrimiento silencioso de las víctimas gracias a una toma de conciencia general sobre la violencia intrafamiliar (VIF) durante la ejecución del Proyecto.

La reacción ante la violencia intrafamiliar fue importante, el Ministerio de Salud reconoció la VIF como un serio problema de salud pública, que requiere atención inmediata. Por otra parte, a nivel local y nacional hubo una enérgica respuesta multisectorial, tanto así que seis grandes organizaciones (estatales y no gubernamentales) unieron sus esfuerzos logrando una importante participación de la comunidad para



denunciar actos violentos, lo que constituye un valioso paso a la hora de realizar intervenciones de protección hacia las víctimas.

Para finales del 2004, se habían registrado 3,207 casos de VIF gracias a la implementación de un novedoso sistema nacional de vigilancia liderado por el Ministerio de Salud. Éste forma parte del Sistema Nacional de Información de Salud (NHIS por sus siglas en inglés), el cual provee información relevante sobre la víctima, el agresor, la naturaleza y la frecuencia de las agresiones.

La violencia intrafamiliar formó parte de la agenda nacional de numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, generando múltiples iniciativas. Entre éstas se cuenta con la capacitación de aproximadamente 1,025 personas, entre ellos personal médico, redes locales, el clérigo, grupos de mujeres, miembros de la Cruz Roja, de la Corte de Familia, trabajadores sociales y estadísticos del Sistema de Vigilancia de violencia intrafamiliar, para manejar la violencia en el seno de la familia.

Varias publicaciones se hicieron con el fin de proveer una respuesta capacitada a la VIF: el Manual sobre violencia intrafamiliar y recursos para ofrecer consejería (100 ejemplares), el Manual metodológico para capacitación de violencia intrafamiliar (200 ejemplares), y el Reporte Anual sobre la Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar (reporte anual 1999-2000, reportes trimestrales entre 2001 y 2002), entre otras. Inclusive, se produjo un video, que ganó un premio en la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.

A nivel educativo, la Universidad de Belice desarrolló cursos especializados sobre VIF para las carreras de enfermería y trabajo social; el Departamento de Policía incorporó dentro de la curricula de su Academia instrucción sobre el tema. Esfuerzos similares se produjeron en los contenidos educativos del Programa de Salud Escolar y Educación Física (SHAPE por sus siglas en inglés) del Ministerio de Educación.

La influencia del proyecto contribuyó a la generación de preceptos legales tales como la Ley de Familias y Niños, que protege a la mujer y los infantes; se creó y aprobó la Ley sobre Acoso Sexual y el Protocolo de Administración de la Violencia Intrafamiliar del Sector Salud.

Los alcances y el impacto del proyecto son el resultado del cambio de actitud que se gestó entre grupos claves de la sociedad.

A partir del 2002, con el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica", Belice fortaleció la Vigilancia de la

Violencia Intrafamiliar, generando un reporte anual sobre violencia doméstica y capacitando a personal de diversas entidades en los temas de registro de la violencia y de equidad de género. Departamentos de policía, oficinas de la mujer, enfermeras y profesionales, miembros de la Comisión Nacional de la Mujer y mujeres jóvenes del distrito Stann Creek, participaron en diversas sesiones y talleres de capacitación.

El país también dio un gran paso, al introducir la perspectiva de equidad de género en la revisión de las Funciones Esenciales de Salud Pública, y al presentar el documento resumen de la experiencia de abordaje de la VIF en la reunión de la Secretaría de la Mujer de CARICOM 2002 en Guyana.

En el 2003, el país logró la aprobación de su Política de Igualdad de Género y esto ha contribuido a la consolidación de muchos otros esfuerzos. Desde la OPS, hay una reconocida estrategia de promover una cooperación técnica con enfoque de género.

La activa participación de numerosos actores fue reforzada con mensajes y campañas a través de los medios de comunicación, aprovechando eventos como el Día de la Cero Tolerancia, el Día de los Derechos Humanos, El Día de los Niños y el Día Mundial del SIDA. La distribución de materiales educativos y promocionales ha complementado estos esfuerzos de disseminación de información.

Principales logros en Costa Rica

El tema de la violencia intrafamiliar comenzó a tomar importancia cuando en 1994, las autoridades de salud clasificaron a la VIF como uno de los catorce factores prioritarios del sector. Tras esta clasificación, se diseñó el Plan sectorial para la atención de la violencia intrafamiliar. La entrada en vigor de la Ley de Violencia Doméstica, en 1996, seguida por la implementación del Plan Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) contribuyen a este proceso. Estas iniciativas originan un importante desarrollo institucional para la atención de la VIF, así como campañas masivas de sensibilización, capacitación a funcionarios públicos y de organizaciones privadas para la detección y referencia de personas afectadas por este problema. La implementación del Modelo de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar se inscribe dentro de los lineamientos del Plan sectorial y del PLANOVI.

Costa Rica diseñó una metodología para el monitoreo y evaluación de resultados de la Ley sobre Violencia Doméstica en el país, luego de que la Secretaría de Género del Poder Judicial y la OPS/OMS validaron la sección "Monitoreo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres" del Modelo de Atención Integral a la VIF.

