

## *IMPORTANCIA DE LA CONCIENCIA DE GÉNERO PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y LOS DERECHOS CIUDADANOS*

Leticia Artilles Visbal

### RESUMEN

Se propone la necesidad de incorporar el género de forma consciente, no formal, en la formulación de las políticas públicas en salud y en el reconocimiento de los derechos ciudadanos. Se identifica el insuficiente reconocimiento de desigualdades entre los sexos que generan inequidades en el ámbito de la "gerencia cotidiana", en la insuficiente incorporación de la corresponsabilidad masculina en las políticas y derechos referidos a la salud sexual y en la salud reproductiva, en el reconocimiento de perfiles epidemiológicos de género y se proponen recomendaciones para la instrumentación de la categoría en la práctica social.

### ABSTRACT

The objective of this paper is to analyze the necessity of incorporating conscious gender perspective, not formally, in public health policy formulation and the citizen's rights acknowledgement. The insufficient acknowledgement of inequality among sex is identified. These inequalities produce inequity in "daily activities management", in the insufficient implementation of male co-responsibility in sexual health and reproductive health policies and rights, and also in the acknowledgement of gender epidemiologic profiles. Recommendations for gender category instrumentation in social practice are proposed.

### INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas pueden definirse como aquellos mecanismos mediante los cuales se institucionalizan los procesos que desarrollan los organismos de planificación y dirección, responsables de ejecutar los programas gubernamentales mediante la asignación de recursos para corregir las desigualdades sociales y mejorar las condiciones de vida de la población (Paredes, 1994:17 citado por Lorenzo, 1995:95).

Para que las políticas públicas garanticen los derechos ciudadanos deben interpretar los intereses y necesidades del conjunto de la

sociedad, cualquiera que sea el sistema que se utilice para la legitimación del poder público. En general, los gobiernos deben velar por el pleno ejercicio de estos derechos, a lo que, de otro lado, compete que los organismos del Estado respondan a las necesidades de los ciudadanos reconocidos en la normativa con equidad y honestidad. En el caso particular de las políticas de salud, la interpretación y legitimación de los intereses responde a la consideración de que la salud es un «bien público» y un «derecho ciudadano». La participación ciudadana en la definición de las políticas de salud no constituye la práctica cotidiana. El y la ciudadana

es objeto y no sujeto de derecho, debido a que prevalece como instrumento de la «política de Estado», norma jerárquica de obligado cumplimiento que define y establece los grupos minoritarios de poder. El ciudadano no participa en la construcción de la política que legaliza supuestamente sus intereses. Un ejemplo de lo expresado lo constituyen las políticas públicas de salud que responden a los programas de ajuste estructural, expresión del neoliberalismo actual, las que legalizan la transferencia de la concepción de la «salud» como derecho a la «salud» como «mercancía», en la búsqueda de una supuesta optimización de los servicios. El reduccionismo de las políticas de salud en función de la eficiencia económica de los servicios se expresaron, entre otros, en el Informe de la Organización Mundial de la Salud del 2000 (OMS, 2000: ix), como reflejo de las corrientes mercantilistas que caracterizan el inicio de este siglo. La posición del Informe Brundtland<sup>1</sup> provoca un «daño mayor» debido al papel que juega la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de las Naciones Unidas por lo que la información que genera se convierte en el sustento de las políticas públicas en salud.

La conversión de la «salud en una mercancía» es expresión de la pérdida de valores universalistas de libertad respecto a las necesidades de justicia y de solidaridad afirmados en los estatutos de la Organización de las Naciones Unidas, ONU y en la Declaración de los Derechos Humanos (IAHP, 1998: xx).

En el marco de las políticas públicas y los derechos ciudadanos, es determinante tomar conciencia de la determinación de los factores sociales sobre el proceso salud-enfermedad, en particular de la contribución que tiene la construcción de *género* para la salud de mujeres y hombres.

El *género* es una construcción ideológica que puede definirse por el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, que los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en símbolos, estereotipos, desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera.

Para lograr la equidad de género es necesario entender los procesos que construyen la desigualdad entre mujeres y hombres, a nivel simbólico, normativo, institucional y subjetivo. Incorporar tal marco conceptual y operacionalizarlo diariamente, hace posible a quienes elaboran y ejecutan las políticas públicas que modifiquen su forma de identificar la realidad social y, también, los propios actos cotidianos con que refuerzan su inequitativa realidad (Matamala, 2000).

