

Presupuestos Sensibles al Género

Conceptos y Elementos Básicos

**Guía para la formulación de Presupuestos
Públicos con enfoque de Género,
en el Sector Salud.**

Fondo de Desarrollo de las
Naciones Unidas para la Mujer



Presupuestos Sensibles al Género

Conceptos y Elementos Básicos

**Guía para la formulación de Presupuestos Públicos
con enfoque de Género, en el Sector Salud.**

Presupuestos sensibles al género.
Conceptos y elementos básicos. Guía para la elaboración
de Presupuestos públicos con enfoque de género, en el sector salud.

Autoría

Helena Hofbauer Balmori
Dora Sánchez-Hidalgo
Verónica Zebadúay Yáñez
Lucía Pérez Frago
Rosalío L. Rangel Cranado

Primera Edición, 2006.

Esta obra ha sido financiada por UNIFEM.

UNIFEM es el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Suministra asistencia técnica y financiera para programas y estrategias innovadoras que promueven los derechos humanos, la erradicación de la pobreza, la eliminación de la violencia y del VIH/SIDA, e impulsa la participación política y la seguridad económica de las mujeres. Dentro del Sistema de las Naciones Unidas, UNIFEM promueve la equidad de género y vincula los asuntos y las preocupaciones de las mujeres a las agendas nacionales, regionales y mundiales de los países.

Las opiniones manifestadas en esta publicación son de las autoras y no necesariamente reflejan las de UNIFEM, Naciones Unidas ni cualquier otra de sus organizaciones afiliadas.

D.R.Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), 2006

Oficina Regional para México, Centroamérica, Cuba y República Dominicana

Presidente Masaryk No. 29 Piso 6, Polanco

11570, México, D. F.

Tel. (52 55) 5263-9808

Fax: (52 55) 5203-1894

Correo electrónico: unifem@unifem.org.mx

Sitio: www.unifem.org.mx

Diseño Gráfico:

Mónica Aguilar/ Código X, S.C.

Impreso y hecho en México

Índice

Agradecimientos **4**

Presentación **5**

Introducción **9**

1. ¿Qué entendemos por género? **11**

2. ¿Qué se entiende por presupuestos sensibles al género? **18**

3. ¿Cómo se elaboran los presupuestos sensibles al género? **19**

4. Pasos para la formulación de presupuestos sensibles al género **22**

5. Ejemplos de aplicación **31**

6. Factores necesarios para una programación con perspectiva de género **58**

7. Recomendaciones conclusiones **60**

Anexos **62**

Bibliografía **101**

Agradecimientos

El Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) desea expresar su más sincero agradecimiento a la Secretaría de Salud, a FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A. C., y a Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C. por sus valiosos aportes, investigaciones y recomendaciones que hicieron posible la implementación y puesta en marcha del Proyecto “Presupuestos Sensibles al Género” financiado por fondos donados por Bélgica. Como producto del desarrollo de este proyecto, UNIFEM presenta este trabajo, el cual recoge el proceso para incorporar la perspectiva de género a los presupuestos públicos de los gobiernos.

Agradecemos a todos y todas las participantes en el taller realizado para analizar los principales conceptos de aplicación que se vierten en la “Guía Para la Formulación de Presupuestos Públicos con Enfoque de Género, en el Sector Salud”, en virtud de que sus planteamientos e ideas fueron clave para la elaboración de ese documento.

De igual manera, queremos reconocer su aporte a todas las personas que a través de su práctica y experiencia, trazaron las líneas de acción para llevar a cabo el “Programa Mujer y Salud” y su Seminario-Taller sobre “Elaboración de Presupuestos Sensibles al Género”. Asimismo agradecemos a los y las que participaron en las sesiones del Seminario.

A todos y todas, un especial reconocimiento y agradecimiento.

Presentación

Este trabajo es una compilación de las dos iniciativas llevadas a cabo por la Secretaría de Salud acerca de los presupuestos con enfoque de género concretadas mediante “Los Presupuestos Sensibles al Género: Conceptos y Elementos Básicos” (Primera Edición, 2002) de Helena Hofbauer Balmori, Dora Sánchez-Hidalgo y Verónica Zebadúa Yáñez; y la “Guía Para la Formulación de Presupuestos Públicos con Enfoque de Género, en el Sector Salud” (Primera Edición, 2004) de Lucía Pérez Fragosó y Rosalío L. Rangel Granados.

El objetivo de UNIFEM mediante el presente trabajo, es compilar en un solo documento la información más relevante de este novedoso tema, recopilada por la Secretaría de Salud en dichos textos. A tal fin, abarcamos la definición y conceptos básicos acerca de los presupuestos sensibles al género, las experiencias nacionales e internacionales, la investigación efectuada acerca de la integración del enfoque de género en programas y presupuestos y en algunos ejercicios específicos.

Los presupuestos sensibles al género no son presupuestos formulados exclusivamente para las mujeres, ya que al hacerlos se toman en cuenta, en primera instancia, las necesidades particulares de hombres y mujeres, así como su condición y papeles que desempeñan en la sociedad; y, en segunda instancia, se valora, de manera diferenciada el impacto sobre la vida de ambos.

Lograr que los presupuestos sean sensibles al género implica introducir la perspectiva de género en todas las etapas de los programas, proyectos o estrategias gubernamentales (conceptualización, diseño, elaboración de presupuestos, instrumentación y evaluación). Se busca que los intereses, necesidades y prioridades de hombres y mujeres, niños y niñas –en sus distintos grupos sociales – estén adecuadamente incluidos. Dicho ejercicio supone entonces un examen y un reordenamiento de las prioridades presupuestarias desde una perspectiva de género en apoyo del empoderamiento de la mujer y la equidad de género.

