

Introducción

En años recientes el concepto de *género* ha irrumpido en la agenda de los gobiernos y de los organismos multinacionales. Aun cuando en la actualidad el enfoque de género es considerado fundamental, la definición de las políticas públicas –entre ellas las de salud–, no ha tenido todavía el efecto deseado en la formulación y mucho menos en la implementación de acciones que verdaderamente impulsen la equidad de género. Esto se debe en parte a que este tema no es neutro en ninguna sociedad, ya que cuestiona la visión estereotipada de un mundo que valora de forma diferente el quehacer de los varones y las mujeres, y da, por lo general, más peso a lo relacionado con los primeros. Sin embargo, en virtud de que las mujeres son las protagonistas principales de muchas políticas públicas, por ejemplo, en el campo de la educación y la salud, es en éstas en donde se ha procurado imprimirles un enfoque de género con resultados todavía por evaluar.

Una de las formas que emplea el Estado para relacionarse con la sociedad son las políticas públicas. Éstas se definen como las acciones controladas por el aparato estatal y que afectan tanto el espacio público como el privado. Su objetivo principal es impulsar el desarrollo y alcanzar mejores niveles de vida para la población en los distintos sectores de una sociedad. Por una parte, se refieren a la acción del gobierno en sus distintas dimensiones: los contenidos, la elaboración, aplicación e impacto de estas políticas y las diversas acciones gubernamentales relacionadas a las mismas; la estructura institucional, la característica de los distintos actores, los instrumentos utilizados en el accionar gubernamental, los problemas y condicionantes que se enfrentan en cada proceso, entre otros. Todo esto, como un proceso para mejorar la calidad y nivel de vida, y el bienestar social a través

de las agencias, programas, e instituciones en los distintos niveles de gobierno. Por otra parte, las políticas públicas se refieren a las acciones de los distintos niveles de gobierno, aparatos administrativos, instituciones de interés público, organismos internacionales, organizaciones sociales y partidos políticos vinculados con el diseño, aplicación y evaluación de políticas.

En los últimos años se ha observado en el ámbito de las políticas públicas, tanto al interior de los países como a escala internacional, un impulso a la creación de estrategias con enfoque o especializadas en distintos factores sociodemográficos, la equidad social y de género, el desarrollo sustentable, entre otros. Con este enfoque se pretende lograr una mejor incorporación de las variables sociodemográficas a las políticas y estrategias de desarrollo en sus distintas dimensiones: social, económica, política y ambiental, así como ampliar la capacidad de formular políticas y programas que incorporen variables de población en las grandes metas de desarrollo de los países. Como resultado de esta tendencia se desarrollan las políticas públicas especializadas en distintos factores o temas de la vida social, como son: la educación, la vivienda, la atención a los adultos mayores, a las personas con discapacidad, a los grupos vulnerables, entre otros. Todo ello con la finalidad de eliminar a la pobreza y la discriminación, y promover la equidad para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la sociedad.

Género y políticas públicas

En las ciencias sociales el concepto *género* ha sido definido como el sistema prevaleciente de papeles sociales, expectativas y estatus del hombre y la mujer en determinada sociedad o cultura (Lamas, 1995). Este sistema afecta tanto la forma en la cual la socie-

dad valora en conjunto al hombre y a la mujer, como la manera en que el hombre y la mujer se ven a sí mismos y se relacionan uno con el otro en el nivel personal. Es decir, se refiere a relaciones que surgen de distintas construcciones sociales y culturales, construidas a lo largo del tiempo en cada sociedad, independientemente de las diferencias biológicas y físicas que existen entre cada sexo.

La década de los años cincuenta y sesenta fueron el escenario de una gran preocupación por el crecimiento de la población. A la par de este fenómeno, los movimientos sociales ganaron un espacio en el espectro social. Uno de los movimientos que emergieron con más fuerza fue el relacionado con las mujeres y la equidad de género. Si bien desde las décadas de los sesenta y setenta¹ las organizaciones de mujeres empezaron a tener una presencia en el panorama social, no es sino hasta los noventa cuando logran, con la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994) y con la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, China, 1995), colocar en el plano internacional la discusión sobre las relaciones de género.