Es propósito de este trabajo buscar puntos de encuentro acerca de la utilidad y requerimientos para utilizar el género como categoría instrumental en el perfeccionamiento de las políticas públicas en salud.

#### GÉNERO Y NIVELES COTIDIANOS DE ACTUACIÓN DE LA CIUDADANÍA

Aunque hombres y mujeres están sometidos a igual gravamen social, la mujer carga con una doble responsabilidad: la biológica de reproducir la especie y la social de reproducir la fuerza de trabajo. En esta última, históricamente, al hombre le ha sido asignada la función de proveedor. El desempeño masculino está relacionado históricamente con el ámbito productivo, el espacio público y el poder de decisión sobre los recursos materiales de dinero, tiempo e información. El de las mujeres con el ámbito reproductivo, con el cuidado de «los otros» y el espacio doméstico.

El acceso a los recursos económicos de las mujeres es secundario y limitado, aún cuando

1 Al Informe sobre la salud en el mundo 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud se le denomina por muchos especialistas como Informe Brundtland, apellido de la actual Directora de la Organización Dra. Gro Harlem Brundtland, el mismo está dirigido a evaluar la salud en término de eficiencia de los servicios de salud. Según el Informe «un sistema financiado equitativamente garantiza la protección financiera de todos» (OMS, 2000:109) a pesar de que no existe evidencia científica que asocie el nivel de gastos en los sistemas de salud con el nivel de la mortalidad, y si se acumula evidencia suficiente que prueba el valor de las intervenciones políticas, sociales y económicas en el logro de mejores indicadores de mortalidad y morbilidad (Navarro, 2000:1599-1660).

contribuyan a los ingresos del hogar. La contribución de las mujeres siempre se desvaloriza y se le considera secundaria, incluso por ellas mismas. Por tanto, las decisiones sobre las inversiones importantes quedan en manos del hombre, amparado en su rol histórico de proveedor y en el dominio jerárquico patriarcal para el control sobre los recursos. La asignación cultural de roles, por la división sexual del trabajo, condiciona una indiscutible inequidad en el acceso y control sobre los recursos. En esas circunstancias, el ejercicio del poder queda afianzado en el espacio público, visible, que pertenece histórica y culturalmente al hombre y se restringe en el asignado correspondientemente a la mujer: el invisible espacio doméstico donde se desarrolla la «gerencia cotidiana». Tal condición acusa una marcada inequidad en las relaciones de poder público y doméstico.

Estas diferencias; que se expresan en la vida diaria, básicamente en el espacio doméstico, son las más ignoradas y resultan relevantes porque es en el marco de la familia donde se produce la transmisión de la cultura como continuidad. En este espacio, junto a las redes sociales de la educación, de la comunidad, es donde, esencialmente, se forman los seres humanos que mañana serán quienes hagan las políticas y las leyes. Estos elementos por cotidianos no se teorizan ni se discuten en los grandes foros y consecuentemente son invisibles para la formulación de políticas públicas.

Los roles asignados culturalmente en función del sexo, las diferencias sustantivas en el acceso y control sobre los recursos: dinero, trabajo, educación, información constituyen determinantes de las formas de morir y enfermar. Las sobrecargas de género son con frecuencia consideradas como «quejas de mujeres», sin tomar conciencia de los riesgos que tales conductas pueden representar para la salud de uno u otro sexo; lo que se explica por la base patriarcal sobre la que se sustentan las actuales políticas en general y las de salud en particular. Las condiciones de vida y los comportamientos humanos en el escenario donde se reproducen biológica y socialmente hace que hombres y mujeres enfermen

y mueran de forma diferente<sup>2</sup> estas diferencias son insuficientemente incorporadas en las políticas de salud<sup>3</sup>.