En el transcurso de los últimos años las iniciativas presupuestarias con perspectiva de género han suscitado conciencia sobre la necesidad de integrar los asuntos de género a las políticas, la planificación y el desarrollo, mostrando formas de reestructurar la asignación de fondos públicos para promover los derechos de las mujeres y la equidad de género. Actualmente, el enfoque de las iniciativas se está ampliando para examinar no sólo el gasto, sino también la recaudación de ingresos y para fortalecer los vínculos entre el análisis de género de los presupuestos y las políticas macroeconómicas.

El éxito de las iniciativas no se mide solamente por los cambios efectuados en el presupuesto sino que puede reflejarse en el aumento de la participación de las mujeres en el proceso de formulación y análisis de presupuestos. La participación de grupos de mujeres constituye un medio clave para garantizar la sustentabilidad de estas propuestas, a medida que las mujeres van adquiriendo el conocimiento necesario para articular sus demandas en diferentes niveles de gobierno.

Otro aspecto a tomar en cuenta, es asegurar que la información y estadísticas con indicadores sensibles al género que se generen, sean utilizadas estratégicamente. Para ello, es primordial que la sociedad civil esté involucrada en el proceso. Mientras más abierto, transparente e incluyente sea el proceso mismo, mayores serán las posibilidades de lograr que el gobierno lo suscriba en términos generales.

Actualmente, UNIFEM apoya los procesos de elaboración e institucionalización de presupuestos con perspectiva de género, brindando asistencia técnica a gobiernos, parlamentos y organizaciones de la sociedad civil, a fin de alcanzar compromisos de todos los países para emprender la iniciativa de presupuestos sensibles al género.

Teresa Rodríguez

Directora Regional de UNIFEM

“Los presupuestos son sumamente importantes porque determinan la forma en que los gobiernos movilizan y asignan los recursos públicos. Los presupuestos se utilizan para concretar políticas, Establecer prioridades y proveer los medios para satisfacer las necesidades sociales y económicas de ciudadanos y ciudadanas. En este sentido, son un indicador del compromiso de un gobierno con los objetivos de empoderamiento de la mujer y la equidad de género”.

Noeleen Heyzer UNIFEM, mayo 2001

Introducción

En muchos casos, la incorporación del enfoque de género en las políticas públicas debe conducir a definir las actividades necesarias para cerrar las brechas de inequidad de género existentes, y a asignar los recursos correspondientes para su ejecución. Existe la convicción de que el ejercicio persistente de una nueva distribución de recursos basado en este enfoque, logrará un impacto diferenciado y favorable sobre la población beneficiaria de los programas.

El enfoque de género persigue, además, hacer más eficiente el ejercicio de los recursos disponibles, en el sentido de atender las necesidades de salud de la población objetivo, por grupos específicos, y así lograr una cobertura mayor de la población beneficiaria. En consecuencia, es un medio para lograr que la Secretaría cumpla con sus objetivos de diluir las inequidades y alcanzar una mayor eficiencia en el ejercicio de su presupuesto.

Esta propuesta es tan sólo un paso más en el camino de la incorporación de la perspectiva de género y una de las posibles alternativas existentes para llevar a cabo el proceso, pues debe admitirse que la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas es un proceso de largo plazo, que requiere de una gran cantidad de cambios culturales e institucionales, sólo posibles de lograr en un horizonte de esta dimensión.

El Presupuesto de Egresos de la Federación es un componente crucial del marco de política macroeconómica; cumple con funciones económicas y sociales esenciales como la redistribución de la riqueza por medio de la asignación de recursos para proveer servicios sociales, la generación de empleo y la promoción del desarrollo. Al ser un medio para alcanzar objetivos planteados en las políticas públicas mediante la asignación de recursos, el presupuesto refleja las prioridades del gobierno y las traduce en términos monetarios. Para que las prioridades del gobierno se concreten, tienen que encontrar expresión formal en el presupuesto y contar con recursos asignados. Si esto sucede, los presupuestos tienen el potencial para contribuir a disminuir las brechas existentes en la sociedad y avanzar en materia de equidad.

Es urgente reconocer que las personas más pobres y con menor capacidad de influencia política son las más afectadas por las decisiones presupuestales; para estos grupos, los programas sociales son especialmente importantes para el bienestar de estos grupos y el de sus familias. El gasto en áreas claves como la salud tiene un efecto considerable sobre su presente y futuro.

Dada la sobre-representación de las mujeres entre los más pobres, los efectos que las políticas y las asignaciones presupuestales tienen sobre ellas son de gran magnitud. Dentro del hogar o de la comunidad, las mujeres, hombres, niños y niñas pueden compartir las mismas condiciones generales de pobreza. Sin embargo, las mujeres y los hombres experimentan estas condiciones y las necesidades que resultan de ellas de manera distinta. Dadas sus diferentes labores y responsabilidades, la condición propia de las mujeres puede llevar a que entre sus necesidades más inmediatas estén una fuente cercana de agua potable y combustible, mayores ingresos para alimentar más sanamente a sus hijos e hijas y mejores servicios de salud para la atención del parto. La experiencia masculina puede derivar en que sus necesidades se relacionen con un mayor acceso a la tierra de cultivo, a la tecnología y a insumos agrícolas. Aunque hombres y mujeres compartan la condición de pobreza, la posición social y económica de las mujeres las pone en una situación de desventaja. Esto puede ilustrarse mediante las disparidades existentes entre los sexos en salarios, oportunidades de empleo y representación política.

¿Qué entendemos por género?

Género es la construcción cultural de la diferencia sexual en una determinada sociedad, y debe ser entendido como una construcción de lo femenino y de lo masculino, que se expresa como las ideas y las prácticas de lo que socialmente se cree, admite y espera de la conducta de mujeres y hombres¹.

El género es, en suma, el sistema de representaciones, símbolos, valores, normas y prácticas que las sociedades construyen e imponen, de modo determinante, a mujeres y hombres, a partir de su diferencia sexual², y constituye el fundamento para asignar roles, funciones y atribuciones diferentes a mujeres y hombres.