En el campo de la salud, en la conferencia de El Cairo las mujeres llamaron la atención sobre el enfoque que se utilizaba en los servicios de salud, en donde eran vistas sólo en su dimensión reproductiva. El origen de este énfasis era la preocupación por el crecimiento de la población, el cual estaba directamente asociado con la pobreza en los países en vías de desarrollo (Merrick, 2002). En este contexto de las políticas públicas en salud –empeñadas en controlar el tamaño de la población mediante actividades que se concentraban en las mujeres– y a partir de la presión ejercida y el constante trabajo de los movimientos de mujeres, se propuso aplicar en los servicios de salud el concepto de salud reproductiva, el cual incluye otros aspectos esenciales para las mujeres. Es decir, se pretendió que las acciones de salud

no se limitaran a la planificación familiar, con el objetivo específico de disminuir las tasas de crecimiento poblacional, sino contemplar a las mujeres a lo largo de su ciclo de vida. En este contexto, en la conferencia de El Cairo se plantearon cuatro temas de vital importancia para las mujeres: la prevención de la maternidad sin riesgo y del aborto practicado en malas condiciones; el aumento de la participación y responsabilidad masculina; la atención a la planificación familiar y, por último, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el combate contra el VIH/SIDA. En resumen, el concepto de salud reproductiva incluye no sólo acciones para controlar el crecimiento de la población sino que se considera el acceso a la información como un elemento clave para que las mujeres decidan sobre su propio cuerpo. Por otra parte, el acceso a los métodos anticonceptivos es definido como un elemento que promueve la capacidad de decisión de las mujeres sobre su capacidad de reproducción, sin embargo no garantiza el cambio en las actitudes de las mujeres y los hombres para una mayor equidad de género (Sen *et al.*, 1994). El problema de las políticas de salud sexual y reproductiva, entonces, no sólo se define en términos técnicos o de acceso a los servicios de salud, sino en la forma en que las personas viven su propia salud sexual y su reproducción.

A partir de estos conceptos, las políticas públicas en diversos países han tratado de reflejar los distintos cambios que han sucedido en la sociedad; entre ellos, incorporar un enfoque de género, el cual persigue la equidad entre varones y mujeres. Así, al perfilarse cambios fundamentales como la transición social, la transición demográfica, la transición epidemiológica, las políticas públicas a su vez deben adecuarse o crear nuevas opciones que respondan a las nuevas características dentro de una sociedad para cada uno de los grupos sociales que la conforman.

En cuanto a la transición social en México, se observa, por ejemplo, la integración cada vez mayor de las mujeres al mercado laboral. También se ha pre-

¹ En 1967 se dio a conocer la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y en 1975 se realizó la primera Conferencia Mundial de la Mujer.

sentado un crecimiento de los hogares monoparentales y con jefatura femenina. En las últimas décadas, la tasa de participación laboral de las mujeres ha crecido de manera consistente y en mayor proporción que la de los hombres, en especial a partir de los años ochenta (García y Oliveira, 1994). De esta manera, la tasa de participación de las mujeres en la economía ha pasado de 17.6% en 1970 a 31.5% en 1991, hasta acercarse a 36% en 1999 (INEGI). Por información de los censos, se sabe que los hogares con jefatura femenina aumentaron de 15.3% en 1970 a 17.2% en el 2000. Estos datos reafirman lo mencionado con anterioridad y muestran cambios importantes dentro de la estructura familiar y de la sociedad en el país.

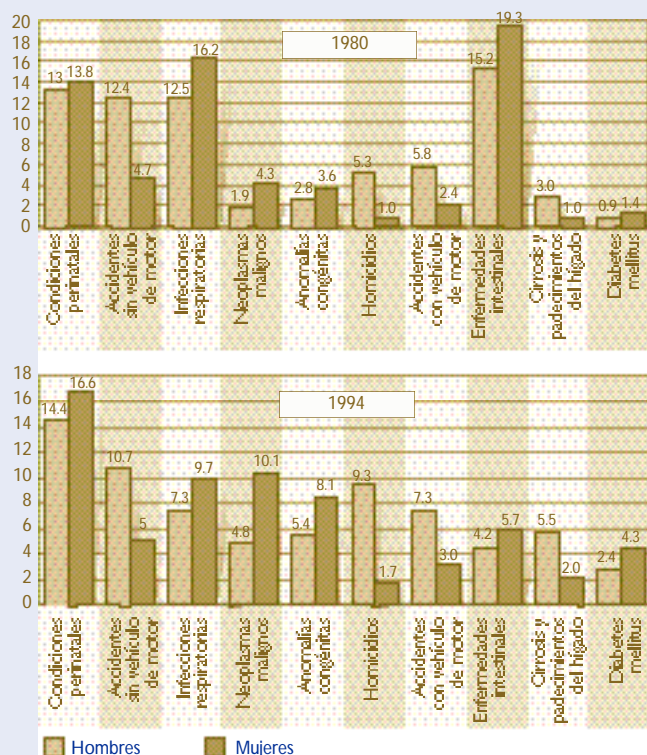
En la transición demográfica se observa que poco a poco ha cambiado la estructura piramidal de la población debido a la notable disminución de la tasa de fecundidad y de las tasas de mortalidad. Esto ha ocasionado una ganancia sobresaliente en la esperanza de vida al nacer, con el consecuente incremento en el número de adultos mayores. El censo de población de 2000 registra una población de 97.4 millones de habitantes en México; de ellos, 51% son mujeres (Conapo, 2000). De acuerdo con este mismo organismo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 60.9 años en 1970, a 70.8 años en 1990, hasta llegar a 75.3 años en el 2000. Esto último se ha logrado fundamentalmente por el descenso tanto de la mortalidad infantil como de la mortalidad materna. En este sentido, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas: de 9.5 defunciones por 10 mil nacimientos registrados en 1980, a 4.7 en 1997. A su vez, la mortalidad infantil se ha reducido también: de 76.8 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en 1970, a 53.1 en 1980, luego a 38.1 en 1990 y a 24.9 defunciones en 2000. Otro cambio sobresaliente se presenta en la disminución acelerada, a partir de la década de los setenta, de la tasa global de fecundidad (TGF).² Ésta

