

Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMSA)

Versión Preliminar

ÍNDICE

Presentación

Introducción

I En dónde estamos

Situación actual del género, mujer y salud

- **Definición de género**
- **El género y la salud**
- **Consideraciones finales**

II. A dónde queremos llegar

III Qué camino vamos a seguir

- **El Programa Mujer y Salud**
- **El Consorcio Nacional Mujer y Salud**
- **Objetivos, estrategias y líneas de acción por componente**
 - **Institucionalización de la perspectiva de género**
 - **La salud de las mujeres**
 - **Información e Investigación**
 - **Las trabajadoras de la salud**
 - **La salud doméstica y comunitaria**
- **Metas al 2006**

IV Cómo medimos los avances

Mensaje del Secretario de Salud

Ser hombre o mujer es una variable fundamental que determina diferencias a todos los niveles. Desde el punto de vista biológico cada vez se documentan con mayor claridad diferencias en aspectos que no tienen una asociación directa con los aparatos reproductivos, tanto a nivel molecular, celular, cerebral o inmunológico, como de funcionamiento sistémico, de la conducta y el aprendizaje, y por lo tanto a nivel de la salud en general. Estas diferencias no habían sido tomadas en cuenta de manera sistemática en la práctica médica clínica, ni por la epidemiología, la investigación o el quehacer de la salud en general, pues hasta muy recientemente las ciencias de la salud han descubierto y reconocido estas diferencias.

Sin embargo, sin duda las que han sido menos consideradas como factores que impactan de manera diferencial la salud de mujeres y hombres, y las menos reconocidas como fuente de inequidad y de desventaja para las mujeres, son las diferencias sociales entre hombres y mujeres; las diferencias en la forma de educar a ambos, en la forma de relacionarse y en las posibilidades de acceso a los bienes y servicios, esto es, las diferencias de género.

Esta situación ha implicado que, tanto por razones de ignorancia respecto a las particularidades de mujeres y hombres desde el punto de vista biomédico, como por las desventajas que los roles de género han impuesto a las mujeres, se requiera dar un giro importante y significativo en las políticas de salud, a través de acciones afirmativas que compensen las inequidades existentes respecto a sus condiciones de salud, y que además consideren la complejidad del binomio mujer y salud, atendiendo también su situación laboral como trabajadoras dentro del sector, y como proveedoras de servicios a nivel doméstico y comunitario.

Con esta finalidad se crea el Programa de Mujer y Salud, PROMSA. Se trata de una iniciativa innovadora, que busca poner al día esta situación no sólo por una razón de justicia social con un poco más de la mitad de la población, sino porque mientras las diferencias de género no se documenten y sean tomadas en cuenta, las políticas de salud no podrán diseñarse de manera eficiente. Este programa se inserta en la primera de las estrategias planteadas en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, la de *Vincular a la salud con el desarrollo económico y social*, pues en tanto persistan las inequidades de

género, no podrán desarrollarse plenamente las mujeres, con lo que no sólo pierden las mujeres; pierden también los hombres; pierde el país; perdemos todos.

El PROMSA es pues una iniciativa que requiere para alcanzar sus objetivos, permear de manera transversal todas las instituciones del sector: desde los más altos niveles de toma de decisión hasta las unidades médicas más alejadas, donde se atiende directamente a la población.

El reto es pues mayúsculo y requiere para lograrse de la confluencia y el esfuerzo decidido de las y los servidores públicos de todo el sector y de los sectores que tienen alguna corresponsabilidad en el diseño y la implementación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población, y del personal operativo de todas las instituciones. Pero además, requiere de la colaboración de las instituciones académicas, del sector privado y de manera central de la sociedad civil organizada. En particular, la sociedad organizada en torno al movimiento de las mujeres, tiene sin duda alguna el mérito principal en la existencia misma de este programa. Son las mujeres de la sociedad civil del país ---que han tejido complejas redes de organizaciones que abarcan ya prácticamente todo el territorio nacional---, las que con su esfuerzo sistemático, profesional, incansable y desinteresado, fueron construyendo los cimientos de este programa. La lucha de las mujeres en México ha alcanzado una madurez que fue constatada a través de su participación seria, comprometida y decisiva en las conferencias internacionales, cuyos acuerdos firmó el gobierno de México la última década del siglo que acaba de concluir, y gracias en buena medida a las cuales hoy el gobierno, para cumplir con esos acuerdos, ha creado el Instituto Nacional de las Mujeres y, dentro de la Secretaría de Salud, el Programa Mujer y Salud.

Para darle estructura y viabilidad a esta compleja colaboración se creó el Consorcio Nacional Mujer y Salud. En él participan las diferentes instituciones que conforman el sector salud; los sectores corresponsables de las políticas saludables; el sector privado; la academia y la sociedad civil organizada. No existen antecedentes de una iniciativa similar en el país y hacerlo funcionar, sin duda, representa el mayor reto del programa; reto que requerirá de trabajo, talento, voluntad, paciencia, creatividad, innovación y compromiso. Reto que sólo será vencido si se comparte por todas las instituciones y las personas que lo conforman.

En el marco del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, con este programa queremos lanzar una cuarta generación de reformas a las políticas dirigidas a la atención a las mujeres. La primera reforma inició hace cincuenta años con la importante contribución de México a la anticoncepción hormonal, seguida en 1973 por el cambio en la política de población hacia programas de control de la natalidad. La segunda consistió en la puesta en marcha de los programas de planificación familiar y salud materno infantil. La tercera generación de reformas, se dio tras la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 ---donde se planteó un cambio de paradigma que puso a las mujeres en el centro de las políticas de salud como sujetos plenos de derechos y no sólo en función de la salud del resto de la población---, en la que se diseñaron las políticas de salud reproductiva.

Con esta cuarta generación de reformas, sin dejar de lado los avances alcanzados en la salud reproductiva, queremos incorporar de manera integral los distintos aspectos que hacen del binomio mujer y salud un concepto complejo. Esto incluye la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas de salud y se contemplan además tres grandes vertientes: la salud de las mujeres a lo largo del ciclo de vital, las mujeres como profesionales de la salud y las mujeres como proveedoras de servicios de salud en el hogar y la comunidad.

Con esta cuarta generación de reformas construimos sobre el legado que hemos recibido, la incorporación de las mujeres, con igualdad de oportunidades, a un pleno desarrollo humano y social.

JULIO FRENK MORA
SECRETARIO DE SALUD

Introducción

En México, como en la mayor parte del mundo, persisten inequidades económicas y sociales entre las que destacan las de género, que ponen en desventaja a las mujeres respecto al acceso a diversos satisfactores sociales, económicos, laborales, educativos y de salud, entre otros.

Estas inequidades han ocupado cada vez más las agendas de las organizaciones de mujeres, de las agencias internacionales y de muchos países, y han dado lugar a acuerdos importantes alcanzados en las cumbres internacionales, entre las que destacan la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1979), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, la Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Pekín en 1995, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, celebrada en Belén do Pará, Brasil en 1995. El gobierno de México ha firmado los tratados internacionales promovidos por distintos organismos internacionales. A través de estos instrumentos, el país se ha comprometido a tomar medidas para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en nuestro país. En estas conferencias, se han reconocido los derechos de las mujeres como derechos humanos, y se les ha dado, de manera explícita por primera vez en la historia, un estatus de sujetos de derechos, terminando con la visión que prevaleció por muchos siglos de las mujeres simplemente como el medio para lograr el bienestar del hombre, de la familia, del control de la población, de sus hijos e hijas, y en general de la sociedad.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND), en el capítulo destinado a la política de Desarrollo Social y Humano, reconoce que las inequidades y desigualdades son patentes en los ámbitos regional, social y cultural; y que se observan, entre otros fenómenos, grandes inequidades de género. A pesar de que las condiciones de vida de las mujeres mexicanas han mejorado en cuanto a los niveles generales de escolaridad, en cuanto a la reducción de la carga reproductiva en términos de la edad a la primera unión y al

nacimiento del primer hijo, así como a la reducción de la fecundidad global, dichos cambios no han ocurrido con la misma intensidad en el medio rural que en el urbano y entre grupos sociales. Persiste la desigualdad social entre hombres y mujeres, ellas siguen concentrando el peso social de la reproducción con la consecuente reducción de oportunidades en su desarrollo humano y social, y con consecuencias negativas para su salud. Además, las desigualdades sociales se cruzan con las de género, etnia o discapacidad, dando como consecuencia que, dentro de las poblaciones empobrecidas, el ser mujer y pertenecer a una minoría, tener alguna discapacidad, y ser adulta mayor, se potencian, para dar como resultado, la peor de las situaciones posibles.

Además, el PND establece que “la inequidad de género se manifiesta en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional. La participación de las mujeres en los puestos de decisión sigue siendo reducida. La representación de las mujeres en las cámaras es sólo de 16% y la presencia de éstas en los cargos públicos y de gerencia en el sector privado es de apenas 23%. No existe una cultura de género que permita diferenciar necesidades, prioridades y condiciones de la población femenina y masculina. Las oportunidades y opciones de trabajo para las madres trabajadoras, hasta ahora, no han sido compatibles con las necesidades de la crianza y el cuidado de los hijos por falta de apoyos institucionales. En 1999 el promedio de horas de trabajo doméstico semanal de las mujeres era de 27.6, mientras que los hombres sólo dedicaban 10.5 horas. Respecto del trabajo extradoméstico, las mujeres dedicaron 37.7 horas a la semana, en tanto que los hombres emplearon 46.3 horas.”

A partir de este reconocimiento, el Plan Nacional de Desarrollo incorpora como uno de sus objetivos rectores el de “acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Incrementar la equidad y la igualdad de oportunidades implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana.”

Una de las acciones orientadas a reducir la inequidad de género más relevantes que ha llevado a cabo el actual gobierno, es la creación del Instituto Nacional de las Mujeres, organismo a través del cual se pretende incorporar la perspectiva de género en todas las acciones y programas de gobierno del Ejecutivo.

La relación entre género y salud es compleja y tiene al menos las siguientes dimensiones: la salud de las mujeres, el papel de las mujeres como proveedoras de cuidados a la salud doméstica y comunitaria y las condiciones de contratación, permanencia y prestaciones laborales de las trabajadoras de la salud.

Los diferenciales que imprime el género a las condiciones de salud de las mujeres en comparación con los hombres, están poco documentados en nuestro país debido a que buena parte de la información estadística en salud todavía no está desagregada por edad y sexo, y a que muy pocos proyectos de investigación incorporan esta perspectiva como parte de su análisis.