¿Sexo o género?

“Género” y “Mujer” no son sinónimos. Los papeles de género se adquieren mediante un proceso de socialización, son específicos a contextos y culturas y, por lo tanto, son susceptibles de transformarse.

De igual manera, “sexo” y “género” son conceptos distintos. “Sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. La confusión entre sexo y género puede clarificarse si al hablar de hombres y mujeres utilizamos la palabra sexo y si se utiliza el concepto de género para referirse al conjunto de ideas, percepciones y valoraciones sociales sobre lo femenino y masculino. Este ejemplo puede explicar la diferencia: Las mujeres tienen la capacidad para embarazarse, por tanto, es una diferencia que responde a cuestiones biológicas. Partiendo en este hecho, la mayoría de las sociedades justifican que el cuidado de los hijos e hijas es responsabilidad de las mujeres. Sin embargo, esto es resultado de la construcción de papeles de género y no derivado de factores biológicos.

¹ Véase LAMAS, Martha (1986) y REVELO B., Patricia (1996).

² Dicho sistema es parte de la cultura de una época determinada, lo que significa que se trata de un proceso dinámico y cambiante, y por ende siempre susceptible de transformación.

¿Qué es la perspectiva de género?

Hacer un análisis con perspectiva de género implica identificar y atender las necesidades de hombres y mujeres de manera diferenciada, reconociendo las desigualdades subyacentes. Por ello, es necesario reconocer que las mujeres se encuentran en una posición de desventaja, tanto social como económica, lo que tiene implicaciones para su efectivo acceso y posibilidades de beneficiarse de políticas, programas y proyectos gubernamentales neutrales.

En otras palabras, la perspectiva de género implica analizar con ojos críticos los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre hombres y mujeres; es decir, las relaciones sociales entre los sexos, partiendo del reconocimiento de que la desigualdad resulta de la construcción social de un hecho biológico: La diferencia sexual.

Cuando se habla de incorporar la perspectiva de género al diseño de políticas y programas, se hace referencia al proceso de evaluación de las consecuencias de dichos programas para las mujeres y los hombres en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias de hombres y mujeres sean un elemento integrante de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas a fin de que ambos se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe.

Esta perspectiva:

- a) Analiza e interpreta las situaciones desde un punto de vista que toma en cuenta cómo se construyen diferenciadamente los papeles masculinos y femeninos en una sociedad.
- b) Observa la forma cómo se relacionan mujeres y hombres en nuestra sociedad y cuestiona dichas relaciones desde tres aspectos fundamentales:
 - El reconocimiento de una distribución desigual de poder entre mujeres y hombres.
 - La valoración del trabajo de las mujeres y su aporte a la formación del ingreso y el patrimonio familiares y, por tanto, al ingreso nacional.
 - El impacto diferenciado que las políticas públicas tienen sobre mujeres y hombres.
- c) Busca encontrar una solución a las desigualdades que resultan de las diferencias entre hombres y mujeres.

El cuestionamiento desde estos aspectos se refiere a lo siguiente:

1. Al examinar los efectos de las políticas públicas debe reconocerse que existe una dis-

tribución desigual de poder en nuestra sociedad, pues en las relaciones sociales y personales las mujeres ocupan generalmente una posición de subordinación; resultado de lo cual experimentan discriminación en muchos espacios y limitaciones en su capacidad de decidir sobre su persona, sobre los recursos económicos del hogar e incluso sobre la distribución de su propio tiempo y las prioridades de su uso.

En un contexto de salud reproductiva, muchas mujeres dependen de la decisión de su pareja (o de otros integrantes del hogar) para emplear algún método anticonceptivo o determinar cuando embarazarse, lo que es un claro ejemplo de cómo se manifiesta esta distribución inequitativa de poder.

2. Es preciso considerar que, en la mayoría de los casos, las mujeres son quienes se encargan del trabajo doméstico y la crianza infantil, es decir, de las actividades de atención, limpieza y mantenimiento de la familia; así como de la educación de niñas y niños, y actividades que se realizan dentro de los hogares. Su contribución, por tanto, resulta de suma importancia para la economía de un país. Sin embargo, tales labores no son valorizadas en términos económicos, y habitualmente tampoco se consideran como trabajo. En consecuencia, se asume que el tiempo de las mujeres que no trabajan fuera del espacio doméstico carece de “valor social” y puede ser destinado a tiempo de espera o a trabajo comunitario no remunerado.
3. Es necesario estudiar con detenimiento el impacto diferenciado de las políticas públicas en mujeres y hombres. Por ejemplo: la reducción del gasto público en salud, que implica menor tiempo de hospitalización para las personas enfermas, tiene un impacto diferenciado en mujeres y hombres, debido a los roles de cuidado asignados en nuestra sociedad a las mujeres. Ellas son las responsables de atender a las personas menores, las enfermas o las de mayor edad de la familia, e incluso de la comunidad. Por tanto, la reducción del gasto en salud produce sobre las mujeres un efecto distinto, que se manifiesta en una carga de trabajo adicional para ellas.

En suma, es importante reiterar que la división sexual del trabajo y los roles de género asociados a ella tienen un impacto diferenciado en la exposición a riesgos para la salud, en la percepción de las necesidades de salud y en la utilización de los servicios correspondientes, hechos que pueden generar mayores inequidades. Así, por ejemplo, las mujeres están expuestas mucho más tiempo que los varones a los contaminantes del ambiente doméstico, como son las emisiones de las estufas de gas o peor aún, de leña, en las áreas rurales, y a los accidentes en el hogar.