Fuente: Propuesta de Monitoreo de la Ley de Violencia Doméstica en Costa Rica.





Durante el período de ejecución del proyecto, se produjeron algunos avances en el terreno legislativo relacionados con la situación de las mujeres. Entre ellos está la aprobación de la Ley de Fomento de la Paternidad Responsable y la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. La aprobación, en primer debate, en la Asamblea Legislativa de la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres, sin llegar a ser una ley específica, ha contribuido a mantener la temática en un plano importante de la agenda pública.

El Proyecto sobre VIF hizo hincapié en el diseño e implementación del Modelo de Atención Integral de la VIF, que actualmente se aplica en más de 400 establecimientos de salud, en el 94% de todos los hospitales y en el 75% de las áreas de salud. El Proyecto contribuyó para el logro de estos resultados y también fue clave la reacción del Ministerio de Salud al definir las acciones que le competen en tanto ente rector de la salud para la atención de la violencia intrafamiliar.

La Política Nacional 2002-2006 y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 contemplan acciones en violencia intrafamiliar, y también la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) lanzó en el 2001 el Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF). Además, dentro de los Compromisos de Gestión, que asumen los establecimientos de salud, se han incorporado indicadores de atención integral a la violencia intrafamiliar.

Igualmente, se están aplicando las Normas de Atención que quedaron oficializadas en el 2000, como parte de los importantes esfuerzos que el proyecto realizó para consolidar a nivel nacional los aspectos normativos de la atención integral de la violencia intrafamiliar en el área de salud. El Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y del Abuso Sexual Extrafamiliar del sector salud se elaboró a través de un proceso interinstitucional y está en proceso de diseminación.

Costa Rica también desarrolló instrumentos de registro y decretó como obligatoria la declaración de las situaciones de VIF. El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud recibe todos los casos de VIF atendidos en el sector salud y, aunque todavía el subregistro es alto, cada vez hay más casos reportados, así como un mayor número de establecimientos que reportan datos.

En el campo de la investigación, se realizó el estudio sobre la Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en Costa Rica y otro titulado "El Femicidio en Costa Rica: 1990-1999". Asimismo, las

comunidades donde se realizó la investigación “Respuesta social a nivel local ante la violencia intrafamiliar” recibieron capacitación en esta metodología de investigación, conocieron los resultados del estudio y discutieron líneas de acción a partir de los mismos.

Las redes locales también recibieron capacitación. Incluso, el proyecto contribuyó a la creación y puesta en funcionamiento de 30 redes locales de atención a la violencia intrafamiliar, así como la fundación del Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud como ente encargado de definir lineamientos sectoriales para la atención de la VIF y desarrollar mecanismos de coordinación con el Sistema Nacional de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar.

Más recientemente, con apoyo del Proyecto “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”, Costa Rica incorporó el enfoque de género, derechos humanos, de responsabilidad social y de las diversidades en la construcción de la Política Nacional de Salud 2002-2006, y de manera específica en el abordaje de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual intrafamiliar y la salud sexual y reproductiva (SSR). Una vez elaborada esta Política Nacional, se ha desarrollado un proceso de construcción colectiva para elaborar los planes específicos en cada tema, incluyendo el Plan Nacional de Violencia Sexual, el cual contempla la violencia intrafamiliar.

No obstante, en el horizonte aparecen muchos desafíos y por eso Costa Rica está haciendo un esfuerzo por integrar la perspectiva de equidad de género en el proceso de Reforma del Sector Salud, al igual que está promoviendo intensamente la generación de conocimiento en este tema. Con respecto a la generación de indicadores con enfoque de género, el país ha producido el primer folleto encaminado al análisis anual de sus estadísticas de salud.

Principales logros en El Salvador

El contexto del nuevo marco jurídico de El Salvador, con la ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1995) y la ley contra la violencia intrafamiliar, ha generado una creciente sensibilización de la sociedad civil organizada hacia el tema de la violencia intrafamiliar. A su vez, el esfuerzo de las instituciones públicas, así como la promoción y divulgación que realizan las ONGs de mujeres, los medios de comunicación y otras organizaciones relacionadas con el tema han allanado el camino

El Salvador introdujo el enfoque de equidad de género en salud en el Plan de Reducción de Mortalidad Materna. También elaboró un perfil nacional de salud y género.

Fuente: Informe 2004 del Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud, OPS/OMS.



para que las víctimas hagan denuncias. No obstante, los sectores conservadores se oponen a la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por parte de la Asamblea Legislativa.

Las intervenciones en salud mental planificadas conjuntamente entre Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), con apoyo de OPS posterior al desastre provocado por los terremotos del 2001, produjeron un aumento considerable en las denuncias de VIF. Esta iniciativa también impulsó la creación de 11 nuevas redes de prevención y atención a la VIF y consolidó las ya existentes, produciendo un total de 36 a nivel nacional. También mejoró la coordinación intersectorial, y las redes comunitarias y el personal de nueve unidades de salud de la zona norte fortalecieron sus habilidades para abordar casos de VIF.