Por su parte, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 reconoce tres retos para elevar los niveles de salud de la población, que son : la equidad, incluyendo la de género, la calidad y la protección financiera. Para enfrentar dichos retos se plantea una serie de estrategias dentro de las cuales se encuentra en primer término “Vincular la salud con el desarrollo económico y social” del país y como parte de ella una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el sector salud.

El Programa Mujer y Salud tiene por objeto desarrollar esta línea de acción a través de un trabajo transversal, que incluya la perspectiva de género en los programas de acción que lleve a cabo la Secretaría de Salud, tanto en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación para la prevención y control de problemas prioritarios de salud, la provisión de servicios de salud, la enseñanza y la investigación, y que revise con esta misma perspectiva las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud, y el papel de hombres y mujeres en la atención a la salud doméstica y comunitaria.

Dado el carácter transversal, interdisciplinario, multi-institucional e intersectorial del programa, para su elaboración y seguimiento se ha instalado el Consorcio Nacional Mujer y Salud. En dicho Consorcio participarán, además de las instituciones que conforman el sector salud, otras instituciones gubernamentales de sectores relacionados con el diseño e instrumentación de políticas públicas saludables, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones privadas e instituciones académicas autónomas, con la finalidad de incorporar sus puntos de vista y participación activa en el desarrollo del mismo.

El documento que presenta el *Programa Mujer y Salud 2001-2006* está dividido en cuatro capítulos:

- I En dónde estamos.
- II A dónde queremos llegar.
- III. Qué camino vamos a seguir.
- IV. Cómo medimos los avances.

En el capítulo uno se plantea en primer término el marco conceptual que da origen a este programa, que incluye la definición de género como una variable de análisis indispensable en la política pública, y sus vínculos con la salud. Se mencionan brevemente los antecedentes que dieron origen a los acuerdos internacionales, gracias a los cuales se ha incorporado el género en las agendas gubernamentales a escala mundial, para posteriormente documentar con ejemplos concretos cómo el género determina la ocurrencia, evolución y desenlace de muchos de los problemas de salud de hombres y mujeres. El capítulo incluye datos sobre la situación de estos problemas en México, en aquellos casos en los que está documentada, y se señalan las carencias de información que existen en el país, que impiden conocer por el momento dicha situación en otros casos, sin embargo, se proporciona información de otros países que sí han logrado documentarlos.

El capítulo dos describe la Misión y la Visión del Programa Mujer y Salud. El capítulo tres describe el Programa Mujer y Salud, y la idea novedosa de crear un Consorcio Nacional Mujer y Salud, con una amplia participación transversal, intersectorial y multisectorial, de la sociedad civil organizada y de las instituciones académicas

involucradas en el estudio de los temas de interés del programa, y basada en un financiamiento mixto: público, privado y de carácter internacional.

En este capítulo se plantean los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas a alcanzar de acuerdo a los cinco componentes del PROMSA, incluyendo los que llevarán a que se logre la institucionalización de la perspectiva de género.

El cuarto capítulo da cuenta de los indicadores, criterios y procedimientos que se utilizarán para evaluar el desempeño del programa y el logro de los objetivos planteados.

I. En dónde estamos

Relación género, mujer y salud

La incorporación de la perspectiva de género por parte de los tomadores de decisiones en las políticas públicas en general y de salud en particular, ha sido defendida por algunas académicas de los estudios de género y por organizaciones de la sociedad civil, con el argumento de que existen tres fuentes de inequidad por género en el mundo: la primera fuente la constituyen las normas y los valores vinculados con lo masculino y lo femenino (la concepción de la sexualidad, segregación de la mujer, etc), los cuales a pesar de que pueden modificarse, han constituido una fuente constante de inequidad; la segunda fuente, son las inequidades derivadas directamente del género, que restringen el desarrollo equitativo de las personas (división sexual del trabajo, roles, etc.) y la tercera fuente, corresponde a los agentes externos, las instituciones familiares, legales, laborales, educativas y de salud, que pueden o no legalizar, legitimar y perpetuar la discriminación. Es indispensable crear un contexto jurídico y sociocultural que elimine toda forma de discriminación y que promueva prácticas de equidad y respeto por las personas que permitan, a su vez, a los individuos y los diversos grupos de la sociedad, especialmente los más marginados, llevar a cabo cambios a nivel de su comunidad, familia y persona. Se ha documentado en diversos países y contextos que, cuando no se dan ciertos cambios institucionales, las decisiones individuales son muy costosas y pueden inclusive dejar a la persona en una condición de menor empoderamiento. El empoderamiento se refiere a la capacidad para exigir o alcanzar un estatus que legítimamente le corresponde a una persona, y se le ha negado, y una manera de definirlo en términos operativos es hacer referencia a la posibilidad de las personas para tomar decisiones estratégicas y elegir vivir su vida de la manera que desean vivirla.

La incorporación de la perspectiva de género en el sector salud representa sumarse a un esfuerzo por promover cambios que den origen a relaciones más democráticas en la interacción entre hombres y mujeres, y entre estos y las instituciones, en especial en los ámbitos de la prestación de servicios de salud, la construcción del conocimiento y la tecnología relacionadas con la salud-enfermedad así como del uso de la violencia en la resolución de conflictos, del comportamiento sexual y las responsabilidades derivadas de la reproducción, en virtud de que todas estas acciones podrían derivar en mejores condiciones de salud para hombres y mujeres.

DEFINICIÓN DE GÉNERO

A pesar de los muchos usos y significados que tiene y ha tenido la categoría género, es posible encontrar coincidencias en cuestiones centrales como, por ejemplo, que se trata de una construcción social y cultural de lo que se considera femenino y masculino. A partir de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se construyen ideas y representaciones acerca de qué distingue a los hombres y a las mujeres más allá de sus cuerpos y sus características físicas. Es así que se cada sociedad define perfiles ideales que se traducen en un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades diferentes para cada sexo.

El género es una categoría que da cuenta de las relaciones de poder entre hombres y mujeres que varían de acuerdo con los diferentes grupos socioeconómicos y culturales. Para conocer el impacto que éstas relaciones tienen en la salud de las personas, es necesario analizarlas más allá del contexto de las condiciones socioeconómicas de las mujeres, e incluir los comportamientos y la manera en que tanto hombres como mujeres viven e interpretan las relaciones entre ellos y la forma en que la organización y funcionamiento de los servicios de salud está matizada por éstos significados sociales.

El género y la salud

La perspectiva de género, particularmente entendida como una categoría dinámica que se construye socialmente, abarca a hombres, a mujeres y sus relaciones, y permite estudiar la forma en que la construcción de las identidades, las desigualdades y las relaciones de género pueden poner en riesgo el bienestar de hombres y mujeres, tanto en contextos tradicionales como en ámbitos modernos.

La revisión de la literatura acerca de las diferencias por sexo en los indicadores de salud muestra, que en las sociedades occidentales y occidentalizadas, donde las desigualdades de género en el acceso a recursos no son muy pronunciadas, y donde predominan las enfermedades crónicas y degenerativas como causas de mortalidad, las mujeres enferman más que los hombres, pero los varones mueren antes que las mujeres.

GRÁFICA

Tabla 1. Tasas específicas de mortalidad por edad y sexo e índices de mortalidad masculino-femenino por edad por diabetes mellitus.

PAIS	SEXO	25-44 AÑOS		45-64 AÑOS		65+ AÑOS	
		TASA	INDICE	TASA	ÍNDICE	TASA	INDICE
Estados Unidos	H	2.9	1.52	19.4	1.12	90.9	0.91
Canadá	M	1.9		17.2		99.6	
México	H	1.7	2.12	15.4	1.41	107.4	0.98
	M	0.8		10.9		108.9	
Cuba	H	7.8	1.34	101.5	0.91	416.0	0.80
	M	5.8		110.4		521.0	
Costa Rica	H	3.1	0.68	16.1	0.43	93.5	0.44
	M	4.5		36.7		209.9	
Rica	H	2.1	0.77	23.9	0.65	108.3	0.72
	M	2.7		36.3		148.5	

Fuente: Pan American Health Organization, Health Promotion Program. NCD mortality trends project. Washington. D.C., PAHO/HPA, 1991. En: Gender, Women and Health in the Americas. PAHO. Scientific Publication no.541Gómez E. (Editora). 1993 Washington, D.C.

En cambio, en contextos donde la condición desigual de las mujeres es muy pronunciada y persiste el predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias, existe una sobremortalidad femenina, en la que la mortalidad materna juega un papel importante. En los primeros, las diferencias por género parecen atribuirse más a los estilos de vida diferentes dictados por normas diferenciadas para hombres y mujeres, mientras que en los segundos la desigualdad y la discriminación aparecen como más relevantes. En México hay poblaciones en ambas circunstancias.

La vinculación entre género y salud puede plantearse de la siguiente manera: el género determina:

- a) Necesidades especiales de atención para hombres y mujeres, incluso cuando se trata de enfermedades que afectan a los dos sexos. Existe evidencia en la literatura acerca de omisiones y consecuencias negativas en términos de oportunidad de diagnóstico, calidad de atención y evolución de enfermedades que se han producido como consecuencia de generar conocimiento a partir de ensayos clínicos realizados en varones y aplicarlo en mujeres asumiendo que no existen diferencias entre ambos. De los ejemplos que pueden citarse, quizá uno de los más ilustrativos es el caso de la enfermedad coronaria, reconocida desde hace mucho como una de las principales causas de muerte en varones de mediana y avanzada edad. Sin embargo, ha sido solo recientemente que se ha estudiado con cierto grado de significación a las mujeres. De acuerdo con diversos estudios presentados en septiembre de 2001 en el XXIII Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología, a pesar de que también las mujeres son propensas a presentar infartos al miocardio, ésta se ha considerado básicamente una enfermedad de varones y esto se refleja en el hecho de que las mujeres representan tan solo el 20% de la población estudiada en ensayos clínicos sobre tratamiento en caso de infarto. De acuerdo con los especialistas, las mujeres son biológicamente diferentes, tienen respuestas sistémicas diferentes y es necesario promover esta conciencia entre las autoridades que financian los estudios para que pongan más atención en las mujeres. Los especialistas discutieron la importancia de comprender la fisiología cardiovascular particular de las mujeres.