Los hombres, como parte de su rol de género, “deben” ser capaces de tomar riesgos y salir victoriosos, testimoniar sus aptitudes como proveedores de recursos en un ambiente de creciente inestabilidad en el empleo y demostrar su virilidad y su capacidad para mantener un desempeño sexual “satisfactorio” permanentemente. A su vez, el rol genérico de las mujeres otorga la mayor importancia a su condición de cuidadora de otros y de atención de la salud familiar, asociados con su capacidad y función reproductiva.

La perspectiva de género no sólo persigue identificar las inequidades existentes, basadas en la diferencia de género, sino lo más importante, que una vez reconocidas intenta buscar la manera de eliminarlas, especialmente desde el diseño de las políticas públicas, las cuales deben proponer acciones concretas encaminadas a atender las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres, reconociendo las inequidades que existen, para erradicarlas.

Llegados a este punto, conviene poner de relieve que la perspectiva de género tiene el propósito de señalar y tratar de suprimir no sólo las inequidades que afectan a las mujeres, sino también las que afectan a los hombres en situaciones que implican exclusión, o ahí donde sus necesidades no son atendidas con oportunidad y suficiencia.

Un ejemplo que expresa inequidad de género para los hombres es que, en su condición de trabajadores, no tienen derecho a servicio de guardería, excepto si son viudos o padres solteros a cargo de sus hijas e hijos, pues se supone que no tienen necesidad de ello por ser varones. No se concibe que deban resolver las tareas de crianza y cuidado infantil, pues se asume que ésta es una responsabilidad "exclusiva" de las mujeres. Otra expresión de la inequidad de género que afecta a los varones, en materia de salud, es el riesgo excesivo de accidentes de tráfico y eventos de violencia social, que su papel masculino les induce a enfrentar.

En este contexto, desde el diseño de la política pública, la atención diferenciada de las necesidades específicas de los diversos grupos sociales significa el desarrollo de estrategias y acciones concretas dirigidas a cerrar las brechas de desigualdad e inequidad, con la correspondiente asignación de recursos para lograrlo.

Por lo dicho hasta aquí, resulta fácil comprender que un presupuesto público con perspectiva o enfoque de equidad de género (o sensible al género, como también suele llamársele) es aquél que en su formulación considera los recursos necesarios y suficientes para llevar a cabo acciones específicas, que servirán para eliminar las brechas de inequidad entre los géneros, mediante la atención de las necesidades diferenciadas de los diversos grupos de hombres y mujeres.

Las mujeres no son un grupo uniforme

Las mujeres no constituyen un grupo homogéneo, tienen necesidades e intereses diferentes y, en ocasiones, divergentes. Existen otras características, además del género, que influyen en la posición social de las mujeres. Hay por lo menos tres diferencias que deben ser tomadas en cuenta por los arquitectos de las políticas públicas:

- En primer lugar, las diferencias de clase, raza, etnia y edad. Si nos referimos al sistema público de salud, es claro que las mujeres pobres dependen en mayor medida de éste que las mujeres ricas o de clase media, quienes pueden acceder a servicios privados. Consecuentemente, un recorte presupuestal en materia de salud afectará más a las primeras que a las últimas.
- En segundo lugar están los papeles desempeñados por las mujeres en las distintas etapas de su vida. El sector salud debe atender las necesidades de las mujeres cuando están embarazadas, en el momento del parto, cuando sufren algún accidente relacionado al trabajo, en la etapa de la menopausia, el climaterio y en la senectud. De igual forma, las políticas deben atender los papeles simultáneos de las mujeres, es decir, las distintas funciones que desempeñan en una misma etapa de su vida. Por ejemplo, el hecho de ser madre y trabajadora.
- En tercer lugar están las diferencias geográficas. Una política diseñada para mujeres pobres al ámbito rural no necesariamente beneficiará a mujeres que viven en condiciones de pobreza en las ciudades.

Es así como, si no tomamos en cuenta las diferencias entre distintos grupos de mujeres, las políticas que atienden la problemática de un grupo pueden llegar a afectar negativamente a otro. Sin embargo, es importante enfatizar que las relaciones de género atraviesan todos los niveles de la vida política, económica, social y cultural. De ahí su relevancia, frente a otros tipos de diferencias, para atacar las inequidades existentes.

Implicaciones del género en la economía

La macroeconomía trata con los agregados de la producción de bienes y servicios de un país. Sus tres elementos principales son la política de tipo de cambio, la política monetaria y la política fiscal. Las iniciativas de presupuestos sensibles al género se enmarcan dentro de esta última. Introducir la perspectiva de género dentro de la macroeconomía contribuye a un mejor diseño de las

políticas: una política macroeconómica más sensible a las desigualdades existentes en materia de género, crearía un “circulo virtuoso” en el cual la reducción de las desigualdades de género llevaría a la disminución de las limitantes que estas inequidades han representado, lo que a su vez conllevaría a un desempeño macroeconómico más exitoso.

La macroeconomía se compone por las empresas (el sector privado) y el gobierno (sector público). Una macroeconomía sensible al género debe incluir además a los hogares, la llamada “economía del cuidado”. La economía del cuidado se refiere a la actividad humana que tiene que ver con el proceso de cuidar de la fuerza laboral presente y futura, e incluye la reproducción, la provisión de alimentos, la confección o compra de vestido y la limpieza de la vivienda. Los componentes de esta economía pueden ser tanto remunerados como no remunerados; sin embargo, por lo general este sector no es asalariado y se excluye de las cuentas nacionales, por lo que no existe una estimación social de su valor económico. Además, este trabajo es llevado a cabo, en su mayoría, por mujeres, quienes invierten gran parte de su tiempo en ello.