² La tasa global de fecundidad es el promedio de hijos que una mujer tendría durante su vida reproductiva.

pasó de 6.7 en 1970 a 3.2 en 1990 (Conapo, 2000). Este descenso continuó en los noventa. Para el año 2000, la TGF se calculó en 2.4 hijos por mujer. La constante reducción en la fecundidad y en la mortalidad ha causado cambios trascendentales en la pirámide poblacional. En México se comienzan a presentar los patrones de las naciones desarrolladas, en las cuales el grupo poblacional de adultos mayores se incrementa, mientras que los grupos de menor edad (0-14 años) disminuyen; es decir, se empieza a tener un envejecimiento creciente de la población. Aun cuando hay todavía un incremento notable en el sector de la población económicamente activa (15-64 años), con un porcentaje de 2.45 anual, en términos relativos ha sido más significativo el incremento de los adultos mayores, que se estima en 3.92% al año (Conapo, 2000).

En términos de la transición epidemiológica, las causas de muerte y la incidencia de las principales enfermedades se ha modificado también en las últimas décadas. En general, las causas más frecuentes de fallecimientos son las enfermedades cardiovasculares, los neoplasmas malignos, la diabetes mellitus y los accidentes. Sin embargo, estos padecimientos no afectan a ambos sexos por igual. Si se toma en cuenta el porcentaje de años de vida perdidos según el sexo, se puede observar que entre 1980 y 1994 los años de vida perdidos por males intestinales e infecciones respiratorias han disminuido de manera notable, al tiempo que aquéllos perdidos por la cirrosis y otras afecciones del hígado, la diabetes mellitus y los neoplasmas malignos se han incrementado drásticamente. También hay que anotar que para ambos momentos, las diferencias entre sexos han sido importantes (OPS, 1998) (figura 1).

Para 1994 se observan importantes diferencias en el porcentaje de años de vida perdidos según el sexo. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se percibe en los accidentes de vehículos de motor y sin motor y los homicidios. Esta tendencia se revierte cuando se consideran causas como las infecciones respiratorias y las enfermedades intestinales, en las

Figura 1. Porcentaje de años de vida perdidos, según sexo, 1980 y 1994FUENTE: *Health in the Americas*, 1998, vol.2, OMS

En la mayoría de los países la incorporación de la perspectiva de género a la agenda pública es un producto de años de esfuerzo

cuales las mujeres pierden un mayor porcentaje de años de vida.

Existe una gran necesidad de desarrollar políticas públicas y programas que enfrenten estos cambios, teniendo en cuenta las necesidades o carencias de grupos específicos de la población, con un enfoque de género y de ciclo de vida. Es decir, que se atiendan los problemas de la población no sólo en función del sexo, sino también de las características sociales y culturales propias de hombres y mujeres. Además, es necesario que estos problemas se vean con una clara idea de que los grupos de edad se refieren no sólo a eventos cronológicos, sino también a distintas etapas de la vida: nacimiento, vida productiva, reproductiva, adultos mayores, etcétera.

Las mujeres en las políticas públicas en salud

En la mayoría de los países la incorporación de la perspectiva de género a la agenda pública es un producto de años de esfuerzo y lucha por la legitimidad de movimientos de distintos grupos dentro de la sociedad. Aunado a esto existe un creciente interés por la investigación en estos rubros y por la generación de conocimiento sobre las relaciones de género y las diferencias entre las oportunidades de hombres y mujeres en sociedades específicas. Al mismo tiempo, se ha necesitado de un creciente consenso internacional sobre la importancia y la necesidad de contar con una mayor equidad en los procesos y políticas públicas de desarrollo, diferenciando las necesidades de grupos específicos de la población. Esta lucha constante se ha traducido en un mayor compromiso por la equidad y la igualdad de género.