## LAS DIFERENCIAS Y LAS CONSECUENCIAS

La mujer está más expuesta al riesgo de enfermar y morir debido a su condición de reproductora biológica: embarazo, parto y puerperio. Las sobrecargas generadas por la multiplicidad de roles que la mujer desempeña en la reproducción social la hace padecer más depresión<sup>4</sup>, irritabilidad, ansiedad; tener más riesgo para padecer enfermedades tropicales como la esquistosomiasis<sup>5</sup>; problemas nutricionales y

- 2 La situación de desventaja social de las mujeres, como grupo, ha sido ampliamente documentada a escala mundial por distintos organismos internacionales. Así, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, en su «Informe sobre el Desarrollo Humano», 1993, llama la atención sobre el hecho de que, en términos de indicadores de desarrollo humano, *“ningún país trata a sus mujeres igual que a sus hombres”*, y califica tal circunstancia como *“desalentadora” al cabo de tantos años de debate sobre igualdad entre los sexos, tanta lucha de la mujer y tantos cambios de las legislaciones nacionales*... *“en los países en desarrollo además de la gran disparidad en el mercado de trabajo, también existen disparidades apreciables en cuanto a servicios de salud, apoyo nutricional y educación”* (PNUD, 1993:16-17).
- 3 Desde la Epidemiología, a estas formas diferentes de morir y enfermar condicionadas por la diferencia de asignaciones culturales según el sexo, se le ha denominado perfiles epidemiológicos de género.
- 4 La incidencia de trastornos mentales de diversos tipos varía sustancialmente de acuerdo con el sexo. El trastorno afectivo más diagnosticado es la depresión clínica, cuya frecuencia es dos a tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres y se presenta en todas las edades (Gómez Gómez, 1997:39).
- 5 Un estudio realizado en Zimbabwe encontró que las mujeres tenían más contacto con el agua porque lavaban las ropas y los utensilios en los ríos elevaba el riesgo de contraer la enfermedad, cuando el hombre fue el que mantuvo el contacto con el agua por practicar la pesca también fueron afectados, por tanto el riesgo existe para ambos sexos pero los efectos más críticos los tiene la mujer, que permanece más tiempo en el agua por su actividad

mayor susceptibilidad a enfermedades como la osteoporosis y consecuentemente más propensas a las fracturas de cadera y de radio<sup>6</sup>. El hecho de que las mujeres tengan una esperanza de vida mayor no significa que vivan mejor, realmente no viven más sino que mueren más tarde. La ventaja de la longevidad se acompaña de una mayor carga de morbilidad. Todas estas razones hacen que entre las mujeres se presenten superiores demandas de los servicios de salud respecto a los hombres, por su necesidad propia y por ser la que cuida de la salud de los suyos. Las políticas de salud tienen que considerar esta diversidad para la formulación de políticas de género equitativas.

Por su parte, el hombre, por el condicionamiento de género, presenta conductas más arriesgadas y violentas, que lo sitúa en posición desfavorable por adicciones, accidentes, guerras, lesiones físicas, etc. Generalmente el hombre acude más tardíamente a los servicios de salud, lo que determina diagnósticos tardíos y lo somete a un mayor riesgo de morir por causas prevenibles.

Si se admiten estas diferencias, se hace necesario considerar derechos comunes y derechos específicos respecto a la salud. Los derechos comunes están referidos a considerar la salud como un derecho ciudadano que todas las personas tienen, independiente de su raza, clase, etnia o sexo. Los derechos específicos se refieren a que hay necesidades específicas para cada uno en términos de probabilidad de enfermar o morir, o de riesgos y susceptibilidades. De lo que se trata es de tener en cuenta la diversidad en la formulación de políticas y establecimiento de derechos.

---

doméstica cotidiana. La enfermedad se expresa en infertilidad, aborto, parto pre-término y embarazo extra-uterino (Hartigan, 1999:17).

6 La osteoporosis es 8 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y afecta desde un tercio a la mitad de las mujeres posmenopáusicas. Las tasas de incidencia de la osteoporosis aumentan drásticamente con la edad. En Estados Unidos, por ejemplo, dicha tasa es del 18% entre las mujeres de 45 a 49 años, de 58% entre las de 55 a 59, y de 89% entre las mayores de 75 (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1993) (Gómez Gómez, 1997:37).