La economía del cuidado involucra tres factores principales y relacionados entre sí: en primer lugar, el trabajo no remunerado. Este tipo de labores, esenciales para la reproducción de la fuerza laboral, por lo general no son tomadas en cuenta como “trabajo”, ya que en el modelo económico actual las labores que realmente se valoran son aquellas que tienen asociadas una recompensa monetaria. En segundo lugar, el uso del tiempo. La división del trabajo asigna a las mujeres la mayoría del trabajo no remunerado, mientras que los hombres se relacionan principalmente con la economía productiva remunerada. Las mujeres, en adición a sus labores no remuneradas, deben participar en el sector productivo, lo que reduce de manera significativa su tiempo libre, a menos que transfieran parte de sus labores a otra persona, quien, la mayor parte de las veces, será otra mujer (por ejemplo, las hijas, las nueras o las trabajadoras domésticas). Por último, el hogar como unidad de análisis de los efectos de la política social no deja ver el beneficio individual de los servicios públicos. Así, las políticas deben cuestionar qué constituye a una familia o a un hogar y preguntarse cómo afectan a los individuos, hombres y mujeres, niños y niñas, que viven a su interior.

Implicaciones del género en la salud

El género determina necesidades especiales de atención para hombres y mujeres, incluso para enfermedades que afectan a ambos sexos. El hecho de que se apliquen los resultados de ensayos clínicos realizados en hombres como válidos para mujeres, ha generado consecuencias negativas en la oportunidad de diagnóstico, en la calidad de atención y en la evolución de enfermedades.

Un ejemplo es el caso de la enfermedad coronaria, reconocida como una de las principales causas de muerte en varones de mediana y avanzada edad. Las mujeres representan tan solo el 20% de la población estudiada en ensayos clínicos sobre tratamiento en caso de infarto. Comprender los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres en las diversas enfermedades, incluyendo 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.

La socialización diferenciada tiene como consecuencia que hombre y mujeres vivan de manera diferente el concepto de riesgo. Sus actividades diferentes los exponen a riesgos distintos; por ejemplo, a los varones se les educa vinculando el cuerpo con la dureza, la fuerza y la violencia. Para muchas mujeres el cuerpo es vivido como un espacio de esfuerzo y sufrimiento en el que se manifiesta una de sus funciones primordiales: la reproducción.

El hecho de que se asigne a las mujeres el papel de cuidadoras y a los hombres se les atribuya la independencia, influye directamente en la manera en que hombres y mujeres perciben los signos y síntomas de la enfermedad y en el momento en el que deciden buscar atención médica. Esta percepción influye también en la forma en que los proveedores de los servicios de salud responden a las demandas de atención.

En México, las mujeres acuden con más frecuencia a los servicios de salud en edad reproductiva y cuando están embarazadas. Además, la manera en que los servicios de salud están organizados asume que las mujeres no tienen un ejemplo formal y, por lo tanto, son quienes pueden asistir y acompañar a sus familiares a las consultas en la mañana. Otra característica del sistema de salud de nuestro país es que las campañas y programas comunitarios capacitan a las mujeres para que ellas los operen, sin tomar en cuenta que con esto se aumenta su carga laboral.

¿Qué se entiende por presupuestos sensibles al género?

El gobierno de México reconoce la necesidad de reducir las inequidades entre hombres y mujeres. En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 se afirma que se deben transformar las condiciones de inequidad de género en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, y poner a la disposición de las mujeres los medios y los recursos para que desarrollen integralmente sus capacidades, contribuyan, tengan acceso, control y disfrute efectivo de los beneficios de desarrollo. Además, se ha comprometido con iniciativas internacionales dirigidas a este fin, por ejemplo, la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 y los Acuerdos de El Cairo de 1994. A pesar de la voluntad expresada, lo limitado de los recursos estatales ha hecho que este compromiso sea difícil de cumplir. Las iniciativas de presupuestos sensibles al género facilitan el uso efectivo de los recursos con que el Estado cuenta. Además, se refieren a una variedad de procesos y herramientas que buscan evaluar el impacto de los presupuestos en diferentes grupos de mujeres y hombres.

A través de los presupuestos con perspectiva de género se busca modificar las desigualdades existentes, al distribuir y orientar de una manera más adecuada y equitativa los recursos. Su propósito es examinar cómo el gasto público obstruye o promueve la equidad de género y determinar cómo las asignaciones presupuestales afectan las oportunidades sociales y económicas de hombres y mujeres. De esta manera, los presupuestos con enfoque de género permiten asignar los recursos monetarios necesarios para que el gobierno tenga la capacidad real para forjar el camino hacia la equidad y así alcanzar mayor consistencia entre las metas económicas y los compromisos sociales.

Los presupuestos sensibles al género se refieren tanto al análisis de los presupuestos existentes por medio de una nueva perspectiva, como a la elaboración de mecanismos y procesos para introducir el enfoque de género en las políticas y programas gubernamentales y, por consiguiente, a la elaboración de presupuestos.

¿Cómo se elaboran los presupuestos sensibles al género?

La formulación de presupuestos públicos sensibles al género implica, como paso previo, el diseño de políticas públicas con el mismo concepto de equidad. Por ello, aquí se explica cómo incorporar este enfoque tanto en la fase de programación como en la de presupuestación.

Este trabajo se ha desarrollado para conducir la incorporación del enfoque de equidad de género en los procesos de programación y presupuestación de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud. La elaboración de presupuestos sensibles al género tiene el objetivo de lograr un ejercicio de recursos más eficiente y con resultados más equitativos en la atención de las necesidades de salud entre grupos diversos de la población.

Así, este trabajo constituye una herramienta para que los y las responsables de los diferentes programas de salud incorporen, a las metodologías y procedimientos ya en uso, los objetivos y recursos necesarios para reducir las inequidades de género.

En todo proceso de programación, el diagnóstico es el punto de partida; por lo tanto, aquí se establece como primer paso la revisión del diagnóstico sobre el que se sustenta el programa, pero haciéndolo ahora con el enfoque de género. Es precisamente en esta fase donde debe detectarse la problemática de la inequidad de género y, con base en esta información, establecer las definiciones, objetivos, criterios, prioridades, estrategias y líneas de acción de la política pública.