Junto con estos esfuerzos, es indispensable terminar con las prácticas discriminatorias existentes entre cada uno de los grupos de la sociedad. Algunas de las más preocupantes se encuentran en las relaciones de género, pobreza y empleo, así como en las relaciones de poder que se ejercen entre los actores sociales. Estas prácticas se traducen de varias maneras, como la desigualdad de género en la legislación;

por ejemplo, a través del derecho de propiedad, uso y control sobre la tierra, las leyes laborales, entre otras. Además, y el cual es de particular importancia para este documento, la sociedad ha asignado a las mujeres un papel dedicado a la reproducción, dejando de lado la responsabilidad de las mujeres en otros ámbitos del quehacer social.

Es importante estudiar el tema de la salud reproductiva a la par del movimiento de las mujeres y del concepto de género. En los últimos años, actos como la adopción de la propuesta de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo han sido propiciados por el fortalecimiento de la capacidad de negociación de los movimientos de mujeres y de equidad de género. Aquí se resalta la necesidad de la existencia de un organismo gubernamental que oriente la política de género, así como la de programas enfocados a mujeres dentro de las acciones de los ministerios de salud. Con la instalación y el funcionamiento de estos programas, se puede corroborar la trascendencia que ha cobrado cada día el tema de las mujeres y, en años más recientes, la equidad de género. Además, ello muestra los esfuerzos que se han hecho desde los gobiernos para el cumplimiento de los acuerdos internacionales. Las mujeres han sido el centro de diferentes políticas públicas en salud. La primera vez que las mujeres se convirtieron en un grupo objetivo fue con las políticas de planificación familiar a lo que siguió el enfoque de la salud materno infantil y, finalmente, en los años noventa se comenzó a aplicar el enfoque de la equidad de género.

En siglo XX fueron varias las experiencias en las políticas de población. En un primer momento se pasó de modelos pronatalistas o sin preocupación alguna en el crecimiento de la población a modelos que buscaban disminuir las tasas de crecimiento, en particular en los países en vías de desarrollo. Hasta los años sesenta, las políticas de población en Latinoamérica eran abiertamente pronatalistas. Sin embargo, la preocupación del crecimiento poblacional ligado a la pobreza hizo que la política cambiara a la del control natal. En Latinoamérica, desde que se

iniciaron las políticas de planificación familiar, se han tenido experiencias contrastantes debido a las diferencias culturales, sociales y económicas, sumadas a los diferentes momentos que cada nación ha atravesado en la transición demográfica. Por ejemplo, la población indígena en México, una población particularmente vulnerable, presenta una fecundidad mucho mayor que el resto de la población. La TGF en la población hablante de lengua indígena para el periodo de 1992 a 1996 fue de 4.7. En este mismo periodo, la TGF para la población no indígena era de 2.8 (Fernández y Salas, 2001).

Este proceso de cambio demográfico y social tuvo como característica adicional la extensión de los servicios de salud en todos los países de la región, al cubrir poblaciones que antes no eran atendidas por el sistema formal de salud³. En estos años, las políticas de planificación familiar fueron la estrategia para “combatir” el crecimiento poblacional y su vínculo de asociación con la pobreza imperante en el área. Estas políticas se enfocaron de manera principal en reducir la fecundidad de las mujeres con programas dirigidos específicamente a ellas, ignorando la trascendencia de dirigirse de manera simultánea a los hombres.

Las políticas focalizadas en mujeres en México

En México se fundó en el año 2001 el Instituto Nacional de las Mujeres, que tiene como antecedente la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer, la cual dependía de la Secretaría de Gobernación. El Instituto Nacional de las Mujeres es un organismo público descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión. El objetivo general del Instituto es “promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre los géne-

³ Esto se refleja en la disminución de las tasas globales de fecundidad

ros, el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país” (Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, 2001).

Por otra parte, en el ámbito de las dependencias del gobierno federal, la Secretaría de Salud (SSA) creó el Programa Mujer y Salud, el único que cuenta con un enfoque integral de género. Por medio de este programa se pretende promover acciones desde la SSA en búsqueda de la equidad de género. Dentro de la estructura orgánica de la SSA también se cuenta con la Dirección de Salud Reproductiva, la cual tiene su origen en la Dirección de Planificación Familiar, pero que ha cambiado su marco de acción de la planificación familiar a la salud reproductiva. Como aspecto importante, México cuenta con el Conapo, que es una entidad gubernamental con la función de planear y llevar a cabo la política de población en el país y la cual se encarga, entre otras cosas, de la difusión de conceptos de planificación familiar en las entidades federativas. De esta manera, como parte de la estructura del Conapo existen los Consejos Estatales de Población (Coespo), los cuales se articulan con las agencias locales de salud para la puesta en práctica y el seguimiento de las políticas y programas de población en el contexto estatal.