La implementación del Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar durante el período de 1998 al 2002 generó Normas y Protocolos de Atención a la Violencia Intrafamiliar según Niveles de Complejidad, contribuyó al diseño del Plan Nacional de VIF, así como de un plan de seguimiento y monitoreo a los equipos facilitadores. El proyecto creó instrumentos metodológicos, como el tamizaje, para la atención integral de la VIF; la violencia intrafamiliar se incorporó en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, creándose una boleta única para su registro.



En la actualidad existen redes intersectoriales con planes estratégicos de trabajo. Además, tras la unificación de criterios de capacitación sobre VIF entre el sector salud e ISDEMU, se entrenó al personal del Ministerio de Salud, del ISDEMU y el recurso humano masculino del sector salud, policial y ONGs. Se publicó una Guía de capacitación para la VIF, sobre intervención en crisis, grupos de apoyo y autocuidado.

Como consecuencia del aumento en la demanda de atención en las diversas instituciones que prestan el servicio, se adecuaron los espacios físicos en los establecimientos de salud. Por otra parte, existen mejores niveles de coordinación entre los diferentes sectores (educación, salud, justicia, policial, ONGs) para la detección, prevención, atención y promoción de relaciones no-violentas.

Con el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud" no sólo se dio seguimiento al trabajo ya iniciado en VIF, sino que se definieron líneas de acción para el abordaje de la salud mental comunitaria con estrategias del modelo VIF, y se movilizaron fondos significativos para programas de adolescencia, cáncer de cérvix y otras áreas de trabajo relacionadas con género y salud.

Bajo una visión más integral, El Salvador incorporó el enfoque de género dentro de su Plan de Reducción de Mortalidad Materna, e inició una investigación sobre morbi-mortalidad materna y su relación con la violencia basada en género.

La Oficina de Estadística del Ministerio de Salud ha expresado interés claro para impulsar las acciones intersectoriales para promover la cultura de análisis de datos estadísticos e indicadores con enfoque de género. Se organizó el primer taller sobre esta temática y se invitó a Belice y a Costa Rica a dicho evento.

En general, y pese a factores de dificultad como la huelga médica en el 2003, el país ha avanzado un poco más en implementar el sistema piloto de abordaje a la violencia de género en los SIBASI (Sistemas Básicos de Salud Integral), y en la aplicación de las normas y protocolos sobre violencia intrafamiliar y violencia sexual en cuatro SIBASI. Este trabajo se está complementando con la disseminación de información mediante libros, documentos y material informativo.

Principales logros en Guatemala

Cual colorido es un huipil, así de variados son los rostros del tejido humano de los casi 12 millones de guatemaltecos, compuesto por un 40 a 60% de población indígena y un 35% de no indígenas. En medio de esta diversidad, un riesgo que generalmente está presente es la violencia intrafamiliar.

En Guatemala, el Proyecto apoyó a los procesos nacionales más que a las experiencias de carácter local, provocando avances significativos en la institucionalización de la prevención de la violencia intrafamiliar.

En julio del 2001, se crea el Consejo Consultivo de la Salud de las Mujeres, responsable de planificar y monitorear lo

Guatemala elaboró un diagnóstico de actores involucrados en los procesos de reforma, para revisar y promover la discusión sobre el tema de la equidad de género a nivel nacional.

Fuente: Informe 2004 del Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud, OPS/OMS.OPS/OMS.





relacionado con la salud de las mujeres y la VIF. Esta instancia involucra a programas prioritarios relacionados con el sistema integrado de atención en salud (reproductiva, mental, seguridad alimentaria, prevención del SIDA, entre otras). La prevención de la violencia y salud integral constituyen los ejes prioritarios del Plan Estratégico del Consejo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) constituyó el Programa de Salud Mental como contraparte institucional para la atención de la VIF, para el cual ya existen Normas de Atención y un Manual de Referencia. También se incorporó la violencia intrafamiliar en los protocolos de atención del Programa de Adolescentes y en el Sistema Unificado de Información. Si bien se registra la VIF en el MSPAS, falta unificar criterios analíticos y establecer un sistema de vigilancia con procedimientos claros para la producción de información y para su análisis, con el fin de reorientar determinadas acciones.

Las redes impulsan la prevención y atención de mujeres en situación de VIF. El proyecto apoyó a redes que todavía permanecen activas como por ejemplo: Petén, Santa Lucía Cotzumalguapa (Mujeres Lucianas), Zona 6 Guatemala; Quiché y Cobán. Actualmente las movilizaciones sociales de la conmemoración del 25 de noviembre se realizan en todos los departamentos del país.

El desarrollo institucional y jurídico en Guatemala se refuerza con la creación de la Secretaría Presidencial de la Mujer, en octubre del 2000, que contempla la prevención y atención de la VIF como parte de la política gubernamental dentro del componente de Salud. En enero del 2001, la SEPREM publicó la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006, en coordinación con organizaciones de la sociedad civil. En julio del 2001, se establece el Consejo Consultivo de la Salud Integral del MSPAS como ente responsable de planificar y monitorear lo relacionado con la salud de las mujeres y la VIF. Finalmente en el 2002, el Congreso de la República ratifica el Protocolo Facultativo de la CEDAW. Se puede concluir que el proyecto apoyó el establecimiento de espacios de concertación y diálogo entre las organizaciones de mujeres (Coordinadora 28 de mayo, Red de la No Violencia) y el Estado, particularmente con el MSPAS, con el propósito de garantizar la sostenibilidad de las acciones en esta materia.