Las mujeres son más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH-SIDA, porque la calidad del epitelio de la vagina es más endeble que la del pene, porque el semen, como fluido corporal es más infeccioso que el de la vagina por tener un mayor contenido celular, y porque permanece como fluido un tiempo dentro del cuerpo de la mujer. Sin embargo, los derechos establecidos actualmente no tienen en cuenta esta diversidad, y unos y otros son tomados bajo la misma disposición (Hartigan, 1999:13).

En otros ámbitos también se hacen manifiestas estas diferencias:

- ◇ Existe una segmentación en el mercado laboral que desfavorece a la mujer a menores salarios con evidente desconsideración en la legislación de protección a sus derechos reproductivos. Las mujeres representan un alto porcentaje de los trabajadores subcontratados del sector no estructurado, con salarios bajos y malas condiciones que constituyen riesgos para la salud<sup>7</sup>.
- ◇ Los bajos salarios, los trabajos devaluados, por lo general monótonos y estresantes, unidos a las responsabilidades adicionales de la labor no remunerada, no son considerados explícitamente en las políticas públicas ni son objeto de derecho (Bethencourt, 1998:36).

---

7 Mujeres y hombres están sujetos a similares riesgos ocupacionales; las mujeres sin embargo a raíz de sus funciones fisiológicas de embarazo, lactancia y menstruación se les añaden riesgos adicionales. La investigación sobre este tipo de riesgos específicos ha sido enfocada fundamentalmente hacia el producto reproductivo de las mujeres, ignorando el de los hombres expuestos a los mismos riesgos. Entre los riesgos se reporta la "doble y triple jornada" que hace referencia a que la mujer debe conjugar su rol productivo con los domésticos y con los comunitarios. La Organización Internacional del Trabajo, OIT indica que el hombre promedio dedica 50 horas semanales a esta actividad, en comparación con 80 en el caso de la mujer. Esta sobrecarga no cesa cuando los hijos crecen, porque entonces la mujer pasa a cuidar a los padres ancianos (Gómez Gómez, 1999: 41).

- ✦ En muchos países la violencia doméstica no se ha colocado en la escala de los problemas de salud, por lo que no se expresa en toda su dimensión en las políticas públicas ni en los derechos. Se trata de hacer trascender la violencia doméstica de la categoría de problema privado, a la de flagrante violación de derechos humanos y que además, sea expresada en todos los ámbitos donde se haga visible y se ejecute (Ellsberg y Clavel, 2001:6).
- ✦ Los derechos sexuales y los derechos reproductivos que protegen la salud biológica, psicológica y social de las mujeres no siempre son incorporados en la legislación de manera que contribuyan a disminuir los riesgos evitables de enfermedad y muerte. Así, el alcance de las políticas respecto al aborto es limitado, y las barreras religiosas y culturales “obligan” a la práctica ilegal, que terminan en complicaciones y en muchos casos producen la muerte de las mujeres. En América Latina y el Caribe, se registra un aborto inseguro por cada tres nacimientos, lo que hace necesario continuar investigaciones para aportar soluciones a este fenómeno común a la región. La violencia sexual y la falta de acceso a métodos de anti-concepción inducen a las mujeres al aborto inseguro, registrándose en todo el mundo 20 millones de interrupciones de embarazo, cuatro millones de las cuales ocurren en América Latina (Shah, 2001).
- ✦ En el terreno de la legislación y de las políticas aún resulta insuficiente la incorporación de figuras y normativas legales que refieran la corresponsabilidad masculina en el terreno de la salud sexual y reproductiva, en la paternidad conciente, en el cuidado de los hijos, lo que favorece la continuidad de modelos culturales sexistas tradicionales que se expresan en cifras alarmantes: en Centroamérica, por ejemplo, el 30% de los nacimientos no son reconocidos por el padre (CEPAL, septiembre 2001:7). En este sentido, algunos países han tomado una posición de avanzada; en Costa Rica la Ley de Paternidad obliga a establecer el tema de la paternidad en las políticas públicas y ha asignado

al Consejo de Atención a la Niñez y la Adolescencia la competencia legal de coordinar las actividades relacionadas con este tema; en el marco institucional han propuesto el establecimiento de equipos técnicos que incorporen los temas de paternidad en las funciones y actividades de las instituciones, y el Instituto Nacional de la Mujer, (INAMU) se ha planteado como meta la revisión de la normativa referida a este tema (CEPAL, 2001: 23). En el marco académico se han desarrollado investigaciones de importancia como la referida al embarazo adolescente realizada en la Universidad de Costa Rica (CEPAL 2001:28)<sup>8</sup>.