Otro esfuerzo en el campo de las acciones enfocadas a distinguir las diferencias entre hombres y mujeres como herramientas para el diseño de políticas, ha sido la creación de indicadores específicos sobre las condiciones de las mujeres tanto en el ámbito nacional como internacional. En México, esta labor la lleva a cabo el INEGI, mediante el Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (Sisesim). Éste constituye una de las formas para atender las demandas de información de los distintos sectores de la sociedad interesados en conocer, promover y mejorar la condición de las mujeres.

Además de estas acciones oficiales, otros actores muy importantes en el desarrollo de la salud reproductiva han sido las organizaciones no gubernamentales (ONG). En el caso de América Latina, en gran

medida las ONG han venido a reemplazar el quehacer que corresponde a los servicios oficiales de salud. En México, existe una enorme variedad de ONG, entre las que se destaca Mexfam, la cual se ha encargado de atender a las poblaciones de escasos recursos que el sector público no cubre en las zonas urbanas y rurales. Uno de los principales objetivos de esta organización es contribuir a satisfacer la necesidad insatisfecha de planeación familiar entre la población marginada, urbana y rural, así como la de difundir la nueva cultura de la salud sexual entre los jóvenes. El último objetivo es ofrecer servicios médicos de calidad y vanguardia, en especial en salud sexual y reproductiva. Mexfam cuenta con 22 clínicas especializadas y 250 centros médicos comunitarios. A diferencia de los esquemas de reforma del sector salud en otros países, en los cuales el sector público puede comprar servicios a prestadores tanto públicos como privados, el esquema de financiamiento público en México no canaliza recursos a las ONG, por lo que organizaciones como Mexfam dependen de la demanda de atención de sus usuarias y usuarios y de la búsqueda de fondos externos.

Una opción para atender las necesidades de salud de las mujeres: el Programa Mujer y Salud

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND) que señala la necesidad de eliminar todo tipo de desigualdad e inequidad en los ámbitos regionales, sociales y culturales, particularmente la desigualdad de género, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) incluye dentro de sus principales retos la equidad, la calidad en los servicios de salud, y la protección financiera. Para alcanzar la equidad de género, el PNS considera entre sus estrategias para vincular a la salud con el desarrollo, la creación del Programa Mujer y Salud (Promsa). Este programa es una iniciativa innovadora que pretende incorporar la perspectiva de género en todas las políticas de salud, intenta ayudar a reducir las inequi-

dades de género y lograr que sean atendidas las necesidades específicas de las mujeres y los hombres a lo largo de su ciclo de vida, para que estén en condiciones de desarrollarse plenamente. Por estar en casi todas las esferas en desventaja, el Promsa busca llevar a cabo acciones afirmativas a favor de las mujeres, de allí su nombre. También planea atender la problemática de las mujeres trabajadoras del sector y apoyar a la mujer como proveedora de servicios de salud en el ámbito doméstico y comunitario. Además, tiene como una de sus finalidades hacer investigación para generar información relevante sobre este tema. Podemos afirmar que este programa es una iniciativa importante que requiere para poder cumplir con sus objetivos de grandes esfuerzos en cooperación transversal de todas las instituciones y actores del sector: tomadores de decisiones, planeadores de políticas y programas, prestadores de servicios de salud en la totalidad de las unidades médicas.

El objetivo general del Promsa es contribuir a la reducción del impacto de las inequidades de género que se traducen en riesgos particulares para la salud de las mujeres y los hombres, aquellas que ponen en desventaja a las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud, así como de las que limitan el desarrollo de las mujeres tanto como prestadoras de servicios formales de salud, como de quienes prestan estos servicios de manera no formal.

Entre sus objetivos específicos, el programa pretende integrar la perspectiva de género en las actividades y acciones diarias de las instituciones del sector salud: contribuir al mejoramiento de la salud de la población a través de la incorporación de género a los programas de control y prevención de enfermedades, y de la calidad de la atención derivada del reconocimiento de las particularidades de género en el proceso salud-enfermedad-atención; hacer aportaciones a la reducción de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres; contribuir a la identificación de los distintos factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de calidad en la atención que determinan las diferencias en el estado de

salud por sexo; impulsar la eliminación de la discriminación por razones de género entre las y los trabajadores de la salud, y disminuir la carga que para las mujeres representa la desigual distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud en el hogar y la comunidad, la cual está aumentando de manera significativa conforme avanzan las transiciones demográfica y epidemiológica.

El Promsa tiene cinco componentes sustantivos y un componente instrumental. Los primeros son:

1. **Institucionalización de la perspectiva de género.** Este componente pretende integrar la perspectiva de género al tiempo que se desarrollen políticas de equidad en la totalidad de las instituciones que conforman el sector salud. Esto implica revisar y en caso necesario modificar las leyes, normas, políticas y presupuestos relacionados con el quehacer del sector. Ya que la institucionalización de la perspectiva de género implica una transformación total del ejercicio institucional, es necesario que el cambio ocurra de manera transversal.