Por tal razón, desde esta primera etapa deberá integrarse el criterio de la equidad de género, de modo que posteriormente se refleje en todos los componentes del programa, es decir, en los objetivos, estrategias y acciones que se formulen para atender las necesidades específicas de la población beneficiaria.

De manera subsiguiente, la asignación de recursos con un criterio de esta naturaleza deriva de lo establecido en las políticas y programas correspondientes, por lo cual la fase de presupuestación habrá de reflejar de modo necesario la incorporación del enfoque de equidad de género.

Para facilitar la instrumentación del presente trabajo, se han identificado tres momentos o fases: el diagnóstico, la programación y la presupuestación; a cada una de las cuales se asocia la realización de dos pasos o actividades, que deben desarrollarse como parte de ellos. Dichos pasos son los siguientes:

Diagnóstico

1. Revisión y análisis del diagnóstico desde la perspectiva de la equidad de género.
2. Análisis de las inequidades de género

Programación

3. Determinación de componentes y acciones
4. Definición de prioridades

Presupuestación

5. Asignación de recursos para corregir inequidades de género.
6. Diseño de indicadores

El diagrama siguiente muestra la forma en que se organizan y se suceden los pasos. Puesto que su desarrollo es cíclico, dependiendo de las actividades previas que se hayan realizado, se podrá iniciar su aplicación en el paso que corresponda. Aquí se asume que, dado que existe la determinación expresa de la Secretaría de Salud de incorporar el enfoque de equidad de género en sus programas, probablemente algunas direcciones generales o unidades administrativas ya hayan realizado algunas acciones para cumplir con este objetivo. Por ello, cabe la posibilidad de comenzar en un paso distinto del primero.

Por ejemplo, si se cuenta con un diagnóstico y una definición de acciones, ambos elaborados desde la perspectiva de equidad de género, entonces bien puede empezarse el proceso en el paso número 3.

¿Quiénes son los y las encargadas de la aplicación del proceso?

La conducción del proceso debe quedar a cargo de los responsables de las áreas técnicas del programa, que tengan capacidad de decisión sobre la incorporación de criterios que reflejen la

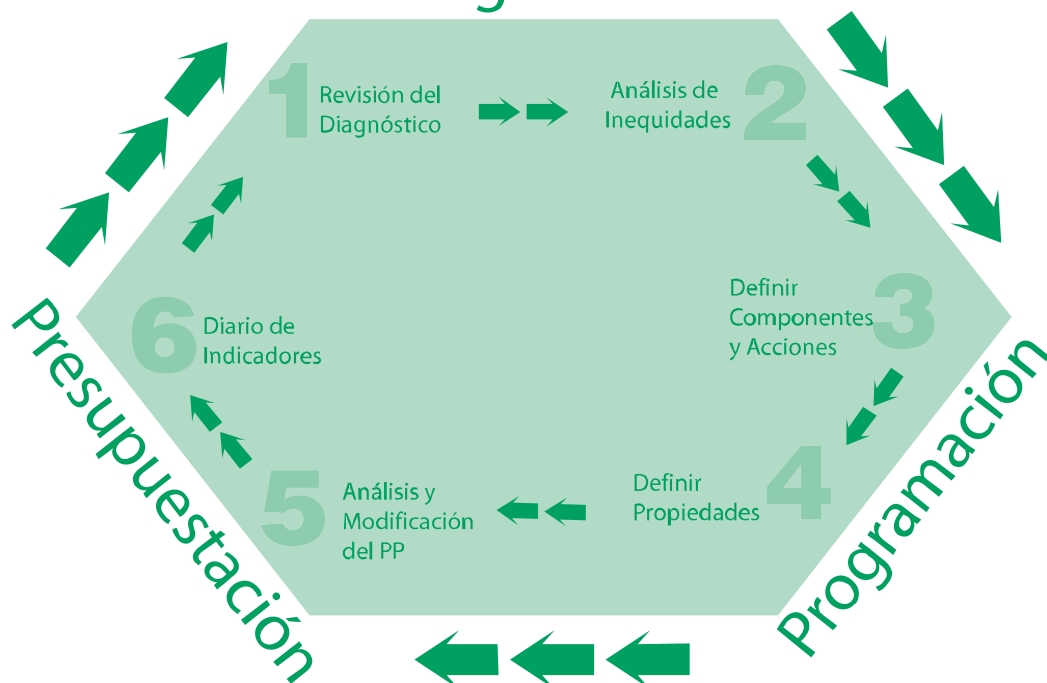
perspectiva de género; además, es necesario incorporar a un o una responsable del área de información correspondiente.

Al menos uno o una de los responsables técnicos del programa deberá haber recibido sensibilización y capacitación sobre el tema de perspectiva de género. Si ninguno o ninguna la hubiera recibido, el Centro para la Equidad de Género de la Secretaría podrá asesorar a la unidad administrativa en la materia.

4

Pasos para formulación de presupuestos sensibles al género

Diagnóstico



22

Desarrollo de los pasos

Los pasos fundamentales para desarrollar el proceso son los siguientes:

1. Revisión del diagnóstico desde la perspectiva de equidad de género.

Todo programa –en principio– basa sus acciones en un diagnóstico del problema que pretende resolver, así que el primer paso consiste en analizar dicho diagnóstico teniendo presente: a) los diferentes roles que la sociedad determina como válidos para mujeres y hombres, y b) la forma en que la diferenciación entre lo femenino y lo masculino influye o puede influir en el problema referido, a modo de constatar si ambos elementos han sido tomados en cuenta en el programa.

El objetivo específico de este paso es disponer de un diagnóstico que incorpore los criterios de equidad de género, y en caso de no ser así, señalar lo conducente para que los incorpore. Un diagnóstico de tal naturaleza exige información desagregada de los distintos grupos de beneficiarios del programa, por sexo, edad y características relevantes socio-demográficas y epidemiológicas, desde el punto de vista de la atención de las problemáticas específicas.