- ✦ En el marco actual de los procesos de reforma del Estado y de las políticas de ajuste estructural, se han obviado condiciones sustantivas que han polarizado las diferencias de clase, etnia, género, que han ensanchado las brechas de inequidades existentes.

El no tener en cuenta las diferencias de asignaciones culturales según el sexo, se ha traducido en:

La segmentación de un mercado en el que las mujeres son más desfavorecidas. La aplicación de un “impuesto de reproducción” y una “ley de asistencia inversa”, que establece un porcentaje igual para grupos desiguales, son conceptos que se aplican teniendo en cuenta el hecho de que políticas o servicios diseñados y ejecutados considerando únicamente las necesidades y problemas de algunos grupos, habitualmente los más favorecidos se traducen en la mejora

<sup>8</sup> Centroamérica presenta condiciones favorables por haber identificado las necesidades específicas en la investigación coordinada por CEPAL “La educación reproductiva y la paternidad responsable en el Istmo Centroamericano” que incluye a los países Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá (CEPAL, octubre 2001). La experiencia de estos países pudiera constituirse en un marco de referencia para la Región de las Américas adecuando las intervenciones a las particularidades etnográficas de cada país.

de la salud de los mismos con el consiguiente incremento de las desigualdades (Rohlfs, 2000). La inequidad que genera tal concepción se muestra, por citar un ejemplo, en el sistema de salud de Colombia. Después de calcular los gastos de las familias en atención médica, los autores del Informe de la OMS 2000 encontraron que en Colombia, “alguien con un ingreso bajo puede gastar el equivalente de un dólar al año en atención a la salud, mientras que un individuo con ingresos altos gasta 7,6 dólares” (OMS, 2000:5). Esta posición produjo un efecto de arrastre que situó al sistema de salud colombiano a ocupar el primer puesto entre los países de América Latina, y entre los 191 países evaluados. La realidad es que en Colombia los pobres tienen cada vez menos derecho a acceder a los servicios de salud a la inversa de los ricos, la brecha se hace insalvable.

#### INCORPORACIÓN DE LA CATEGORÍA GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

El género, como categoría instrumental, debe ser utilizada como herramienta en el dictamen de políticas y en el hacer del derecho. Para ello, tanto los “sujetos” que hacen las políticas y las ejecutan, así como aquellos y aquellas que son “objeto” de las mismas, tienen que de-construir y construir sobre nuevas bases la representación real de la desigualdad que entrañan las asignaciones culturales que diferencian el accionar social de hombres y mujeres, para ello es necesario mantener una transversalidad dialogante con todos los involucrados en el proceso.

La comprensión de estos efectos y procesos que generan las inequidades sociales de género, sólo es dable si sujetos y objetos de derecho conocen y entienden la diversidad, la desigualdad y las formas de hacer, con el propósito de disminuir los efectos negativos en términos económicos, sociales y de bienestar en la población.

Para incorporar la categoría género en las políticas públicas, es necesario:

- ✧ Introducir el enfoque médico social, y en particular la perspectiva de género, en la

formación de recursos humanos en salud, en cursos de capacitación y en programas académicos de pre y postgrado que contribuya a una formación más integral de los profesionales de la salud; los profesionales que se forman en nuestros ámbitos educacionales son los que, pasado el tiempo, planificarán, ejecutarán y normarán las políticas públicas. También deben integrarse a un proceso capacitante a otros profesionales del sector salud, fundamentalmente de las denominadas «áreas duras», como economía, matemática y estadística. La apropiación de la determinación de lo social como determinante y riesgo para la salud puede favorecer un análisis más integral de la información y el dictado de políticas más equitativas en el escenario de las desigualdades en que se mueve el mundo de hoy. Para ello subyace un mandato mayor, transitar en el ámbito académico y en la práctica social del «modelo médico hegemónico» predominante al «modelo médico social». Los contenidos académicos y de la capacitación deben ir dirigidos al desarrollo de habilidades para utilizar el género como herramienta para el análisis de la situación de salud, las estadísticas sanitarias, la vigilancia epidemiológica; la planificación sanitaria, y la gestión de los servicios de salud. Los temas a incorporar deben incluir las diferencias entre sexo y género, epidemiología de las diferencias, perfiles epidemiológicos de género, necesidades prácticas y estratégicas, metodología de la investigación cualitativa, análisis estadístico y epidemiológico con enfoque de género, planificación de género, que constituyen, entre otros; temas de obligado conocimiento para los que gerencian, legislan y dictan políticas de salud.