2. **Salud de las mujeres.** Este componente promueve una visión de la salud de la mujer con un enfoque de ciclo de vida, que incluye como elemento esencial la salud sexual y reproductiva, pero que va mucho más allá de ésta; es decir, que enfatiza el enfoque de género haciendo hincapié en los problemas o aspectos relevantes para la salud de las mujeres, para los que no se han diseñado políticas públicas específicas, o que no han sido atendidos de manera suficiente, coordinada y con calidad y eficiencia. Dentro de este componente se coordinan las acciones para prevenir y atender la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y se consideran problemas como la salud mental, las adicciones, y todos aquellos donde se detecten inequidades en su atención.

3. **Información e investigación.** Dentro de este componente el programa promueve la generación de información rigurosa desagregada por sexo y edad en las estadísticas relevantes para la salud de las mujeres, a lo largo del ciclo de vida. Para lograrlo se propone diseñar y aplicar un sistema de indicadores de

salud con enfoque de género que permita dar seguimiento al conjunto de acciones del PNS que cuenten con un componente de género o estén dirigidas a las mujeres. En cuanto a la investigación clínica y de salud pública, el programa documenta el papel que se otorga a la mujer en cuanto a los temas investigados, registra quiénes realizan estas investigaciones, evalúa la pertinencia de los resultados para la condición general de las mujeres y promueve en todo momento que se incluyan temas de interés y una perspectiva de género en las líneas de investigación.

4. **Mujeres prestadoras de servicios de salud.** Este componente tiene como objetivo central que la promoción de la participación laboral de la mujer tenga un reflejo claro en el campo de la salud. Por ejemplo, el diseño de políticas laborales y académicas afirmativas, asegurar que los programas de especialización tomen en cuenta las necesidades de las mujeres en el ámbito familiar, así como establecer políticas que protejan el trabajo de las mujeres en periodos de reproducción e incentiven la participación de los hombres en las tareas relacionadas con la carga de trabajo en el hogar y la salud familiar.

5. **Salud doméstica y comunitaria.** Este componente se propone luchar por la equidad de género en los cuidados de salud en el ámbito doméstico y comunitario. Por ello, impulsa políticas vinculadas al enfoque de participación comunitaria del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) para promover la participación de toda la familia en la protección de la salud de sus miembros, y facilitar el desarrollo pleno de las mujeres y hombres como individuos y como actores sociales. Las instituciones que conforman el actual Sistema Nacional de Salud fueron diseñadas hace cerca de 60 años para atender problemas agudos, y requieren de reformas y propuestas novedosas para ocuparse de la creciente demanda de atención ambulatoria de pacientes crónicos, cuyo cuidado está recayendo en los hogares, por lo que se convierten en una carga adicional en el ámbito doméstico, que repercute no sólo en el desarrollo sino en la propia salud de las mujeres, que son quienes suelen atenderlos.

Una de las estrategias del Promsa ha sido la creación del Consorcio Nacional Mujer y Salud, en el que participan las distintas instituciones del sector salud, los corresponsables de las políticas del sector, los sectores privado y académico, y las organizaciones de la sociedad civil que tienen una larga trayectoria en el campo de la salud de las mujeres. La aportación de cada una de las instituciones y organizaciones y la conjunción de esfuerzos legitimará la convocatoria y el mandato para definir las políticas, normas y programas de las instituciones públicas con el conocimiento, experiencia y reconocimiento, nacional e internacional del que gozan estas organizaciones privadas. Además, este esquema de colaboración puede resultar, por sí mismo, una experiencia digna de ser evaluada y replicada en caso de que sea exitosa. La cobertura de este Consorcio ha sido planteada como nacional y sectorial ya que incluye todas las instancias de la SSA y del Sistema Nacional de Salud. También pretende ser una iniciativa intersectorial que colaborará con dependencias que tienen un papel esencial en relación con la mujer y la salud, ya sea generando y procesando información u operando centros de atención o programas dirigidos, en especial, a los grupos más vulnerables. Asimismo, el Promsa podrá interactuar con instituciones de educación técnica y superior responsables de la formación de profesionales y trabajadores de la salud y con el sector privado que produce insumos para la salud de la mujer o que tiene tradición en apoyar financieramente programas y actividades para ello.

Avances y retos del Programa Mujer y Salud

El hecho de haber puesto en marcha un programa que por primera vez se centra en considerar las inequidades que las diferencias biológicas y de género entrañan, constituye en sí mismo un logro de enorme potencial para el sector salud. Este programa retoma muchas de las demandas que el movimiento de mujeres ha reclamado por más de 20 años, y pone al

día al sistema de salud al incluir los avances que desde las ciencias biomédicas y sociales han ido documentando la importancia de considerar un asunto tan evidente como la diferencia sexual, para incorporarlo de manera transversal en las políticas públicas.