Con respecto al Proyecto Reduciendo las Inequidades de Género en Salud, en Guatemala se logró establecer un grupo técnico nacional de

monitoreo de la equidad de género en la Reforma del Sector Salud, y se redefinieron el rol y las funciones del Consejo Consultivo de Salud Integral del Ministerio de Salud, para responder mejor a la línea de acción de equidad de género en salud.

Este Consejo Consultivo se ha fortalecido tanto técnicamente en el campo de género, como en el asumir el liderazgo para trabajar este tema dentro del sector salud. Para desarrollar mejor esta labor, se nombró a una funcionaria de la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) para la coordinación interprogramática con los programas de adolescentes, salud reproductiva y salud mental, en el tema de violencia basada en género con la Unidad de Género y Salud de la OPS/OMS. También el Programa de Salud Mental nombró a dos psicólogas más para apoyar la difusión del Protocolo de Atención de la Violencia Basada en Género. Como estrategia de descentralización, el Consejo Consultivo promoverá la formación de las Comisiones de Género a nivel de las Jefaturas de Áreas, empezando por Huehuetenango.

Desde 2002, estas instancias del Ministerio de Salud han impulsado gran cantidad de acciones para la vigilancia de la violencia sexual, partiendo por el diseño de una boleta para el registro de los casos y la capacitación necesaria al personal para que utilicen este mecanismo. También se intensificaron esfuerzos para la aplicación de las normas y protocolos de atención actualizados de salud sexual y reproductiva, incluyendo desde luego la atención de la violencia de género y la violencia sexual. Afiches y materiales promocionales fueron distribuidos en diferentes establecimientos de salud del país para reforzar este nuevo esquema de trabajo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha incluido género como uno de los ejes transversales y la violencia basada en género como prioridades programáticas en sus Lineamientos Básicos y Políticas de Salud 2004-2008.

Principales logros en Honduras

La respuesta para el abordaje de la VIF en Honduras aumentó durante el período 1999-2003, como lo demuestra la creación del Instituto Nacional de la Mujer (INAM), que tuvo su antecedente en la Oficina Gubernamental de la Mujer. De igual forma, en los últimos años se aprecia un incremento en la producción de información estadística por parte de distintos entes, aunque aún no se ha logrado uniformidad en la información ni la introducción de un sistema de vigilancia.

Honduras incorporó el modelo de abordaje de la Violencia Basada en Género (VBG) como documento de consulta en la etapa final de reformas a la Ley contra la Violencia Doméstica, y algunos elementos del documento fueron incorporadas en ella.

Fuente: Informe del Centro de Derechos de las Mujeres.



“La violencia doméstica y sexual es uno de los grandes flagelos que afectan a las mujeres y por eso quiero enfatizar que la política de cero tolerancia incluye, en gran magnitud, esos delitos y abusos”, declaró el nuevo Presidente de la República, el 8 de marzo de 2002, durante un acto organizado por el INAM. Además, en su discurso se comprometió a ratificar la Política Nacional de la Mujer y estableció que el INAM trabajaría con la Secretaría de Salud en aspectos relacionados con las muertes maternas.

Esta nueva administración redujo el número de viceministros de la Secretaría de Salud a uno. También, estableció tres direcciones generales, entre ellas la de Promoción y Protección de la Salud, donde se inserta la Unidad de Género y Salud. Por su parte, el Programa de Violencia Intrafamiliar, uno de los primeros bastiones en este campo en Centroamérica, continuó dirigido por el Departamento de Salud Mental.

En la actualidad, la violencia intrafamiliar constituye un problema de Salud Pública en Honduras. A su vez, las personas sobrevivientes de la VIF acuden con mayor frecuencia a los servicios que se ofrecen para las víctimas e incluso se han creado espacios de atención y autoayuda. Los hombres reciben atención diferenciada, tanto los agresores como los interesados en reflexionar acerca de la masculinidad.

Mediante programas de capacitación, profesionales de la salud y otros actores locales incrementaron sus conocimientos, habilidades y destrezas para abordar apropiadamente el problema de la VIF. Por otra parte, gracias a la sensibilización sobre la temática, el país cuenta con 53 Consejos Locales conformados por personal de salud, que financia el sector público, además se establecieron los mecanismos de coordinación junto con las municipalidades para fortalecer las acciones de estas consejerías.



Honduras cuenta con una ley contra la VIF y existen normas de atención a la VIF debido, en parte, a la sensibilización de altos funcionarios del gobierno sobre la elaboración de políticas públicas con enfoque de género. No obstante, está pendiente la publicación de las normas y protocolos de atención.

Es importante también continuar los esfuerzos para involucrar departamentos clave como los que atienden Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y

Promoción de Salud en dicha Secretaría, en lo referente a las acciones encaminadas a la prevención y tratamiento de la violencia por razones de género.