- ✧ Desarrollar indicadores con perspectiva de género, que permitan medir la eficiencia de los servicios y “monitorear” los procesos de la vida pública. Para ello, resulta indispensable perfeccionar las formas de obtener la información con este enfoque. En el área del Caribe y de Centroamérica se ha identificado un vacío en la información que se requiere para introducir el enfoque de género

en el tratamiento de la información de salud y en la formulación de políticas públicas. En algunos países las estadísticas no existen, no son confiables o no son desagregadas por sexo. La formulación de indicadores de género requiere una actuación proactiva dirigida a garantizar la calidad del registro de la información, a diseñar indicadores para la planificación de los presupuestos financieros que sirvan como plataforma para la implantación de políticas; introducir indicadores que den cuenta de i) la condición de opresión de las mujeres (como la mortalidad, morbilidad, violencia intrafamiliar); de calidad y calidez de la atención, de la apropiación del conocimiento del cuerpo y del empoderamiento, el autocuidado de la salud y de la participación social. También es necesario desmitificar aquellos indicadores que miden aspectos relacionados con la «salud reproductiva» y «problemas de la mujer» como expresión de inequidades de género y sustentar las bases teóricas y de diseño para el tratamiento de la información que haga factible la construcción de indicadores género-sensitivos (Artiles, 2002:45).

- ❖ Considerar la salud como un derecho humano y, en este ámbito, identificar las inequidades de género que se producen en el acceso a los servicios de salud, que consientan la intervención y perfeccionamiento de la normativa existente.
- ❖ Visibilizar la mayor depresión en la capacidad de pago en las mujeres, *versus* la mayor demanda de servicios por la carga de morbilidad “propia” y “ajena”, la invisibilidad por concepto de seguridad social, debido a que el trabajo reproductivo no es considerado objeto de la misma, o porque no son consideradas dentro de la cobertura de sus pares (Standing, 2000: 25).
- ❖ Perfeccionar los criterios para el establecimiento de prioridades y ponderación de factores incluyendo como medidas de efectividad de los servicios, aquellas que acerquen las necesidades a las demandas, para lo cual hay que tener en cuenta la posibilidad real

de acceso y control sobre los recursos (Standing, 2000:13)<sup>9</sup>.

- ❖ Obtener información sobre los grupos que, según los patrones de género, se encuentran en desventaja social y tenerlos en cuenta para el dictado y *monitorización* de la normativa existente (Artiles, 2001:115).

En resumen, para introducir la perspectiva de género en las políticas públicas es necesario mejorar las formas de decidir y hacer la vida de los hombres y de las mujeres para alcanzar una sociedad más equitativa. En este sentido, es necesario incorporar la perspectiva de género en la formación de recursos humanos en salud y asumir como plataforma el modelo médico social, lo que resulta determinante para que aquellos que tendrán y los que tienen en sus manos las riendas del Estado y básicamente del cuidado de los derechos de la salud ciudadana tomen conciencia de la determinación de las inequidades de género en desviar el proceso salud enfermedad en sentido negativo.

Es necesario fomentar una dinámica que permita la construcción de las políticas no sólo como instrumentos del Estado, sino como ejercicio de construcción de ciudadanía, donde la participación sea activa con conciencia de clase