Uno de los principales retos del Promsa es romper las resistencias que existen en los distintos ámbitos de sector, desde los más altos –de toma de decisiones– hasta el diseño, planeación y ejecución de los programas, la investigación y la provisión de los servicios. De manera prioritaria el programa busca avanzar en el proceso de elaborar presupuestos sensibles al género, tarea en la que el mundo entero está todavía en fases incipientes. Para ello se ha dado a la tarea –a través del componente de institucionalización de la perspectiva de género– de sensibilizar a los funcionarios, revisar los programas de acción; brindar apoyo técnico y capacitación y analizar la información existente para documentar la necesidad de que los presupuestos reflejen las necesidades diferenciales de hombres y mujeres a lo largo de su ciclo de vida.

El análisis de la información existente, así como los avances en la estructura misma de las fuentes de información que genera el sector, serán dados a conocer con comentarios y artículos editoriales en el boletín *Género y Salud en Cifras*, que sin duda constituirá, por un lado, una herramienta para la labor de sensibilización, y por otro, una fuente de información muy valiosa para la planeación de políticas, para usuarios y usuarias dentro del propio sector y para la investigación académica, para los activistas de las organizaciones no gubernamentales y los medios de comunicación, entre otros.

En colaboración con diversas instituciones académicas y con organizaciones de la sociedad civil, así como con algunas de las áreas interesadas del sector, se han empezado a trazar las líneas de investigación y acción que documenten la situación de las mujeres como proveedoras de servicios de salud, en los campos tanto profesional doméstico y comunitario, y planteen alternativas innovadoras para cerrar la bre-

cha de inequidad que hoy existe. La contribución de las mujeres a la atención de la salud de la población no ha sido valorada en términos cualitativos ni cuantitativos, pero las cifras que muestran los países que han incorporado este trabajo dentro de sus cuentas nacionales nos advierten su importancia en términos de las serias repercusiones que tiene no sólo en términos económicos, sino en la vida y la salud de las mujeres.

En lo que se refiere al componente de Salud de las Mujeres, en su fase inicial el Promsa ha concentrado sus esfuerzos en el tema de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Por fin se ha superado en México la etapa en la que se consideraba que la violencia intrafamiliar era un asunto del ámbito privado en el que las instituciones públicas no tenían ninguna responsabilidad. Ahora, por el contrario, convergen la voluntad política del Poder Ejecutivo, desde instituciones y sectores como el Instituto Nacional de las Mujeres, la SSA a través del Promsa, las secretarías de Gobernación, de Educación Pública, de Desarrollo Social y del Trabajo, el Consejo Nacional de Población y la Procuraduría General de la República con otras instituciones clave como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el INEGI, así como organizaciones académicas y de la sociedad civil en esfuerzos y concertados para enfrentar este problema. Además, el Poder Legislativo, en atención a una propuesta de la Comisión de Equidad y Género, etiquetó recursos para el año 2002 específicamente para el trabajo de prevención y atención a la violencia intrafamiliar desde el sector salud. Así, el Promsa ha desarrollado un proyecto de acción que se pondrá en marcha a través de cinco líneas de estrategias.

1. **Comunicación y promoción de la salud.** Es indispensable desnaturalizar la violencia como mecanismo legítimo de toma de decisiones y promover relaciones más democráticas al interior de las familias, las escuelas y los centros de trabajo; también es fundamental elevar la autoestima de las mujeres y trabajar con la forma en que se construye la identidad masculina en nuestra sociedad. El Promsa impulsará

una intensa campaña en todo el país entre el personal de salud para sensibilizarlo y lograr que se involucre en la prevención y atención de la violencia, asunto al que por lo demás está obligado a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA, "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención de la violencia familiar".

2. **Acciones para el diseño de un modelo integrado de prevención y atención.** Históricamente en ninguna de las entidades federativas, ni en la SSA como cabeza de sector, se ha diseñado un programa o se han coordinado acciones que tengan por objetivo enfrentar este grave problema de salud pública. Los esfuerzos han sido aislados, más bien escasos y sin recursos específicos. Sin duda el avance más significativo en el sector salud ha sido la elaboración y publicación de la NOM-190-SSA, que constituye hoy la herramienta fundamental a través de la cual se podrá poner en marcha este programa. Conscientes de la complejidad del problema de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, y de que además de ser un problema de salud pública lo es de justicia, de educación, social y económico, estamos frente a la oportunidad de arrancar con un modelo que integre dentro del sector a las distintas instituciones, que abarque los aspectos médicos, psicológicos y de consejería legal, y que vincule de manera coordinada y claramente definida a las distintas instituciones responsables de atenderlo, principalmente a las de impartición de justicia. Si no se tienden los puentes para esta interacción, las mujeres que se decidan a buscar ayuda seguirán, como hasta hoy, teniendo que atravesar por laberintos institucionales, en muchos de cuyos espacios vuelven a ser victimizadas sin que se les resuelva el problema. Se trata, pues, de un modelo complejo cuyos primeros avances se probarán en siete entidades federativas: Coahuila, Distrito Federal, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León y Tabasco. La sistematización del modelo estará a cargo de un grupo multidisciplinario, que incluye expertos en violencia, administración de servicios de salud, planeación estratégica y políticas públicas, coordinado por el Promsa.