Tabla 2. Índice de mortalidad masculino-femenino por edad por infarto agudo al miocardio, en 1987.

PAIS	25-44 AÑOS	45-64 AÑOS	65 + AÑOS
Estados Unidos	4.24	2.89	1.48
Canadá	4.45	3.65	1.65
México	2.60	2.59	1.47
Cuba	2.63	2.02	1.30
Costa Rica	4.68	2.68	1.80

Fuente: PanAmerican Health Organization, Health Promotion Program, NCD mortality trends project. Washington, D.C., PAHO/HPA, 1991. En: Gender, Women and Health in the Americas. PAHO. Scientific Publication no.541Gómez E. (Editora). 1993 Washington, D.C.

La revisión de la literatura con perspectiva de género permite constatar que todavía existen muchos aspectos en los cuales las mujeres no son tratadas de acuerdo con la medicina basada en evidencias; se les sigue tratando como minoría. En México, no contamos con suficiente información para documentar ésta situación entre lo que pueden mencionarse algunos trabajos en los que puede constarse que se da atención diferenciada; en la rehabilitación de la diabetes y la hipertensión se ha comprobado que el impacto de la actividad física sobre la recuperación, es incluso mayor que el de la pérdida de peso. Sin embargo, la indicación para hacer ejercicio es diferencial para hombres y mujeres y son mucho menos las mujeres que llevan a cabo actividad física que los varones.

Comprender los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres en las diversas enfermedades, desde lo biológico, lo psicológico y lo social, tiene implicaciones para la salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida para las y los ciudadanos.

b) Riesgos específicos asociados a actividades o actitudes consideradas femeninas o masculinas. La socialización diferenciada tiene como consecuencia que hombres y mujeres vivan de manera diferente el concepto de riesgo y además, que desempeñen actividades diferentes, que por ende, los expone a riesgos distintos. Por ejemplo, a los varones se les educa vinculando el cuerpo con la dureza, la fuerza y la violencia; es un espacio de riesgo, de exposición constante. La división sexual del trabajo, reserva a los varones las actividades que suponen mayores peligros físicos.

Para muchas mujeres, el cuerpo es vivido como un espacio de esfuerzo y sufrimiento en el que se manifiestan sus funciones primordiales: la reproducción y el “ser para otros”.

INCLUIR GRÁFICA POR DEFUNCIONES EN TASAS Y GRÁFICA DE ACCIDENTES.

c) Distinta percepción de necesidades de salud en hombres y mujeres. El hecho de que la sociedad asigne a las mujeres el rol de cuidadora de los otros, y a la identidad masculina le atribuya la independencia, influye directamente en la manera en que hombres y mujeres perciben los signos y síntomas de la enfermedad, el momento en el que deciden buscar atención médica así como cuidados profesionales o de sus familiares. Influyen en la forma en que los proveedores de los servicios de salud responden a las demandas de atención y la manera en que se asume o no el rol de enfermo(a) y cuidador(a).

INCLUIR LAS GRAFICAS DE LA ENSA 2 SOBRE USOS Y MOTIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los datos sobre la utilización de los servicios de salud en México muestran que las mujeres hacen más uso de los mismos en edad y por causas reproductivas.

d) En el nivel macrosocial, distinta prioridad en la asignación de recursos públicos para la atención a la salud y la investigación. En cuanto a la asignación de recursos públicos para la atención a la salud, es posible identificar la marca que el género le imprime cuando se observa que la organización de los servicios de salud reflejan la idea de que las

mujeres son amas de casa que pueden asistir a consulta en las mañanas. Por otro lado, en las campañas de salud y los programas comunitarios, se invierten los recursos en capacitar a las mujeres para que sean las operarias de los mismos.

La mujer no sólo es objeto de la atención a la salud, sino también un sujeto activo en la atención de la salud. En todos los grupos sociales en México las mujeres son, tradicionalmente, las responsables de cuidar la salud de la familia, en especial la de los niños pequeños, los ancianos y los discapacitados. Esta carga es especialmente pesada para las mujeres de pocos recursos, ya sea que trabajen solo dentro o también fuera del hogar, y que no cuentan con ayuda profesional o doméstica, ni acceden a los escasos servicios privados que existen para cubrir estas necesidades. Las mujeres en México se enfrentan, cada vez más, a un importante dilema: a pesar de que ellas se están incorporando al mercado de trabajo remunerado a un ritmo acelerado, no reciben apoyo ni reconocimiento alguno por el cumplimiento de su tarea de “cuidadoras” de la salud en el ámbito doméstico.

INCLUIR GRÁFICA DEL DR. NIGENDA SOBRE TRABAJO DE MUJERES Y HOMBRES COMPARATIVO

Esto se debe en gran medida, a los valores culturales que prevalecen, según los cuales, estas funciones son inherentemente femeninas. No sólo son vistas así por los hombres de la casa sino también por la sociedad en general, el estado e, incluso, por las propias mujeres que cumplen, sin reclamar, con su “doble y hasta triple jornada”.

Adicionalmente, la falta de políticas que promuevan la participación de otros miembros de la familia en los cuidados de la salud familiar perpetúan y acentúan esta situación. Además, la falta de servicios para aligerar la carga de las mujeres como cuidadoras de la salud en el nivel doméstico también tiene una influencia determinante. En algunos países como Bélgica, Francia y Escandinavia, se han resuelto incorporando licencias de paternidad además de las de maternidad así como la justificación de ausencias del padre para el cuidado de las y los niños en caso de enfermedad. El número de guarderías es totalmente insuficiente en el país y la calidad de las mismas es heterogénea. Finalmente, no existen en México suficientes programas ni servicios públicos ni privados que se responsabilicen del cuidado de ancianos que ya no son autónomos o de personas de cualquier edad con capacidades disminuidas. Mientras estos servicios no existan, ni la cultura ponga sobre otros miembros de la familia la misma presión que pone actualmente sobre las mujeres, éstas vivirán conflictivamente los papeles que les toca jugar, con frecuencia prácticamente incompatibles.

En cuanto a la asignación de recursos en la investigación así como la definición de temas a investigar, vale la pena mencionar que además de los determinantes socioculturales diferenciales en la salud de hombres y mujeres, la necesidad de documentar, de igual manera, las diferencias biológicas entre varones y mujeres, es cada vez más inaplazable, en virtud de que no se han contemplado lo suficiente y en los últimos años la investigación en biología ha adquirido poderosas herramientas que pueden utilizarse para responder nuevas preguntas. Las diferencias más evidentes y más estudiadas entre los sexos han sido las vinculadas con los sistemas reproductivos. Sin embargo, se ha mostrado que existen numerosas diferencias no reproductivas. Las diferencias en patrones

de enfermedad y en espectro de vida entre hombres y mujeres, se traducen en respuestas variables a los agentes farmacológicos, y a distintas manifestaciones de diversas enfermedades tales como las cardiovasculares, la obesidad o los trastornos autoinmunes, entre otras. Los expertos insisten en que comprender las bases de estas diferencias basadas en el sexo, es importante para poder desarrollar aproximaciones novedosas en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

INCLUIR CUADRO DE LA DRA RICO.

Se han documentado también diferencias relacionadas con la salud mental que han propuesto de investigación y estudios en curso de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) vinculados con aspectos orgánicos exclusivos de la mujer; destacan entre ellos:

- Investigar más sobre la seguridad y eficacia de los tratamientos de depresión durante el embarazo y la lactancia, en virtud de que el trastorno depresivo mayor es el principal trastorno en las mujeres en la etapa reproductiva y de crianza.
- Investigar cómo y cuándo ocurren los trastornos mentales durante la transición reproductiva y qué tratamientos pueden ser especialmente apropiados para las mujeres durante sus años reproductivos.
- Realizar investigación en neurociencias orientada a examinar diferencias entre hombres y mujeres en el cerebro, que enriquezcan la comprensión de desarrollo normal y patológico. Reportan investigaciones acerca de cómo los esteroides sexuales afectan regiones específicas del cerebro al igual que vínculos funcionales entre el hipotálamo, la pituitaria y las glándulas adrenales; ésta información está mejorando la comprensión acerca de cómo factores hormonales pueden predisponer a las mujeres a trastornos de estado de ánimo y ansiedad.

En cuanto a la salud mental, vale la pena hacer hincapié en la importancia de estudiarla y atenderla con una perspectiva de género y analizar el incremento en las mujeres del consumo del tabaco, el alcohol y otras sustancias nocivas, así como de la alta prevalencia de ciertos trastornos tales como lo de la alimentación y la depresión.

Ejemplos de otras temáticas relevantes para ser estudiadas orgánicamente en forma adicional a la salud mental, son la premenopausia, el climaterio y el síndrome de tensión premenstrual.

En México, se puede constatar la carencia de la aplicación de la perspectiva de género en la investigación. Revisando la investigación realizada en nuestro país y reportada en el 2000 – 2001 en el Medline, en 150 publicaciones, puede observarse que en muchos estudios no se especifica el sexo de los participantes en general, o en temas en los que la diferencia de sexo es relevante, como es el caso de un estudio de fracturas de fémur, se menciona que se estudiaron hombres y mujeres, pero no se reportan por separado los datos; otro caso que refleja la falta de una vertiente de análisis tomando en cuenta las particularidades de las mujeres, es el de estudios en diabetes, que si bien sí mencionan cuántas mujeres se estudiaron y reportan los datos por separado, el sexo no fué tomado en cuenta para el análisis de los datos. Pueden encontrarse también trabajos en los que no se toma en cuenta a mujeres, en éste caso niñas, en un estudio de orina para medir la excreción de nutrientes. Un ejemplo interesante de la manera de interpretar los datos y reflejar los estereotipos de género en las investigaciones encontradas, es el de un estudio

en el que desde el título se especifica que se pretende capacitar a los padres (parents) en la rehabilitación pediátrica, y sin embargo, a lo largo del trabajo, se habla únicamente de las madres.