Una de las mayores fortalezas en Honduras es el trabajo con redes locales, en las cuales los Consejos para la Prevención de la VIF tienen un enfoque intersectorial.

Entre otros logros está el diseño de una base de datos para el INAM, dedicada al registro de la VIF y de una agenda técnica con INAM y CEPAL para desarrollar indicadores de género para el país.

Durante el año 2001, las huelgas del personal provocó demoras en la ejecución de las acciones programadas, y la lentitud en los procesos de oficialización y publicación de las normas y los protocolos de atención de la VIF ocasionaron que las Consejerías de Familia trabajaran con borradores no aprobados oficialmente. Por otro lado, la coordinación técnica entre los Departamentos de Salud Mental y Epidemiología no ha sido suficiente, obstaculizando el proceso de fortalecimiento de la vigilancia de la VIF.

Sin embargo, a partir del 2002, el Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud", entre otros factores, contribuye a retomar y fortalecer el trabajo desde una perspectiva más amplia de equidad de género.

En el Plan de Gobierno para el período 2002-2006 se insertó un capítulo sobre equidad de género en el que se plantean dentro de las medidas políticas, aspectos relativos a la política sexual y reproductiva a nivel nacional, la transversalización del enfoque de género en los sectores económicos y sociales, así como en los procesos de descentralización. También se contempla el prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género.

El post grado de salud pública de la Facultad de Medicina está desarrollando con los estudiantes un módulo con énfasis en salud sexual y reproductiva, con enfoque de género.

Se ha trabajado conjuntamente con el Centro de Derechos de Mujeres y una comisión interinstitucional en el proyecto de abogacía para la reforma de la ley contra la violencia doméstica. Las reformas a la ley fueron entregadas al Congreso Nacional para su ratificación.

Gracias a las medidas legales señaladas por el Plan de Gobierno, se elevó la Política Nacional de la Mujer a Política Nacional de Estado, mediante un acuerdo ejecutivo. El Instituto Nacional de la Mujer (INAM) se vio fortalecido y se creó dentro de él una unidad de salud que está apoyando los procesos de transversalización de género al interior de la Secretaría de Salud.

En relación con la Reforma del Sector Salud, se mantiene trabajando un grupo de alto nivel en el cual participan, además de la Secretaría de Salud, los diversos proyectos que están apoyando este proceso de reforma en el país, entre ellos los del BID y del Banco Mundial. Igualmente, se logró la inclusión de un componente de equidad de género en el proyecto bilateral ASDI/Honduras.

En general, Honduras ha venido avanzando, poco a poco, en mejorar los sistemas de vigilancia de la violencia basada en género y en la aplicación del Modelo de Atención de la VBG, incluyendo el diseño de los instrumentos necesarios para ello como la boleta para vigilancia, las normas y protocolos de atención y el fortalecimiento de redes y grupos de apoyo ante la violencia de género.

En Nicaragua, cada 20 minutos entra en emergencia de los hospitales del país una mujer golpeada por su compañero o abusada sexualmente por éste o por algún conocido, y los embarazos y partos de menores como producto de violación se han incrementado.

En el año 2003, el sector salud gastó 250 millones de córdobas para atender a personas que sufrieron algún tipo de violencia, por lo que los daños además de personales, se provocan a la economía del país.

Fuente: La Prensa, 10 de octubre de 2004 y Nuevo Diario, 27 de noviembre de 2004.



Principales logros en Nicaragua

El tema de la violencia intrafamiliar ha tenido una respuesta muy positiva en Nicaragua como consecuencia de acciones coordinadas entre el Estado y la sociedad civil, y gracias al aporte técnico y financiero de la comunidad donante. Tal es el caso de la creación del Plan Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar y Sexual, constituido actualmente en Política Nacional; la Ley N°230, que establece las sanciones y las acciones de protección para las víctimas de la VIF; y el Programa Comisarías de la Mujer, hoy convertido en una red de servicios para la atención de sobrevivientes de la VIF.

También son un buen ejemplo las campañas contra la violencia hacia la mujer impulsadas por las organizaciones de mujeres, la incorporación del tema de la violencia contra la mujer en el modelo de atención en salud, y la conformación de la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia.

La estrategia definida para la sostenibilidad de la atención y prevención de la violencia intrafamiliar consistió en institucionalizar la VIF en el Ministerio de Salud (MINSA), y fue asumida en un principio como línea de trabajo por la Dirección de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Otra estrategia ha sido la alianza con otros programas o direcciones dentro del MINSA, como Vigilancia Epidemiológica, Sistemas de Información y el Programa Nacional de Salud Mental.

La capacitación, a miles de funcionarios de salud y a numerosas redes locales, constituye la columna vertebral del proceso de construcción del modelo VIF, junto con el trabajo intersectorial. En esta misma línea, el MINSA se ha involucrado, a nivel nacional y local, con las redes y comisiones territoriales de lucha contra la violencia intrafamiliar, en un trabajo articulado con ONGs, el Sistema Judicial, la Policía Nacional y otros Ministerios del Estado.