3. **Atención del problema de la violencia en poblaciones particularmente vulnerables.** En su primera fase incluye un proyecto con mujeres indígenas en colaboración con la Oficina de Representación y Desarrollo de los Pueblos Indígenas en los estados de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca y Baja California, y la atención del problema de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres entre los jornaleros agrícolas, en colaboración con el Programa de Jornaleros Agrícolas de la Sedesol.

4. **Acciones concertadas con los demás sectores y organizaciones involucradas.** Con el fin de delimitar las responsabilidades y avanzar en la construcción de puentes sólidos y fácilmente transitables para lograr resolver el problema de las mujeres y de las familias. Los avances en esta línea consisten en la colaboración que se ha establecido con el Instituto Nacional Mujeres y el resto de los sectores y organizaciones para colaborar en campañas de difusión; la puesta en marcha de una línea telefónica de atención de crisis y de referencia y contrarreferencia que funcione en todo el país a través de un número 1-800, y la instalación del Registro Universal de Violencia Intrafamiliar (RUVI), entre otros

5. **Investigación.** La quinta línea estratégica, como primer paso, levantará una encuesta nacional en centros de salud y hospitales, para luego empatarla desde el punto de vista metodológico con la que levantará en los hogares el INEGI con apoyo del Instituto Nacional de las Mujeres, de manera que la información de ambas sea complementaria y comparable. Esta encuesta se enriquecerá con metodología cualitativa para poder caracterizar el fenómeno y poder contribuir en el diseño tanto del modelo de atención integral, como en los programas de capacitación al personal de salud.

Conclusiones

La promoción de la perspectiva de género en salud en México es una política inédita puesta en marcha por la administración federal 2000-2006. Su diseño

y operación obedecen tanto al gran cúmulo de evidencias que existe a escala nacional sobre las inequidades de género en la distribución de recursos para la salud, como al desarrollo de un movimiento internacional que encontró en las conferencias de El Cairo y Beijing su gran punto de anclaje.

Sin embargo, los retos de un programa como el de Mujer y Salud son enormes. De manera fundamental porque pretende lograr un cambio político y cultural que permita transmitir a los miembros de la sociedad el imperativo de ofrecer oportunidades de educación y salud a todos sus miembros sin diferencia de género.

Además, más allá de lograr asignar recursos de manera equitativa, las políticas que emanen de este programa deberán considerar el tema de los derechos sexuales y reproductivos como de la mayor importancia, ya que sólo a través de garantizar su respeto, los programas lograran ofrecer servicios con eficiencia y calidad, y tener verdaderos resultados a favor de la salud de la población.

Sin duda este cambio encontrará grandes resistencias en el camino. No obstante, debe entenderse que dicho cambio es impostergable y que lo que hoy representa una política pública con recursos modestos para su desarrollo, sólo será viable y tendrá un impacto reconocido cuando los diferentes segmentos de la sociedad se sumen a él. Ése es el verdadero reto.

Bibliografía

- Conapo (2000) *La situación demográfica de México, 2000*. México, Consejo Nacional de Población.
- Conapo (2002) *Proyecciones de Población de México 1995-2020*. México, Consejo Nacional de Población.
- Fernández, Patricia y Salas, Gabriela (2001) *Comportamiento reproductivo de la población indígena*. México, Consejo Nacional de Población, Serie Documentos Técnicos.
- García, Brígida, Oliveira Orlandina de (1994). Trabajo femenino y vida familiar en México. México, El Colegio de México.
- INEGI (2000) Indicadores sociodemográficos de México, 1930-2000. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI Censo General de Población y Vivienda, 1970, 1980, 1990, 2000. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Lamas, Martha (1995) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 1.
- Ley del Instituto Nacional de las Mujeres (2001). *Diario Oficial de la Federación*, 12 de enero.
- Merrick, Tom (2002) Population and Poverty: New Views on an Old Controversy. *International Family Planning Perspective* 28(1), pp. 41-46.
- OPS (1998) *Health in the Americas*, vol. 1. Washington, OMS/OPS.
- Sen G, Germain A y Chen L (1994) Population policies reconsidered: health, empowerment and rights. Boston, Harvard University Press.
- SSA (2002) Programa de Acción: Mujer y Salud, Promsa. México, Secretaría de Salud.