Como ya se mencionó al inicio del presente capítulo, el concepto de género hace alusión a las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

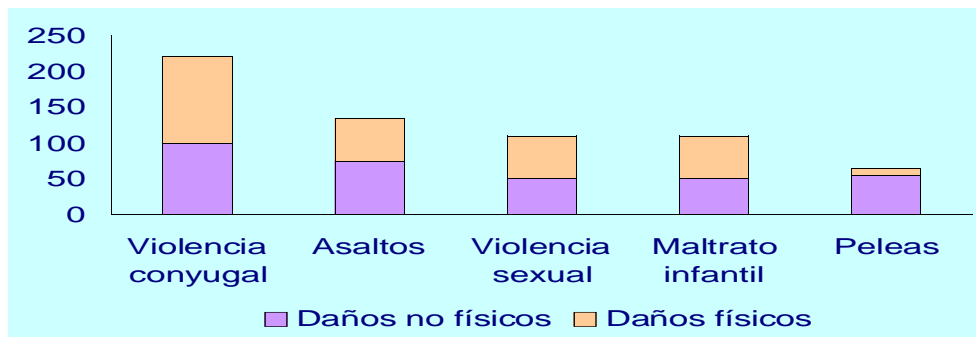
Una manifestación extrema de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el ámbito intrafamiliar es el ejercicio de la violencia. Mientras los varones suelen ser en mayor proporción victimarios y víctimas de la violencia extradoméstica, las mujeres y niños son quienes casi siempre sufren la violencia sexual y la violencia física y psicológica en el ámbito doméstico. Estas agresiones producen daños de diversos tipos, directos e indirectos, tales como lesiones, mutilaciones, embarazos no previstos y abortos, traumas emocionales, trastornos psicológicos, trastornos de la alimentación, estrés crónico, depresión, enfermedades de adaptación, trastornos sexuales, menoscabo de funciones y habilidades y propensión a comportamientos de riesgo debidos a sensaciones de pérdida de control sobre el propio cuerpo y a la disminución de la autoestima y la transmisión transgeneracional de la violencia.

Años de vida saludables perdidos en la Ciudad de México

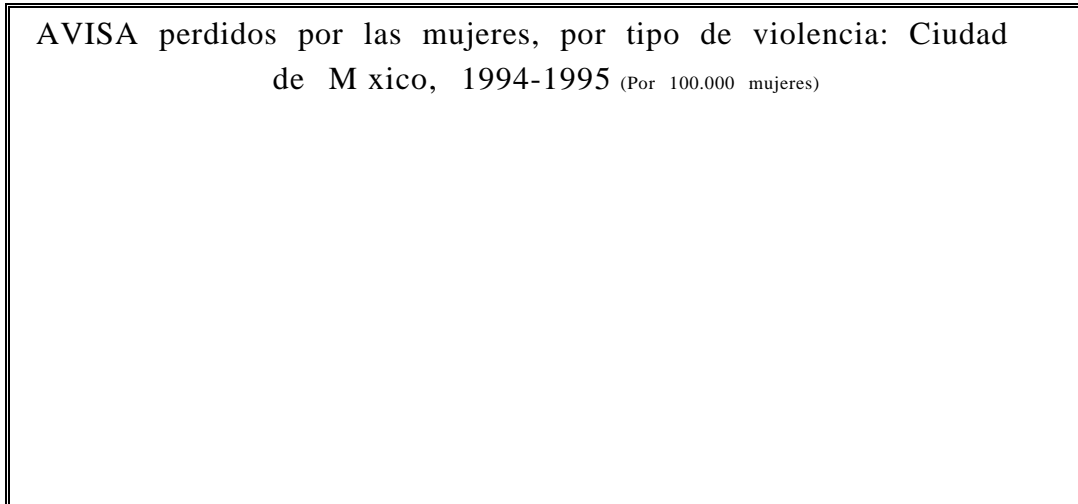
Pérdida de años de vida saludable (AVISA)

En la Ciudad de México:	
1er lugar	Diabetes
2do lugar	Problemas de parto
3er lugar	Violencia Doméstica

Fuente: Lozano A.R. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia doméstica contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.



Años de vida saludable perdidos por mujeres por tipo de violencia en la Ciudad de México 1994-1995

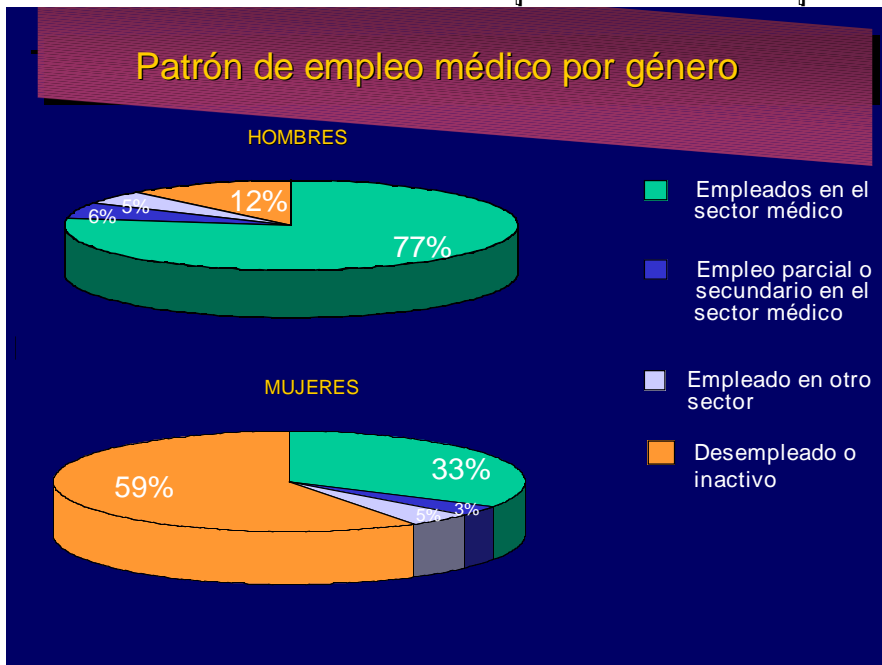


Otra perspectiva de la dimensión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres que ha sido señalada con potencial para afectar la salud, se refiere a las interacciones en la prestación de servicios y a las jerarquías de valoración social intra y extrafamiliares en la atención a la salud. Los prestadores de servicios de salud tienden a dirigir autoritariamente la interacción con los y las usuarias. Esta dinámica de poder, que debe ser explorada en situaciones concretas, tiene diversas consecuencias posibles para la salud, que van desde la interpretación errónea o descontextualizada de signos y síntomas, hasta la imposición de medidas terapéuticas o anticonceptivas, o su omisión, sin considerar las necesidades de quien requiere la atención, ni su capacidad de decisión. Existen estudios que muestran que el grado de adecuación de las pacientes a los supuestos culturales que maneja el médico se relaciona directamente con la calidad de la atención que reciben. Algunos trabajos han explorado el tipo de interacción entre personal de salud y usuarios y de ambos sexos, encontrando reflejada una asimetría fundamental entre hombres y mujeres que explica muchas características de los encuentros médicos. Es así, que en los encuentros médicos mixtos (es decir, en donde los actores son de diferente sexo), el *master status* de las mujeres (sean médicos o pacientes) es su condición de mujer, mientras que el de los hombres es su condición de médicos o de pacientes, según el papel que jueguen. Un indicador de la dinámica de poder que tiene lugar en la interacción entre dos personas, es la frecuencia de interrupciones y hay trabajos que documentan que cuando el médico es una mujer y el paciente un hombre, los pacientes tienden a interrumpir a la doctora con mucha mayor frecuencia que cuando los papeles son invertidos.

Otro aspecto de la participación de las mujeres en el cuidado de la salud, es su participación mayoritaria como trabajadoras de los servicios de salud. Sin embargo, la gran mayoría de ellas está ubicada en posiciones de muy baja jerarquía y su presencia es marginal entre los mandos superiores de las instituciones de salud, a pesar de que actualmente son mayoría o al menos alcanzan el 50% de la matrícula de las licenciaturas del campo, como es el caso de la carrera de medicina y han sido amplia mayoría en ocupaciones como enfermería, trabajo social y nutrición. Sin embargo, hay un número muy reducido de mujeres en puestos de toma de decisión.

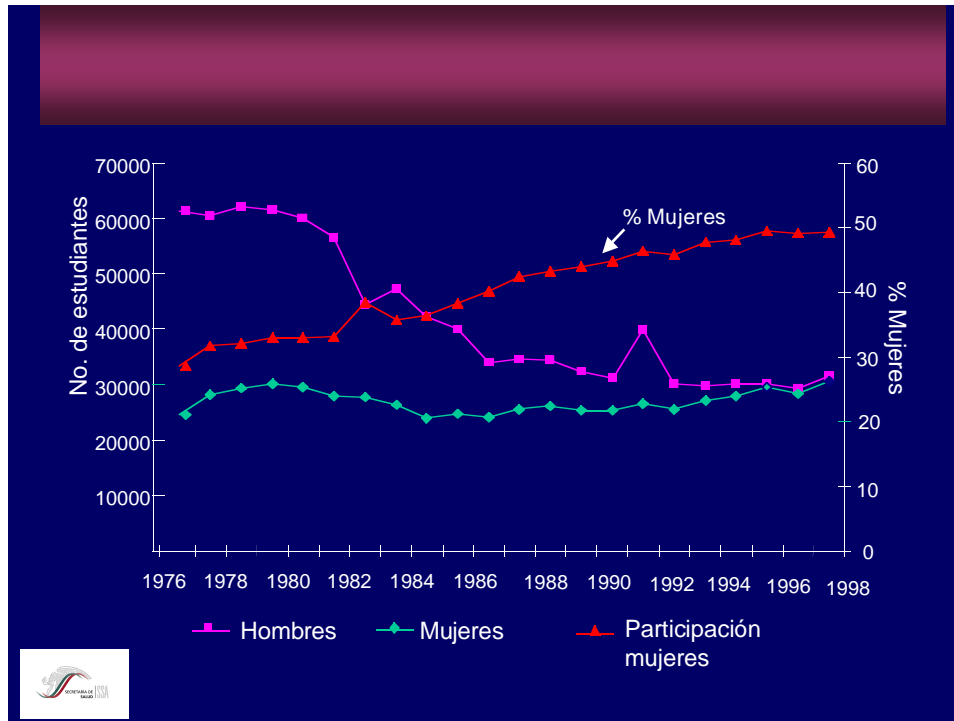
Las desigualdades o asimetrías sociales entre hombres y mujeres, permite documentar las inequidades sociales entre ambos y sus consecuencias para la salud. Dependiendo del modelo y de diversos autores, se señalan factores e interacciones diversas. Una de las dimensiones de la desigualdad que pueden afectar la salud y que se señalan en la literatura sobre el tema son las diferencias entre hombres y mujeres en el acceso a los mercados de trabajo y las condiciones laborales. Un fenómeno documentado en nuestro país es el hecho de que a pesar de que aproximadamente el 50% de la matrícula de la carrera de medicina está compuesta por mujeres, tan solo el 33% de ellas están empleadas en el sector médico contra el 77% de los varones; contrasta igualmente el hecho de que tan solo el 11% de los médicos varones están desempleados contra el 57% de las mujeres graduadas de la carrera.