Con el Proyecto se contribuyó a la conformación y puesta en marcha de cuatro comités especializados de VIF: detección, prevención, atención y sanción. El Ministerio de salud participa en los tres primeros. Otro resultado es que el estudio sobre representaciones sociales en masculinidad, género y VIF, con personal masculino, es la primera experiencia de generación de conocimientos sobre el tema, en el sector salud.

Dentro de los obstáculos y retos del Proyecto destacan el dejar explícito el componente de Violencia Intrafamiliar en la reglamentación de la Ley General de Salud y en los planes de formación de los recursos humanos. Mantener y consolidar el trabajo intersectorial a nivel nacional y local también constituye un reto considerable, lo mismo que el incorporar la Hoja de Notificación Obligatoria de la variable VIF, para vigilancia epidemiológica.

En el año 2003, nuevas autoridades de salud plantean una revisión y formulación de las Políticas Nacionales de Salud y la elaboración del Plan Nacional de Salud para los siguientes 15 años, y el tema del enfoque de género queda inserto en estos planteamientos. El Proyecto "Reduciendo las Inequidades de Género en Salud en Centroamérica" apoya en este proceso, al igual que en introducir la visión holística de equidad de género en salud dentro del proceso de Reforma de Salud que el país ha venido desarrollando.



En este contexto, el Ministerio de Salud ha avanzado en la incorporación del abordaje de la violencia y su vigilancia a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Específicamente, la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, ha sido el marco para incorporar el tema de género, con enfoque de ciclo de vida y de derechos. Se plantea “el tema de género, derechos y sexualidad, dirigidos a hombres y mujeres con y sin discapacidad, como ejes transversales”.

Uno de los mayores logros en Nicaragua ha sido el fortalecimiento del tema de género en el nivel local, trabajando con nueve SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), que son Estelí, Madriz, Nueva Segovia, León, Chinandega, Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Managua, Masaya y Matagalpa. Los SILAIS de Masaya, RAAS y Chinandega se destacan por haber logrado fortalecer las redes contra la violencia o comisiones territoriales. En esto le han apoyado el Proyecto “Reduciendo Inequidades” de OPS, la Red de Servicios de las Comisarías existentes en estos territorios y el Proyecto PROSILAIS.

Un logro relevante ha sido la incorporación de la estrategia de género en la atención primaria en salud mental, en lo cual ha estado trabajando un grupo interprogramático sobre violencia en el que participan las áreas de salud sexual y reproductiva, salud mental y vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud. Ya los equipos de salud mental fueron capacitados en violencia basada en género y en el tema de abuso sexual y están atendiendo casos en sus consultas externas. En este proceso, se ha intercambiado experiencias con Honduras, país pionero en la atención de la violencia intrafamiliar como parte de los servicios de salud mental de la Secretaría de Salud.

El Instituto de la Mujer, por su parte, avanzó en el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, Niñez y Adolescencia, logrando desarrollar los 21 perfiles del Plan en materia de detección, atención, prevención y sanción. En este sentido, se apoyó la revisión técnica de los perfiles de estos proyectos.

En el campo estadístico, se fortaleció el Sistema de Indicadores de Equidad de Género (SIEG), realizando un Curso de Post-Grado sobre Estadísticas de Género con la Universidad Centroamericana (UCA), especialmente en la parte correspondiente a salud. El SIEG se ha constituido en un proyecto de cooperación interagencial del Sistema de Naciones Unidas.

En términos generales, Nicaragua ha profundizado su trabajo en materia de equidad de género, ha mejorado sus políticas en este tema, tiene un

sistema de vigilancia en salud más sensible ante la equidad de género, está intercambiando información y experiencias con los demás países del área y está participando en la iniciativa de la Biblioteca Virtual de Género y Salud (GENSALUD), entre otros esfuerzos importantes.

Principales logros en Panamá

Las transformaciones sociales, económicas y políticas que sufrió Panamá entre 1998 y 2003 han influido en el desarrollo de los procesos de institucionalización de la atención integral de la violencia en todos los niveles, especialmente en el sector salud.

El Primer Plan Mujer y Desarrollo es el resultado del esfuerzo que el movimiento de mujeres ha hecho para que se incluyan las situaciones que atentan contra los derechos de las mujeres, en la agenda gubernamental. El proceso posterior de evaluación y construcción asumido por el MINJUNFA dio como resultado el Plan de Igualdad para la Mujer en Panamá (PIOM II) 2002-2006.

En el período 1998-2003 ocurrieron grandes avances en el tema de género y violencia intrafamiliar, empezando por la creación del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MINJUNFA) en 1998. Por primera vez es electa una mujer como Presidenta de la República, y en 1999 se aprueba la Ley 4 de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. En el órgano judicial, el sector femenino alcanzó un 22% de magistradas y un 37% como defensoras, al tiempo que aumentó el número de juezas.