Para saber si el diagnóstico incorpora las diferencias de género y permite identificar las inequidades existentes, sugerimos iniciar el proceso de reflexión con las siguientes preguntas:

- ¿El diagnóstico de las necesidades específicas de salud, tomó en cuenta a los distintos grupos focales de atención o se realizó de forma general para el conjunto de la población afectada?
- ¿La información del diagnóstico está desagregada por sexo, edad, condición epidemiológica y características específicas en cuanto a la forma de acceso y/o utilización de los servicios de salud?
- ¿Toma en cuenta los impactos diferenciados que la enfermedad, o la atención de la salud, tiene sobre los grupos de personas involucrados?

2. Análisis e identificación de inequidades

El desarrollo de este paso debe permitir identificar las condiciones de inequidad en: a) el riesgo de enfermar, b) la percepción de la condición de salud-enfermedad, c) la demanda de atención y d) el acceso y uso de los servicios de salud, derivadas de la influencia que la diferenciación de géneros tiene, e igualmente señalar cómo las diferentes formas de relación social entre mujeres y hombres determinan ciertas condiciones de desigualdad, discriminación o descuido en la atención de sus necesidades de salud, y/o de las de diferentes grupos de beneficiarios del programa.

Para llevar a cabo este análisis, de nueva cuenta, se propone una serie de preguntas guía:

- ¿El diagnóstico proporciona los elementos para saber de qué modo influye la inequidad de género en la posibilidad de verse afectados por el problema de salud?
- ¿Se determina la condición de riesgo de los enfermos por sexo y grupos diferenciados, así como las posibles causas de esto?
- ¿Cuáles son las dificultades o problemas particulares de mujeres y hombres para acceder a los servicios de salud?

- ¿Se advierten inequidades en la atención a las necesidades específicas en los servicios de salud?
- ¿Se identifican asimetrías en la calidad de la atención que reciben las distintas fracciones de la población objetivo, asociadas a su condición de género?
- ¿Se destinan recursos para determinar cuáles son los grupos más afectados por el problema de salud y se busca la posible relación de este hecho con la condición de género?
- ¿Las metas de los programas reflejan la preocupación por la equidad entre mujeres y hombres y por la no discriminación en el acceso y atención a los servicios de salud?

Una vez que se han respondido las preguntas anteriores se habrá logrado un avance en la construcción de un diagnóstico desde la perspectiva de género. En consecuencia, los factores y elementos que se incorporaron (o identificaron para ser incorporados) al diagnóstico para reflejar un tratamiento más equitativo entre los diferentes grupos de población deberían ser tomados en cuenta en los procesos subsecuentes de programación.

3. Determinación de los componentes del programa y las acciones específicas necesarias para cerrar las brechas de inequidad de género.

El objetivo específico de este paso es establecer las líneas de acción estratégicas, o adecuar las ya existentes para corregir la discriminación en la atención del problema o necesidad de salud, así como en el trato y el acceso a los servicios correspondientes. Para lograrlo, hay que preguntarse si las estrategias y los componentes del programa ya comprenden acciones que se encaminen a reducir las inequidades. De no ser así, el diagnóstico puede servir de base para determinar cuáles serían las acciones estratégicas pertinentes para corregir las asimetrías identificadas.

La manera sugerida para determinar dichas acciones es responder a las siguientes preguntas:

- Dentro de cada uno de los componentes del programa, ¿cuáles son las acciones prioritarias y quién es la población beneficiaria?
- ¿De qué manera se atienden las diferentes necesidades de las mujeres y los hombres?
- ¿Se integran acciones específicas y se asignan recursos particulares para los grupos más vulnerables o afectados por el problema de salud?
- Partiendo del presupuesto actual, ¿a qué tipo de componentes destina mayores recursos?

- ¿Incide esta asignación en una atención menos inequitativa de los grupos demandantes de los servicios de salud?
- ¿Qué tipo de acciones sería necesario agregar al programa y considerar en el presupuesto para lograr una mayor equidad y eficiencia en la atención de las necesidades de salud de los grupos afectados?

4. Priorización de las acciones

El objetivo específico de este paso es definir el orden de prioridad de las acciones propuestas y las ya existentes. Es importante elegir las estrategias y acciones con mayor impacto en la equidad de género y que contribuyan en mayor medida a cerrar las brechas prevaletentes. Así, este paso consiste en analizar si la jerarquización establecida en el programa se corresponde con los objetivos de corregir las inequidades, o si es necesario determinar un orden diferente de prioridades sobre las líneas de acción definidas.

Una vez que se han identificado y determinado las acciones y estrategias que serían necesarias llevar a cabo, para alcanzar la cobertura de necesidades de salud de manera equitativa entre los diversos grupos de la población objetivo, se procede a establecer el orden de prioridad necesario de tales acciones.

Para definir la prioridad de cada una de las acciones, se establecen como guía de discusión los siguientes elementos:

Con base en los objetivos del programa y el diagnóstico elaborado desde la categoría de género, ¿cómo reordenaría las acciones?

- ¿Juzga que los componentes, las acciones y las estrategias implementadas por el programa son suficientes para contrarrestar el impacto de género?
- ¿Qué acciones y estrategias habría que rediseñar o reformular para que el programa fuera más equitativo? ¿Deberían añadirse nuevas acciones y estrategias a fin de lograr ese objetivo?
- ¿Estas acciones y estrategias pueden asimilarse –con algunas modificaciones– a las que ya están establecidas?
- ¿Cómo se reformarían los objetivos y metas del programa considerando las prioridades de equidad de género?

La prioridad establecida debe contribuir a definir aquellas acciones que, en función de los recursos disponibles, son factibles de emprenderse, sin olvidar que es deseable que todas las acciones del programa en uno u otro sentido busquen contribuir a lograr la equidad de género en la atención a los grupos demandantes.