Patrón de empleo médico por sexo en México, 1999
Patrón de empleo médico por sexo



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano, 2º Trimestre, 1999.

Matrícula en las Escuelas de Medicina por sexo, México, 1970-1998



Pueden señalarse también algunas inequidades de género en las oportunidades de desarrollo en el campo de la investigación, por ejemplo, en el Sistema Nacional de Investigadores, el porcentaje de investigadoras mujeres fue del 18% en 1984 y de 28% en 1998. En 1998, en el área de ciencias biomédicas y química, del total de investigadores, 64.8% eran varones y 35.2% mujeres. Existen mecanismos autoseleccionadores que operan en contra de las mujeres de dicho sistema, los cuales se ven reflejados en hechos tales como que en ese mismo año, tan solo el 28.4% de las solicitudes fueron de mujeres y de ellas solo el 28.7% de las solicitantes fueron aceptadas.

Es importante hacer notar, que existen en nuestro país grupos de mujeres que viven marginaciones sociales y de atención a la salud adicionales a su condición de mujer, Tales son los casos de las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidades y las mujeres reclusas. Este último grupo de mujeres representa un extremo de marginalidad en virtud de que prácticamente ningún programa de atención las contempla. Se calcula que estas mujeres representan aproximadamente el 5% de total de la población de los reclusorios de la República Mexicana. De acuerdo con los datos recabados por la Tercera Visitaduría General de la C.N.D.H en visita a 87 centros de reclusión, existen 7,177 mujeres presas, muchas de las cuales están acompañadas de sus hijos e hijas, los cuales sufren también la falta de atención médica.

La dimensión de la trayectoria de vida es importante en la consideración de los factores que influyen sobre las condiciones de salud de las mujeres. Algunos autores resaltan la importancia de atender a la discriminación desde el nacimiento y luego en la infancia y en la adolescencia; otros señalan que a lo largo de la trayectoria de vida las condiciones de salud y atención a la salud van cambiando, siendo en ciertas etapas, más que en otras, más desfavorables para las mujeres y situando siempre estas diferencias en complejas dimensiones de género.

Consideraciones finales

Algunos aspectos de la salud de la mujer han sido considerados prioritarios por el estado mexicano desde hace varias décadas, especialmente la anticoncepción y la salud materno-infantil. En años más recientes, la preocupación se ha extendido a otras áreas de la vida de la mujer. Ejemplos de ello son la participación activa y decidida de México en las conferencias convocadas por Naciones Unidas en Cairo (ICPD, 1994) y Beijing (ICW, 1995) y las reuniones internacionales de seguimiento cinco años después, la ley contra la violencia doméstica promulgada en años recientes, la creación del Programa Nacional de la Mujer durante la administración anterior.

Pese a estos esfuerzos, los avances son aún limitados. En primer lugar, aún se restringe esencialmente el concepto de salud de la mujer a sus funciones reproductivas y no se ha incorporado un enfoque de ciclo vital, imprescindible para ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades integrales de salud de la mujer. Es así como poco se sabe de las necesidades especiales de las niñas o de la frecuencia y las características (determinadas biológica y socialmente) que los problemas de salud que no son exclusivos de las mujeres adoptan en ellas, ni de cómo ofrecer una atención que responda efectivamente a estas necesidades.

A la falta de conciencia y de información contribuye el hecho que las estadísticas hospitalarias y de vigilancia epidemiológica no están desagregadas por sexo.

Si bien la cobertura de servicios para problemas de salud reproductiva y en general los de morbilidad y de seguimiento epidemiológico, es razonablemente amplia, la calidad técnica, humana y ética sigue siendo en ocasiones irregular y deficiente (ejemplos de ello son la injustificadamente alta prevalencia de cáncer de cuello uterino, para el que existen pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento eficientes; el mal trato que frecuentemente reciben las mujeres en los servicios de atención obstétrica, especialmente cuando acuden a las instituciones para recibir cuidados para complicaciones del aborto, y las violaciones a los derechos reproductivos y al consentimiento informado que manifiestan las usuarias de los servicios de planificación familiar).

Finalmente, vale la pena enfatizar, que a pesar de la obvia importancia de tomar al género como una variable esencial en la determinación de la salud y enfermedad, en el sector público el término “género” es, hasta ahora, parte de la retórica, pero no se ha incorporado todavía a las políticas y programas de un modo consistente y articulado.

La preocupación por la salud de la mujer no es privativa del sector público. De hecho, en México existen organizaciones civiles fuertes y cada vez más numerosas e involucradas

en diversas actividades. En aquellos lugares donde están presentes, muchas de las organizaciones no gubernamentales han jugado un papel destacado, influyendo en la opinión pública y en las decisiones políticas. Además, si bien se han establecido algunos mecanismos formales para vincular al sector público y a las organizaciones civiles, éstas han sido experiencias aisladas que todavía no han ofrecido los resultados que potencialmente pueden dar.

Para ampliar la cobertura en los problemas prioritarios de salud vinculados con la reproducción, la Dirección General de Salud Reproductiva tendrá a su cargo los programas de Salud Reproductiva, Cáncer Cérvico-Uterino, Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata y Arranque Parejo.

Por otro lado, con objeto de atender los rezagos en la calidad técnica, humana y ética que sigue siendo irregular y deficiente en los problemas de salud reproductiva, y dada la importancia de incorporar la perspectiva de género en el sector salud y promover el diseño programas de información, investigación y atención de la salud con ésta perspectiva, que además incluya una visión del ciclo vital en la salud de hombres y mujeres, fue creado el Programa Mujer y Salud, que se describe en el siguiente capítulo.

II A dónde queremos llegar

Visión

De conformidad con los valores y principios definidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa Mujer y Salud establece que para el 2015 los programas, proyectos y servicios de salud se diseñen, presupuesten y evalúen con enfoque de género; atiendan las necesidades particulares de salud que tienen las mujeres y los hombres en función de los papeles que socialmente se les asignan y que asuma plenamente la responsabilidad en tareas como la prevención y atención a la violencia familiar y sexual. Además, prevé contar con un Sistema Nacional de Información en Salud que desagregue por edad y sexo los reportes de todos sus componentes e incorpore indicadores de evaluación de la situación de salud de la población, recursos y servicios de salud, sensibles al género. Al mismo tiempo el Programa Mujer y Salud aspira a un Sistema de Salud con una proporción de mujeres en puestos directivos equitativa y donde las trabajadoras de la salud sean beneficiarias de acciones afirmativas que favorezcan su desarrollo humano.

Misión

La misión del Programa de Acción Mujer y Salud es realizar actividades de sensibilización, capacitación, promoción y difusión del concepto de género al interior del sector salud para que se incorpore la perspectiva de género en los programas de acción, presupuestos, sistemas de información, líneas de investigación y servicios de salud, con la finalidad de contribuir a mejorar la situación de salud de las mujeres y los hombres, tomando en cuenta las diferencias que imprime su condición de género. El programa promoverá la incorporación de medidas tendientes a eliminar la discriminación por género en la contratación y desarrollo laboral del personal de salud, y gestionará ante las instituciones de educación media superior y superior, la incorporación de la perspectiva de género en los programas de formación de los profesionales y técnicos en el campo.

III. Qué camino vamos a seguir

El Programa Mujer y Salud

El Programa Mujer y Salud es una iniciativa destinada a incorporar la perspectiva de género en la Secretaría de Salud. Debido a la situación de desventaja en que se encuentran las mujeres, y a la apremiante necesidad de acciones afirmativas en favor de la población femenina a lo largo de todo el ciclo de vida, este programa pretende dar respuesta a las necesidades de las mujeres como usuarias de los programas y servicios de salud, y como proveedoras de cuidados a la salud en el nivel doméstico, comunitario y en las instituciones. Sin embargo, sus acciones tendrán siempre en la mira la situación específica de los varones y su relación con los asuntos que el programa aborde.

El PROMSA se ha planteado objetivos, estrategias y líneas de acción para los cinco componentes sustantivos, que lo conforman, a saber:

1. Institucionalización de la perspectiva de género
2. Salud de las mujeres
3. Información e investigación
4. Mujeres trabajadoras de la salud
5. Salud doméstica y comunitaria

1. **Institucionalización de la Perspectiva de Género.** A través de este componente se pretende integrar la perspectiva de género, y desarrollar políticas de equidad de género en la acción regular de las áreas centrales de la Secretaría de Salud. Esto implica incidir en la modificación de las normas, políticas y presupuestos relacionados con el quehacer de la institución. Transformar los métodos de interpretación y análisis de los problemas de salud, la cultura organizacional, así como las estructuras organizativas y procedimientos operativos en el ámbito del gobierno federal, ya que se trata de incorporar sistemática y regularmente la dimensión de género en todas las prácticas y actividades de la institución. En virtud de que la institucionalización de la perspectiva de género implica una transformación total del ejercicio institucional, implica necesariamente la

transversalidad como estrategia para modificar la racionalidad de las dependencias y la forma en que éstas abordan los problemas de salud de hombres y mujeres.

2. **Salud de las mujeres.** Este componente estará dedicado a promover una visión de la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital, que incluya como un componente esencial a la salud sexual y reproductiva, pero que no se limite a ésta. Asimismo, bajo este componente del Programa Mujer y Salud se enfatizará el enfoque de género haciendo especial énfasis en los problemas o aspectos relevantes para la salud de la mujer que: a) sean exclusivos de las mujeres; b) que tengan una mayor prevalencia entre las mujeres; c) que tengan consecuencias más graves (biológicas, psicológicas o sociales) para las mujeres; d) que impliquen factores de riesgo diferentes para las mujeres; y e) que reciban una atención diferente en los servicios (usualmente de menor calidad), cuando la persona que los padece es una mujer.

3. **Información e investigación.** El Programa Mujer y Salud promoverá la generación de información desagregada por sexo y edad en el sistema de estadísticas de salud a nivel del sector. Con base en esta información desagregada, se propone diseñar y promover la utilización de un conjunto de indicadores de salud con enfoque de género que permita dar seguimiento a las acciones contenidas en el Programa Nacional de Salud que tengan un componente de género o estén dirigidas a las mujeres.