Durante el 2000, en la reunión de Presidentes Iberoamericanos se aborda el tema de niñez, adolescencia, VIF y género; se aprueba una ley sobre el lenguaje no-sexista en los textos escolares; el Gabinete Social publicó "Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004", cuyo objetivo es fomentar la organización y administración de servicios que viabilicen el desarrollo de la igualdad de oportunidades en los programas y servicios de salud. Los avances más destacados sobre género para el 2001 son la aprobación del Protocolo de la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), la conformación del Sistema de Capacitación en Género por decreto, y la entrada en funcionamiento de la Red de Mecanismos Institucionales de Oficinas de la Mujer (43 instituciones gubernamentales).

Panamá fue el primer país que institucionalizó el sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar en el sector salud. La descentralización de Puntos Focales de Género en el país es un logro importante para promover la transversalización de la equidad de género.

Fuente: OPS/OMS

Además se implementaron servicios de orientación familiar y legal, así como una línea de auxilio para mujeres maltratadas en MINJUMNFA. La Secretaría de la Mujer se ha integrado en casi todas las juntas directivas de los sindicatos de la Secretaría General de la Central Obrera, y se formó la comisión intersectorial contra la violencia intrafamiliar y la convivencia ciudadana. Asimismo, en 2002 destacó la presentación del Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM) a la Presidenta de la República por organizaciones gubernamentales y ONGs.

En Panamá existe una ley formulada y reformada, que reconoce la violencia doméstica como un delito, define responsabilidades del sector salud y otros sectores, promoviendo un abordaje integral. Además, en las políticas nacionales de salud, la violencia se enfoca como un problema de salud que debe ser abordado y apoya las acciones que fortalezcan el modelo de atención.



Se ha despertado en la población panameña una actitud más activa de apoyo a las acciones no violentas, a las personas que viven situaciones de violencia. La formación de redes comunitarias fomentó la participación de actores de todas las edades y sectores en la prevención de violencia y promoción de formas de convivencia no violentas.

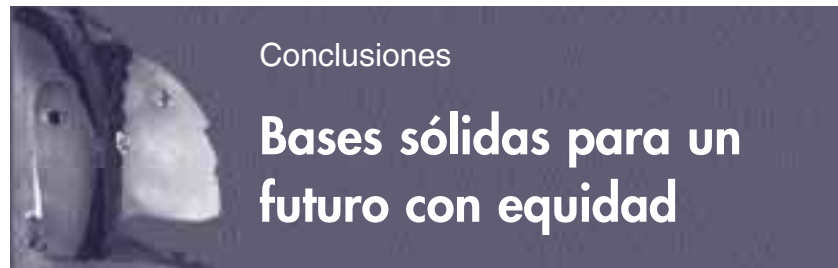
Por otro lado, el Proyecto ha fortalecido la planificación y ejecución de acciones comunes con otros sectores, dando como resultado alianzas estratégicas. Una forma organizativa favorable para el monitoreo y seguimiento de los procesos a nivel de las regiones de salud se ha logrado a través de la designación de puntos focales y conformación de comisiones regionales o locales.

Las investigaciones de la Ruta Crítica, las Respuestas Sociales ante la Violencia y los diagnósticos de situación fueron una gran contribución metodológica y de conocimiento para las autoridades de salud en la toma de decisiones. Además, Panamá cuenta con un sin número de profesionales de todas las disciplinas y sectores sensibilizados y capacitados en el abordaje de las personas sobrevivientes de violencia, a nivel individual o grupal.

El modelo de atención ha fortalecido acciones interprogramáticas que reconocen otros problemas de salud de las mujeres como salud mental, salud sexual y reproductiva (SSR), nutrición, efectos de los plaguicidas en los varones, como las manifestaciones de violencia social y problemas de SSR, entre otros.

En materia de manejo de información, cabe destacar la nueva versión del informe "Clara González", un diagnóstico de la situación y condición de la mujer panameña.

En definitiva, el país ha dado pasos importantes en el abordaje de la equidad de género en salud, y muestras del interés por continuar avanzando hacia el manejo integral de este tema como un problema de salud pública.



Centroamérica cuenta con una sólida plataforma para continuar trabajando y lograr saltos importantes que garanticen una oferta de salud con equidad para hombres y mujeres. Esta solidez parte de un marco político y técnico que hoy día está preocupado por integrar el enfoque de género en las políticas, planes y programas nacionales y sectoriales relacionados con la calidad de vida de las personas y su derecho a la salud.

Las políticas, las leyes, los modelos de atención integral, los protocolos y normas, los sistemas de información, los mecanismos de información y educación, y las redes intersectoriales que se han conformado constituyen, entre otros, instrumentos claves para que los países avancen con mayor seguridad hacia metas de equidad de género en salud.

Sin duda, los proyectos “Hacia un modelo integral de prevención y atención a la violencia intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil” y “Reduciendo las Inequidades de Género en Salud”, han sido de los más innovadores en la historia sanitaria centroamericana. Como producto de las acciones de estos proyectos y del interés nacional, actualmente todos los países de Centroamérica cuentan con políticas, leyes y programas efectivos de atención integral a la violencia intrafamiliar y a la violencia sexual, así como con acciones preliminares para trabajar en el tema de equidad de género en salud como una prioridad de salud pública.