---

9 El tema de los *indicadores* está en pleno desarrollo; Matamala ha propuesto algunos que resultan de interés para registrar el proceso de atención, a continuación se exponen algunos ejemplos por categoría. Su evaluación es dicotómica (sí/no): 1) *Dignificación*: refiere a la calidad del lugar de la prestación: aspecto interior/exterior cuidado y limpio, señalización adecuada; disponibilidad de atención sin rechazos; atención en condiciones adecuadas de privacidad 2) *Conciencia, respeto y ejercicio de derechos*: existencia de información amplia y permanente acerca de los derechos de la usuaria, y específicamente acerca de sus derechos sexuales y reproductivos; otorgamiento a la usuaria de trato digno, no discriminatorio ni infantilizador; facilidades para la autonomía y el poder de decisión de la usuaria 3) *Competencia técnica*: cuenta con personal suficiente y preparado, ha incorporado a las normas el enfoque de género 4) *Vínculo interpersonal*: atiende a la usuaria sobre la base del diálogo y no sobre la base del monólogo descriptivo (Matamala, *et al.*, 2000: 201-214).

y de género, lo que favorecerá la promulgación de acciones verdaderas y equitativas en defensa de la salud como derecho humano.

Finalmente, para lograr el cambio ideológico en las prácticas culturales y de las actuaciones sociales que hemos referido anteriormente, que conduzca a la toma de una conciencia de género en el ámbito de la salud, se requiere como plataforma básica avanzar hacia un planteo ideológico superior y más complejo, la deconstrucción de los poderes tradicionales del patriarcado sobre bases renovadoras de la igualdad entre los sexos.

#### REFERENCIAS

- Artiles, L. "Políticas públicas y equidad de género: Centroamérica y Caribe". En: *Globalizar la salud en un mundo global: Ponencias y comunicaciones*. XII Congreso de la Internacional Association of Health Policy. XIV Jornadas de Debate de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Palma de Mallorca. Islas Baleares. Mayo 2002: 43-46.
- \_\_\_\_\_. "Crítica desde la perspectiva de género, al índice "equidad de la contribución financiera" del Informe de la OMS 2000". En: *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos. Democracia y Desarrollo. 2001:109-118.
- Bethencourt, L. *Mujeres, trabajo y vida cotidiana*. Centro de Estudios de Desarrollo (CENDES). Universidad Central de Venezuela. 1998.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Informe del Seminario Regional sobre paternidad responsable en el Istmo Centroamericano* (octubre 1999-junio 2000), septiembre 2001.
- \_\_\_\_\_. *Iniciativa para la paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*. Octubre 2001.
- Ellsberg, M. y Clavel Arcas, C. "Sistematización del Proyecto de OPS: hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica". *Informe Final OPS*. Washington, DC. 2001.
- Gómez Gómez, E. "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques". Serie *Mujer y Desarrollo*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Nro. 17. Santiago de Chile 1997.
- Hartigan, P. "Communicable Diseases, Gender, and Equity in Health". *Working Paper Series*. Harvard Center for Population and Development Studies. Harvard School of Public Health. 1999.
- IAHP. International Association of Health Policy. X Conferencia. *Equidad y salud en el mundo: ¿Neoliberalismo o nuevo Estado de Bienestar?* Crónica. 1998.
- Lorenzo, F. "Mujer, ciudadanía y políticas públicas". En: *Género y sociedad*. Centro de Estudios del Género. República Dominicana. 1995.
- Matamala Vivaldi, M. "Género en la formación de recursos humanos de salud. Desafío no resuelto". *Simposio sobre Género y Desarrollo y Salud Reproductiva*. Barcelona. 2000.
- Matamala Vivaldi, M.; Berlagosky, F.; Salazar, G.; Nuñez, L. "Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género. Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud Occidente de la Región Metropolitana". (*Informe*). 2000.
- Navarro, V. *Assessment of the World Health Report 2000*. The Lancet 356:1598-601.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza. 2000.



- PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. *Informe sobre el desarrollo humano*. Nueva York, The Oxford University Press. 1993.
- Rohlfs, I.; Borrell, C.; Anitua, C. *Et al.* 2000. "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud". *Gac. Sanit.* 14 (2). Barcelona. 2000: 146-155.
- Shah, I. Representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS). "El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en AL y el Caribe". *Noticias CIMAC*. GENSALUD. LISTSERVPAHO.ORG. 19 Noviembre 2001. Congreso Internacional.
- Standing, H. "El género y la reforma del sector salud". En: *Género, Equidad, Salud. Publicación Ocasional* nro. 3. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Washington DC. 2000.

Leticia Artilles  
leticia@infomed.sld.cu