En cuanto a la investigación clínica y de salud pública, especialmente aquella dedicada a la evaluación de intervenciones o programas, el Programa Mujer y Salud evaluará (**analizará?**) la prioridad que actualmente se está asignando a la mujer en términos de los temas investigados, el sexo de los sujetos reclutados, la pertinencia de las conclusiones para las mujeres, etc. En México, al igual que en muchos otros países, los investigadores no suelen incluir al género como una variable de análisis fundamental.

4. **Mujeres trabajadoras de la salud.** En la actualidad, se busca impulsar la participación de la mujer como política de gobierno, misma que debe tener un reflejo claro en el campo de la salud. Este campo se caracteriza por la participación masiva de las mujeres; sin embargo, dicha participación exhibe rezagos históricos que deben ser solucionados. Por ejemplo, no existen políticas afirmativas que establezcan que, a igualdad de condiciones, se de prioridad a una mujer cuando se recluta a un profesional. Los programas de especialización no toman en cuenta las necesidades de las mujeres en el ámbito de la vida familiar y establecen, por ejemplo, límites de edad que se convierten en barreras infranqueables para que una profesional compatibilice la reproducción con el desempeño profesional. No existen políticas que protejan el trabajo de las mujeres en períodos de reproducción, particularmente de aquellas que trabajan con contratos por períodos definidos. Tampoco existen prestaciones sociales que permitan a los hombres desarrollar actividades ligadas a la crianza de los hijos, compartiendo la responsabilidad con las mujeres. En general, no existe un enfoque que realce el valor social de las mujeres como fuerza de trabajo con necesidades específicas.

5. **Salud doméstica y comunitaria.** El cuidado de la salud en el núcleo familiar debería ser una prioridad para toda sociedad, pues de ello depende, en gran medida, el desarrollo del capital humano, el buen funcionamiento del mercado laboral y el logro de la equidad de género. Sin embargo, el cuidado de la salud familiar ha sido tradicionalmente una labor de las mujeres que se ejerce sin ninguna remuneración ni reconocimiento, y es muy poco valorada por los varones, la familia, la sociedad y las propias mujeres. La población mexicana está entrando en una fase de rápido envejecimiento, lo cual implica desafíos adicionales en el futuro cercano, parte de los cuales, tendrán que ser enfrentados por la estructura familiar. A ello se agregan los cambios en la estructura de la familia mexicana y la reducción consecuente de las redes de apoyo que aún harán más demandante la tarea de las mujeres como productoras de cuidados a la salud en el ámbito doméstico, si no se toman las medidas necesarias.

Por ello, el Programa Mujer y Salud se propone abogar y promover la equidad de género en los cuidados de la salud a nivel doméstico y comunitario, a través del impulso de políticas con un enfoque de género que promuevan la participación de la familia en la protección de la salud de sus miembros y, a la vez, faciliten el desarrollo pleno de mujeres y hombres como individuos y como actores sociales.

El Consorcio Nacional Mujer y Salud

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (antecedente de la actual Secretaría de Salud) fue creada en 1943, y desde entonces ha atravesado por distintas reformas. Hoy contamos con servicios de salud para población abierta descentralizados prácticamente en su totalidad, lo que significa que la operación de los mismos es manejada por el ejecutivo de las entidades federativas. Por su parte las instituciones de seguridad social, proporcionan servicios de salud además de otras prestaciones sociales y económicas derivadas de una relación contractual. Desde su creación las instituciones de seguridad social han sido organismos públicos descentralizados que se coordinan con diversos sectores del gobierno federal, pero que administrativamente son absolutamente independientes y que cuentan con patrimonio y recursos propios así como sus propios órganos de gobierno y leyes, normas y reglas de operación.

Por otro lado el sector salud es responsable de operar la política en materia sanitaria del ejecutivo federal, sin embargo existe una responsabilidad compartida con otros sectores de gobierno en la promoción de políticas saludables tales como el sector educación, trabajo, política social, economía, impartición de justicia, entre otros. Además la sociedad civil ha ido ganando un espacio de participación cada vez más relevante en la definición y provisión de servicios y atención a la salud.

Por todo lo anterior, y para lograr que el alcance de los esfuerzos realizados por el PROMSA, no se limite al sector central del gobierno federal, se instaló el Consorcio Nacional Mujer y Salud. Se trata de una iniciativa que pretende involucrar de manera muy activa a todos los actores del sector salud y de sectores afines, así como a la sociedad civil y a la academia para analizar, diseñar y proponer las iniciativas que

permitan avanza la agenda del programa a nivel nacional con un alcance sectorial, multisectorial y multidisciplinario.

El Consorcio podrá beneficiarse de los aportes de las instituciones públicas del sector salud y especializadas en asuntos de la mujer (Instituto Nacional de las Mujeres y sus equivalentes estatales), y de organizaciones no gubernamentales de índole técnica como Population Council y FUNSALUD. Esta conjunción de esfuerzos resulta ventajosa para el Programa, ya que reúne la capacidad de convocatoria y el mandato para definir políticas, normas y programas de las instituciones públicas, al conocimiento, experiencia, y reconocimiento nacional e internacional del que gozan estas organizaciones privadas. Además, este esquema de colaboración resultará, por si mismo, una experiencia digna de ser evaluada y replicada en caso de que sea exitosa. Por último, la colaboración que se propone resultará atractiva para los organismos que financian programas y servicios dirigidos a mejorar la condición de las mujeres en México que, seguramente, se interesarán por un esquema innovador como éste, que supera la tradicional y desafortunada dicotomía público-privada.

Como es una iniciativa intersectorial, colaborará con dependencias de otros sectores que juegan un papel esencial en relación con la mujer y la salud, ya sea generando y procesando información, operando centros de atención o programas con clara influencia sobre la salud de la mujer a cargo de programas para grupos vulnerables. Asimismo, el programa 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 la salud de la mujer.

Dado que el Consorcio es una iniciativa incluyente y representativa de los intereses y las necesidades percibidas por las mujeres, ha solicitado la colaboración y participación de la sociedad civil organizada en aspectos relativos a la información, investigación, cooperación técnica, difusión y vinculación de la investigación con la toma de decisiones en asuntos que afectan a la salud de la mujer.

El *Consortio Nacional “Mujer y Salud”* estará organizado en tres niveles:

1. El Consejo de Conducción, al que son convocados los titulares de las instituciones y organizaciones miembro (ver Anexo), será co-presidido por el Secretario de Salud, la Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres, el Presidente Ejecutivo de FUNSALUD, y la Directora de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council. Como Secretaria Técnica fungirá la Coordinadora del Programa Mujer y Salud.
2. El Consejo Técnico, será co-presidido por las y los representantes de las instituciones que co-presiden el Consejo de Conducción. Como Secretaria Técnica fungirá la Directora de Enlace del Programa Mujer y Salud. Los miembros de este Consejo serán las y los representantes de las instituciones que conformen el Consejo de Conducción, más representantes de las entidades federativas, organizaciones de la sociedad civil, e instituciones académicas. El pleno del Consejo Técnico sesionará formalmente al menos cuatro veces al año, y será consultado las veces que sea necesario. Para lograr avances en asuntos específicos de la agenda que el Consorcio se proponga, se organizarán grupos de trabajo al interior de este Consejo, los cuales establecerán sus agendas de trabajo y los mecanismos de interacción con los otros grupos de trabajo.
3. El Consejo Asesor Internacional, al que se invitará a participar a especialistas mundiales en los temas de interés del programa. Este Consejo sesionará una vez al año o cada 18 meses.

Objetivos, estrategias y líneas de acción

En concordancia con los objetivos del Programa Nacional de salud 2001-2006, que pretenden mejorar las condiciones de salud de las y los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas, el Programa Mujer y Salud 2001-2006, se propone los siguientes objetivos:

Objetivo general

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, así como las que ponen en desventaja a las primeras en el acceso y utilización de servicios de salud de calidad; y las que limitan el desarrollo humano de las mujeres en tanto que prestadoras de servicios no formales de atención a la salud, así como de las trabajadoras de la salud.

Objetivos específicos

1. Integrar la perspectiva de género en el quehacer regular de las instituciones del sector salud.
2. Contribuir a la mejoría de la salud las mujeres y los hombres a través de la incorporación de la perspectiva de género a los programas de prevención y control de enfermedades así como de la mejoría de la calidad de la atención a la salud derivada del reconocimiento de las particularidades que generan tanto el sexo como el género en el proceso salud-enfermedad-atención a la salud.
3. Contribuir a reducir el impacto de la violencia familiar y sexual en la salud de las víctimas en especial las mujeres, las niñas y los niños.
4. Contribuir a la identificación de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de calidad de la atención que determinan los diferenciales en salud entre mujeres y hombres.
5. Impulsar la eliminación de la discriminación por género entre las y los trabajadores de la salud.

6. Disminuir la carga que para las mujeres supone la desigual distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud doméstica y comunitaria.

Estrategias

1. Difundir entre los profesionales de la salud, investigadores y tomadores de decisiones información sobre el impacto de las diferencias biológicas y la inequidad de género en las necesidades de salud de las mujeres y los hombres; sobre la forma en que éstos acceden y utilizan los servicios de salud, y sensibilizarlos respecto a la necesidad de incorporar la perspectiva de género en sus actividades.
2. Involucrar activamente a los distintos actores que conforman el sector salud; a otros sectores clave para el logro de políticas saludables; a instituciones académicas y a la sociedad civil, en el Consorcio Nacional Mujer y Salud, para la consecución de políticas de salud conjuntas que incorporen la perspectiva de género a nivel nacional en el sector salud.
3. Generar o promover la generación de información que permita documentar los riesgos y características diferenciales de salud entre hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital así como el avance en el logro de la disminución de las inequidades de género en términos de salud.
4. Promover el establecimiento de acciones afirmativas en las instituciones de salud que favorezcan el desarrollo humano y laboral equitativo de las trabajadoras de la salud.
5. Promover el establecimiento de programas y proyectos que disminuyan la carga que para las mujeres supone el cuidado de la salud doméstica y comunitaria a través de la redistribución de estas responsabilidades entre el resto de los miembros de la familia, particularmente los varones.

A continuación se detallan las líneas de acción específicas definidas para cada componente del Programa.

1. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Líneas de acción

1. Organizar reuniones, seminarios y talleres dirigidos a mandos medios y superiores sobre equidad de género, género y políticas públicas, género y ciudadanía, y género y salud enfatizando las particularidades que imprimen los roles de género en el proceso salud-enfermedad-atención a la salud durante todo el ciclo de vida; así como sobre los diferenciales por género en la calidad de la atención a la salud, con la finalidad de que incorporen medidas para reducir las inequidades en salud asociadas al género.
2. Realizar campañas para informar a la población general sobre aspectos relevantes sobre la salud de las mujeres, enfatizando la importancia de empoderar a las mujeres y de la salud como un derecho ciudadano, y promover la incorporación de la perspectiva y la equidad de género en las campañas de comunicación y promoción de la salud.
3. Realizar labor de abogacía en espacios como el Consejo Nacional de Salud, el Consejo de Salubridad General y otras instancias de trabajo y colaboración de las y los funcionarios de salud de alta jerarquía y a nivel de mandos medios, para que se impulsen en el ámbito de su competencia iniciativas que promuevan la equidad de género.
4. Realizar un análisis sobre la legislación vigente relacionada con la salud de las mujeres, su situación laboral en el campo de la salud, y cualquiera que se considere obstaculice la equidad de género en materia de salud y elaborar las propuestas de reforma o adición que correspondan; identificar las iniciativas que lleguen al Poder Legislativo sobre asuntos relacionados con género y salud, y brindar información y asesoría técnica permanente a las comisiones de salud y de equidad de género de las Cámaras de Diputados y de Senadores para la discusión de las mismas.
5. Coordinar la ejecución de investigaciones que documenten la situación institucional que guardan las distintas dependencias del sistema nacional de salud respecto a la equidad de género, y vincular esta información con las implicaciones que tiene para su desempeño y eficiencia, tanto a nivel de su funcionamiento interno, como de los servicios que presta; así como promover la elaboración de normas, lineamientos y procesos que permitan eliminar las distintas formas institucionales de discriminación

por razones de género, tanto en la elaboración de programas, como en la prestación de servicios, distribución de recursos y en las reglas de funcionamiento interno.

6. Brindar asesoría técnica a las áreas operativas responsables del diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud, para que incorporen la perspectiva de género en su trabajo, a nivel de los procesos de planeación, diseño de políticas, trabajo de las y los funcionarios, trabajo del personal de salud y funcionamiento de los servicios.
7. Diseñar e implementar programas de capacitación para la elaboración de programas y presupuestos sensibles al género¹ para mandos medios y superiores.
8. Realizar un inventario de documentos y recursos especializados en género y políticas públicas, género y ciudadanía, género y salud, salud de las mujeres, violencia doméstica y violencia sexual y establecer mecanismos de difusión impresa y electrónica de los mismos.
9. Participar, junto con el Consejo Técnico del Consorcio Nacional Mujer y Salud, en el seguimiento del cumplimiento de los compromisos en materia de salud de las mujeres derivados de los acuerdos internacionales firmados por el gobierno mexicano.

2. SALUD DE LAS MUJERES

Líneas de acción

1. Participar en proyectos de investigación que permitan identificar los factores habilitadores y las barreras que enfrentan las mujeres fuera y dentro de las instituciones de salud para acceder a los servicios de planificación familiar y a los métodos de regulación de la fecundidad de manera libre e informada, y promover la realización de proyectos de investigación relacionados con la eficacia, seguridad y aceptabilidad de nuevos métodos de control de la fecundidad que amplíen la capacidad de elección de las mujeres y sus parejas.
2. Promover que se incorporen medidas tendientes a reforzar la libre elección informada de los métodos de regulación de la fecundidad, la participación responsable de los hombres en la puesta en práctica de esta elección, así como el respeto a los derechos

¹ Se identifica como presupuestos sensibles al género a aquellos que además de distinguir el monto de recursos destinados a atender a hombres y mujeres éstos sean proporcionales a las necesidades de cada grupo y además que se incluyan recursos específicamente destinados a financiar actividades tendientes a reducir las inequidades de género.

reproductivos que consagra la ley, incluyendo la capacitación del personal operativo de los servicios de salud sobre la perspectiva de género y su incorporación a la atención a usuarias y usuarios de los servicios de salud.

3. Participar en proyectos de investigación sobre la magnitud, distribución e impacto de la violencia familiar y sexual en México, la disponibilidad, accesibilidad y utilización de servicios de salud integral para la atención de casos de estos tipos de violencia, así como la calidad de la atención brindada en esos casos.
4. Diseñar y evaluar modelos de prevención y atención integral de la violencia familiar y sexual; y desarrollar en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres materiales y estrategias educativas para la capacitación del personal operativo de los servicios de salud en la detección y manejo integral de dichos casos de violencia.
5. Realizar actividades de sensibilización de los directivos y gerentes de las instituciones de salud sobre la importancia de las mismas en la detección y atención oportuna de casos de violencia familiar y sexual, así como en el manejo integral de los mismos, con la finalidad de promover el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 de prestación de servicios de salud. “Criterios para la atención médica de la violencia familiar en las unidades de salud” y proporcionar la asesoría necesaria para el cumplimiento de dicha Norma.
6. Participar en la documentación de los diferenciales de acceso a la nutrición en mujeres de distintos grupos de edad y nivel socioeconómico en México asociada a la valoración diferencial por género y sus consecuencias sobre la salud
7. Promover que se reconozca la necesidad de incorporar medidas tendientes a reducir la inequidad de género en el acceso a la nutrición, a través de los programas de atención alimentaria, y proporcionar la cooperación técnica necesaria para elaborar materiales y estrategias educativas para la promoción de la salud que fomenten una distribución equitativa de los nutrientes al interior de los grupos familiares, y difundan los factores de riesgo nutricional asociados al incremento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso entre las mujeres ocurrido en la última década.
8. Promover la realización de proyectos de investigación que permitan identificar los factores de riesgo asociados al género relacionados con las principales causas de enfermedad de las mujeres y los hombres, así como los factores facilitadores y las

barreras para la búsqueda de servicios de detección y tratamiento oportunos en distintos segmentos de la población del país.

9. Promover la ejecución de proyectos de investigación que exploren la existencia de diferencias clínico-patológicas según género en las enfermedades crónicas que ocasionen retraso o errores en el diagnóstico y afecten la calidad de la atención proporcionada a las mujeres.
10. Colaborar con las áreas responsables de los programas de prevención y control de las principales causas de enfermedad, para el diseño y producción de materiales y estrategias para la capacitación del personal operativo de los servicios de salud que les permita incorporar la perspectiva de género en las actividades operativas de atención a las y los usuarios de los servicios de salud.
11. Colaborar con las áreas responsables de los programas de prevención y control de enfermedades crónicas, en el diseño y producción de materiales y estrategias para la capacitación del personal operativo de los servicios de salud que les permita identificar las diferencias clínico-patológicas según género en las enfermedades crónicas que ocasionan retraso o errores en el diagnóstico con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.
12. Desarrollar en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres materiales y estrategias educativas para la capacitación del personal operativo de los servicios de salud en la detección y manejo integral de los casos de violencia familiar y sexual.
13. Elaborar en colaboración con las áreas responsables de los programas de asistencia nutricional y los expertos en materia de nutrición y salud, materiales y estrategias educativas para la promoción de la salud que fomenten una distribución equitativa de los nutrimentos al interior de los grupos familiares y la prevención de la obesidad en la mujer adulta.
14. Participar en la asesoría a capacitadores y personal de salud, tanto mandos medios y superiores como a los prestadores de los servicios, en el manejo de la prevención, detección y atención de la violencia familiar y sexual.
15. Realizar actividades de sensibilización dirigidas a los responsables de los Servicios de Salud de las entidades federativas para que atiendan las necesidades de salud de mujeres en situación de mayor desventaja, tales como: mujeres jefes de familia,

indígenas, discapacitadas y mujeres en reclusión, así como de los menores que habitan con ellas.

3. INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Líneas de acción :

1. Organizar reuniones y seminarios técnicos para sensibilizar a los responsables de los subsistemas de información en salud respecto de la necesidad de contar con información desagregada por sexo y edad, así como la identificación e incorporación de variables e indicadores clave para el análisis de la situación de salud de la población y de los servicios prestados, desde la perspectiva de género.
2. Promover la incorporación de cuentas satélite en el sistema de información sobre cuentas nacionales de salud.
3. Participar en colaboración con el Instituto Nacional de las mujeres en el diseño y puesta en marcha de un subsistema de información sobre violencia familiar y sexual.
4. Realizar actividades de sensibilización de los directivos y responsables de unidades de atención a la salud, sobre la importancia del registro de los casos de violencia familiar y sexual.
5. Realizar investigaciones para la construcción, evaluación y validación de indicadores de proceso, de resultado y de impacto con perspectiva de género, adecuados a diversos contextos culturales, sociales y económicos del país, que permitan medir la situación de salud y sus determinantes al nivel individual y poblacional.
6. Promover la creación de un subsistema de información sobre género y salud, y colaborar con los responsables de los sistemas institucionales de información en salud en su diseño y construcción, así como en la divulgación de sus productos.
7. Asesorar a los investigadores del campo de la salud sobre la incorporación de la perspectiva de género en los protocolos de investigación en los distintos estadios, desde la formulación de las preguntas de investigación, la elección de diseños y poblaciones estudiadas, hasta la interpretación de los resultados.
8. Diseñar un programa de sensibilización, en colaboración con El Colegio de México (PIEM, PSRS) y el PUEG, para los integrantes de la comunidad científica del área de la salud incluyendo a los investigadores, directivos y evaluadores del CONACYT y

del Sistema Nacional de Investigadores, integrantes de Comisiones de Investigación y de Ética, sobre la importancia de documentar las características diferenciales de hombres y mujeres tanto en los aspectos biológicos como en los psicológicos y socio-culturales vinculados con el proceso de salud-enfermedad, para que elaboren protocolos que incluyan la perspectiva de género tanto en las preguntas de investigación, como en los diseños de los estudios, la composición de las poblaciones estudiadas así como en el análisis e interpretación de los resultados.

9. Participar en investigaciones que documenten las características de la investigación que se realiza en el campo de la salud, principalmente en lo relativo a las preguntas de investigación, los diseños, las poblaciones estudiadas y la interpretación de los resultados.