Centroamérica en pleno (el Estado y la sociedad civil) han venido concentrando esfuerzos prevenir y atender estos problemas, sumando cada vez más actores al trabajo de género y salud, desde ONGs e institutos de la mujer, hasta la policía y las oficinas de estadísticas, además de parlamentarios, universidades, grupos comunales y muchos otros. Las

lecciones aprendidas en la atención a la VIF de manera integral, han facilitado ventanas de entrada para el tema de la equidad de género en salud, el cual está hoy mejor posicionado en las agendas nacionales, en la programación y en las políticas del sector salud.

Corresponde, de aquí en adelante, consolidar y reforzar todo este trabajo, congruentes con la Metas de Salud para Todos de la OPS/OMS, y con los Objetivos del Milenio. Y consecuentes también con las políticas de desarrollo, de salud pública y de reducción de la pobreza de los países centroamericanos.

Será necesario movilizar más recursos financieros, políticos y técnicos para continuar esta labor, asegurando que las políticas de equidad de género en salud sean parte de las prioridades nacionales, promoviendo que se continúe produciendo evidencia y estadísticas que faciliten la adecuada toma de decisiones en el tema de género y salud, produciendo información y material técnico útil, y motivando el trabajo conjunto e intersectorial en esta materia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) continuará impulsando el trabajo integral para la reducción de las inequidades de género en salud, e incorporando transversalmente el tema en sus diferentes iniciativas de cooperación técnica y en el sistema interagencial de Naciones Unidas. No obstante, la tarea más relevante la harán los países centroamericanos, liderados en este tema por el sector salud. Son ellos los llamados a trazar una cultura más equitativa, pacífica y armoniosa, donde las personas sanas y en igualdad, sean el soporte de una sociedad más justa y productiva. En lo relativo a la equidad de género en salud, las primeras bases están edificadas. Continuemos fortaleciendo esta plataforma.

Bibliografía

Cooperación Técnica para Construir la Equidad de Género en Salud, Memoria 1990-1996. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 1998.

Equidad de Género y Salud en las Américas, Elementos para un Diagnóstico. Unidad de Género y Salud de la OPS/OMS. Washington D.C., 2004.

Estado de la Región 2002. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Costa Rica, 2003.

La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 2003.

La Violencia contra las Mujeres: responde el sector salud. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Washington D.C., 2003.

Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública N°10. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. Costa Rica, 2001.

Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres. Unidad de Género y Salud de la OPS/OMS. Washington D.C., 2004.

Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos Humanos en las Américas. Informe Final. UNIFEM-UNICEF-FNUAP-OPS/OMS-PNUD-CIM/OEA-ISIS Internacional-Centro de Investigación en Salud de las Mujeres-RSMLAC-ACDI. México, 2001.

Situación de los Servicios Médico-Legales y de Salud para Víctimas de Violencia Sexual en Centroamérica. Serie Género y Salud N°14. Unidad Género y Salud de la OPS/OMS. Costa Rica, 2003.

Informes y documentos

Estudio de Proyecto "Salud en Conglomerados Humanos en América Latina", 2000. Instituto Centroamericano de la Salud, Universidad South Bank del Reino Unido y Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, con financiamiento de la Unión Europea.

Informe Final Reunión de Centroamérica y el Caribe sobre la Atención a la Violencia Intrafamiliar (Puerto Príncipe, Haití 2001). OPS/OMS, Costa Rica, 2002.

Informe Final Reunión de Intercambio de Países de Centroamérica sobre la Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar (Belice, 2001). OPS/OMS, Costa Rica, 2002.

Informes de Evaluación del Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil". Años 1998, 1999, 2000, 2001. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Informe Final de Evaluación del Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil. 1998-2002". Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Planes de Acción del Proyecto "Hacia un Modelo para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil". Años 1998, 1999, 2000, 2001 y 2002. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Informes de Evaluación del Proyecto "Reduciendo Inequidades de Género en Salud en Centroamérica. Años 2002 y 2003. Unidad de Género y Salud de la OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Planes de Acción del Proyecto "Reduciendo Inequidades de Género en Salud en Centroamérica. Años 2003 y 2004. Unidad de Género y Salud de la OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Entrevistas

- María del Rocío Sáenz Madrigal, Ministra de Salud de Costa Rica.
- Marcela Suazo, Ministra de la Condición de la Mujer Honduras, Presidenta Comisión de Mujeres Ministras de Centroamérica (COMMCA) 2004.
- María Isabel Rodríguez, Rectora Universidad de El Salvador, UES.
- Miguel Gutiérrez Saxe, Coordinador del Programa Estado de la Nación y del Informe Estado de la Región, 2005.
- Eugenio Meléndez, Coordinador del Centro de Atención de Hombres de Panamá.
- Laura Guzmán, Directora del Centro de Investigación de Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, Coordinadora de la Biblioteca Virtual Género y Salud de Centroamérica.
- Irma Rodríguez, Subgerente del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala.
- Cathy Cuéllar, Coordinadora Unidad Género, Etnia y Salud de OPS/OMS en Centroamérica.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



NORAD

DIREKTORATET FOR
NORSKEBARNEMÅLING
NORWEGIAN AGENCY FOR
DEVELOPMENT COOPERATION