4. MUJERES TRABAJADORAS DE LA SALUD

Líneas de acción

1. Realizar actividades de difusión de la perspectiva de género para sensibilizar a los directivos y responsables de las instituciones que conforman el sector salud, en particular a los directivos y responsables de las áreas administrativas sobre los derechos laborales de las trabajadoras de la salud, con la finalidad de que tomen medidas para eliminar las prácticas discriminatorias.
2. Participar en la realización de proyectos de investigación que documenten el impacto sobre la salud de las trabajadoras del sector, de las dobles y triples jornadas que su condición de género les impone.
3. Impulsar la adopción de medidas de apoyo a las mujeres en etapa de formación en las profesiones de la salud durante el embarazo, la lactancia y la etapa de crianza de sus hijos.
4. Realizar un diagnóstico de las condiciones de contratación, trabajo, ingreso, oportunidades de ascenso, de capacitación, permanencia en el trabajo de las mujeres que laboran en el campo de la salud.

5. Asesorar a los mandos superiores y responsables de las áreas administrativas para que incorporen acciones afirmativas en beneficio de las mujeres y procedimientos no discriminatorios de reclutamiento, selección y promoción de personal.
6. Promover la disponibilidad de servicios de apoyo a madres trabajadoras de la salud incluyendo estancias infantiles con horarios paralelos a los horarios de trabajo de las madres.
7. Realizar reuniones y seminarios para difundir la perspectiva de género y sensibilizar a los directivos de las instituciones de educación técnica y superior de las carreras relacionadas con la salud, con la finalidad de que tomen medidas para eliminar las prácticas discriminatorias hacia las mujeres.
8. Realizar actividades de sensibilización del personal académico de las instituciones de educación técnica y superior sobre el impacto en la salud individual y colectiva que tienen las diferencias de género, en los factores de riesgo, acceso a los servicios de salud, calidad de la atención, entre otros aspectos.
9. Diseñar un programa de sensibilización, en colaboración con el Programa Universitario de Estudios de Género, para directivos y evaluadores del CONACYT, del Sistema Nacional de Investigadores, Comisiones de investigación y ética en investigación, instituciones de investigación, académicas y de asistencia con la finalidad de incorporar acciones afirmativas que promuevan el desarrollo académico y profesional de las mujeres que participan en actividades de investigación en salud.

5. SALUD DOMÉSTICA Y COMUNITARIA

Líneas de acción :

1. Realizar reuniones, talleres y seminarios de difusión de la perspectiva de género con la finalidad de sensibilizar a los directivos del sector salud, para que reconozcan la aportación social y económica del trabajo de las mujeres en el cuidado de la salud al interior de los grupos familiares y de las instituciones de salud; así como de la necesidad de contar con espacios alternativos de atención diurna para enfermos crónicos, discapacitados y ancianos, que contribuyan a aligerar la carga de trabajo de las mujeres y les permita disponer de tiempo para otras actividades.

2. Diseñar programas de difusión de la perspectiva de género para sensibilizar a los responsables del diseño y ejecución de los programas de salud comunitaria con el objeto de que promuevan la equidad de género en las actividades de participación comunitaria de los programas de salud.
3. Promover entre los responsables del diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud comunitaria la adopción de procedimientos que aseguren el reconocimiento, visibilidad y compensación económica equitativa a las mujeres por su participación en programas como PROGRESA, PAC, Comunidades Saludables y otros similares.
4. Asesorar a los responsables del diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud comunitaria en el diseño e incorporación de estrategias preventivas de la violencia familiar y sexual en dichos programas.
5. Participar en proyectos de investigación que permitan estimar el valor social y económico del trabajo de las mujeres como proveedoras de cuidados de salud al interior de los grupos domésticos.
6. Participar en el diseño y evaluación de modelos de atención diurna extra-domiciliaria de enfermos crónicos, discapacitados y ancianos.
7. Participar en investigaciones sobre el impacto de las dobles y triples jornadas de trabajo en la salud de las mujeres.

Metas

- Sensibilizar y capacitar al 80% de las y los funcionarios de nivel medio y superior en equidad de género, género y políticas públicas y género y salud.
- Incorporar la perspectiva de género en el 90% de los programas de acción prioritarios en materia de salud.
- Elaborar una propuesta de modificaciones a la estructura programática en salud que permita elaborar presupuestos sensibles al género en las dependencias de salud.
- Capacitar al 80% de las y los funcionarios de nivel medio y superior en presupuestos sensibles al género
- Contar con un Sistema Nacional de Información en Salud que sea capaz de generar el 100% de sus reportes desagregados por edad y sexo.
- Contar con un sistema de indicadores de género y salud que permita conocer el impacto del género en la situación de salud de hombres y mujeres, y evaluar los avances del Programa Mujer y Salud.
- Cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999 *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar en las Unidades de Salud* en el 75% de las unidades de atención a la salud.

- Diseñar e implantar un modelo integral de atención a la salud en casos de violencia familiar y sexual.
- Proporcionar a todas las mujeres en reclusión y a sus hijos, los servicios de salud esenciales que se contemplan para la población en general.
- Publicar reportes de resultados de investigación sobre el impacto del género en la salud de las y los mexicanos a través de compilaciones, revistas y libros científicos y de divulgación.
- Contar con líneas de investigación con perspectiva de género sobre enfermedades crónicas, adicciones, infecciones de transmisión sexual, salud mental, nutrición, calidad y satisfacción de usuarias y usuarios de servicios de salud y violencia familiar y sexual, en desarrollo en instituciones de salud y/o académicas.
- Incrementar la proporción de mujeres beneficiadas en el proceso de selección de personal para contrataciones-promociones en puestos directivos y de alta responsabilidad, tanto en las áreas centrales como en las unidades de atención a la salud y áreas de investigación.
- Alcanzar el 50% de espacios para mujeres en las comisiones para cursos de capacitación extra-institucional.
- Lograr que el 50% de las becas institucionales para la formación de posgrado de trabajadores de la salud sea otorgado a mujeres.
- Incrementar la eficiencia terminal para las mujeres en los programas de residencias médicas de especialización en un 30%.
- Disponibilidad de servicios de guardería de 24 horas para las mujeres trabajadoras de la salud con horario nocturno.
- Reducir en 40% la carga de trabajo de las mujeres relacionada con actividades de atención a la salud comunitaria.
- Incrementar la participación de varones en actividades de salud comunitaria en un 75%.
- Diseñar un modelo de servicios de atención diurna extra-domiciliaria de enfermos crónicos, discapacitados y ancianos.

IV. Cómo medimos los avances

Los avances del Programa de Acción Mujer y Salud se medirán a través de los siguientes indicadores de resultado o impacto, que corresponden a las metas planteadas para el mismo:

- Proporción de funcionarios de nivel medio y superior acreditados en seminarios de equidad de género, género y políticas públicas y género y salud.
- Proporción de programas prioritarios que incorporan la perspectiva de género en su diagnóstico, objetivos, líneas de acción, metas e indicadores de evaluación.
- Publicación de la propuesta de modificaciones a la estructura programática en salud que permita elaborar presupuestos sensibles al género en las dependencias del sector.
- Proporción de funcionarios de nivel medio superior acreditados en cursos sobre presupuestos sensibles al género.

- Proporción de reportes del Sistema de Información en Salud desagregados por edad y sexo disponibles.
- Publicación anual de indicadores de la situación salud con perspectiva de género.
- Proporción de unidades de atención a la salud donde se aplica correctamente la NOM-190-SSA1-1999 *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar en las Unidades de Salud.*
- Publicación del Modelo Integral de Atención a la Salud en casos de violencia familiar y sexual.
- Cobertura de servicios esenciales de salud en mujeres reclusas y sus hijos.
- Número de reportes de resultados de investigación sobre el impacto del género en la salud de las y los mexicanos publicados.
- Número de líneas de investigación en salud con perspectiva de género en desarrollo.
- Proporción de mujeres beneficiadas por los procesos de contratación-promoción para puestos directivos y de alta responsabilidad.
- Proporción de mujeres beneficiadas por comisiones de capacitación extra-institucional.
- Proporción de mujeres beneficiadas por becas institucionales para la formación de posgrado.
- Eficiencia terminal de las mujeres inscritas en residencias médicas de posgrado.
- Proporción de unidades de atención a la salud con horario nocturno que disponen de servicio de guardería en ese mismo horario.
- Promedio de horas a la semana que destinan a actividades de los programas de salud comunitaria las mujeres residentes en localidades beneficiadas por estos programas.
- Número de hombres que participan al año en actividades de los programas de salud comunitaria.
- Publicación de un modelo de servicios de atención diurna extra-domiciliaria de enfermos crónicos, discapacitados y ancianos.

La responsabilidad del seguimiento de las acciones al interior de la Secretaría de Salud al nivel federal será responsabilidad directa de la Coordinación del Programa Mujer y Salud, los avances a nivel estatal y en el resto de las instituciones del sector se realizarán a través de sus representantes en el Consorcio Nacional Mujer y Salud.

Para cada una de las metas las instituciones del sector presentarán un informe de avance, en la reunión anual del Consejo de Conducción del Consorcio Nacional Mujer y Salud.

Bibliografía

Beneria L y Roldán M. The Crossroads of Class and Gender. Chicago y Londres, The University of Chicago Press 1987, pp. 11-12

Castro R. y Bronfman M. Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. En: Figueroa Perea JG. La condición de la mujer en el espacio de la salud. El Colegio de México, México. 1998.

Gómez Gómez (Editora) Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993. pp,xi-xii, Publicación Científica 541

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993. División General de Epidemiología.

Lamas M. El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual. Porrúa/PUEG. Segunda Reimpresión, 2000, pp. México D.F.

“Sobre el inexistente pero insustituible término “empoderamiento”. Población. Boletín Num. 8 The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. Programa de Seguridad y Sustentabilidad. Noviembre, 1999. P. 24

Szasz I. Género y Salud. “Propuesta para el análisis de una relación compleja”.En: Bronfman M y Castro R: “Salud, Cambio social y políticas: Perspectivas desde América Latina. México. EDAMEX, 1999; P:109-118 México, EDAMEX, 1999.

Wizemann T., Parude M-L. Editors. Exploring the Biological Contributions to Human Health. Does Sex Matter?. Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. National Academy Press, Washington D.C. AÑO

Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006

Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Artículos del Dr. Cliserio.

Documento Dr. Nigenda.

Encuesta Nacional de Salud 2000