La ejecución de este paso brinda la oportunidad de reformular, al menos parcialmente, a través de la realización anual del Proyecto de Presupuesto, algunos elementos del programa en donde puede comenzar a incorporarse la perspectiva de la equidad de género.

La reflexión que suscitan las preguntas incluidas en cada uno de los pasos señalados en esta Guía apunta a poder disponer de una **programación con enfoque de equidad de género**. Ya que lo encontrado hasta aquí puede sistematizarse e integrarse al programa correspondiente como un nuevo criterio para la asignación de recursos, esta es justamente la fase previa para elaborar un presupuesto con perspectiva de género. No se trata, en principio, de reformular o sustituir por completo los programas que ya existen, sino de incorporar paulatinamente criterios de equidad de género que sirvan de base para su integración en la siguiente etapa de la programación gubernamental.

El objetivo es incluir una visión de equidad de género en el marco que define la política pública de los programas de salud, para traducirlo como parte de sus objetivos y acciones.

Lo anterior supone establecer, como parte de los objetivos y de la prioridad de acciones definida para alcanzarlos, el de lograr mayor equidad en la atención a las necesidades de salud entre la población beneficiaria de los programas.

Cuando un programa ha sido elaborado desde el enfoque de género, el proceso de presupuestación con el mismo enfoque es algo que se deriva de manera lógica y casi automática.

El propio programa define en sí mismo los criterios de asignación presupuestal para las estrategias elegidas, según la prioridad fijada, todo lo cual se refleja en los Proyectos Presupuestales.

5. Análisis y modificación del Proyecto de Presupuesto

La determinación de los objetivos y de las acciones respectivas, así como de los componentes y las prioridades establecidas, debe dar lugar a la designación de los recursos necesarios para llevarlos a cabo, lo que implica consecuentemente integrarlos en la estructura del Proyecto de Presupuesto.

Para ello, es necesario en primer término emprender su revisión y análisis, a fin de identificar en qué parte de la estructura programática existente pueden asignarse los recursos determinados, o si es necesario incorporar otros rubros dentro de la estructura vigente.

Las siguientes preguntas pueden conducir este análisis:

- ¿En qué rubros de los existentes podrían incluirse los recursos necesarios para las acciones encaminadas a lograr la equidad, y/o en cuáles de los componentes ya establecidos se podrían incorporar rubros nuevos para la asignación de recursos con este propósito?
- ¿Es necesario invertir recursos para documentar con datos duros (vía investigación operativa o modificaciones a los sistemas de información existentes) las posibles inequidades de género que afectan la salud, en los aspectos que atiende el programa en cuestión?
- ¿Serían necesarios recursos etiquetados para grupos diferenciados por su condición frente al problema y en función de sus necesidades?
- ¿Qué acciones específicas tendrían recursos etiquetados?
- ¿Cómo se expresaría la reformulación de acciones y estrategias, y los recursos etiquetados de acciones específicas, en los lineamientos del Proyecto de Presupuesto?
- ¿Es necesario asignar, dentro del rubro de capacitación, recursos específicos en el tema de la equidad de género, tanto para los funcionarios que diseñan los programas o se involucran en el desarrollo de las estrategias, como para el personal que los opera?

Así formulados, los presupuestos sensibles al género deben ser la base para avanzar en la incorporación del enfoque de género en los ulteriores procesos de programación y en la definición de la política pública.

Se comprende que lo deseable es emplear, en la medida de lo posible, la misma estructura y formatos de los Proyectos de Presupuesto (antes POA), utilizados actualmente en los procedimientos administrativos. Sin embargo, si fuera necesario, podrían modificarse para incorporar en ellos los conceptos referidos al objetivo de lograr la equidad de género en la demanda, acceso y utilización de los servicios de salud y la atención prestada.

6. Diseño de indicadores

El paso último corresponde al diseño de los indicadores, en los que deberá reflejarse el impacto del programa y el efecto de la correspondiente asignación de recursos, en términos de lograr una mayor equidad de género.

El objetivo específico de este paso es contar con parámetros de evaluación para medir el resultado de las acciones y las asignaciones presupuestales correspondientes, mediante las cuales se busca reducir las brechas de género y de inequidad. Esta evaluación, por supuesto, será la base para la fijación de criterios, así como para la preparación y desarrollo del siguiente ejercicio.

El diseño de tales indicadores ha de orientarse preferentemente a evaluar de manera integral el proceso; en el corto plazo deberá incluir indicadores de proceso y de resultados, y agregar indicadores de impacto en el mediano y largo plazos.

El desarrollo de los pasos anteriores conducirá a la integración de la perspectiva de la equidad de género en los procesos de programación y presupuestación subsecuentes.

¿Qué aportan los presupuestos sensibles al género?

Diversas investigaciones han demostrado que la falta de inversión en la educación de las niñas reduce el producto nacional bruto (PNB). A igualdad de parámetros, en países en que la proporción femenina/masculina de la matriculación en la educación primaria y secundaria es menor al 0.75, puede esperarse que el PNB sea 25% inferior que en los países donde la disparidad es menos marcada. Otro ejemplo es la inequidad de género en el mercado laboral y la diferencia en el uso del tiempo. Si en América Latina se eliminara el desequilibrio en los puestos de trabajo y la inequidad de salarios entre hombre y mujeres, el salario de las mujeres podría aumentar en un 50%, mientras el ingreso nacional se elevaría 5%. Con respecto al uso del tiempo, en México las mujeres emplean una media de 28.4 horas por semana en el trabajo no remunerado y 32.7 horas por semana en el empleo fuera de su casa. Por su parte, los hombres emplean 11.9 horas en el trabajo no remunerado en el hogar y 39.9 horas por semana en el trabajo fuera de casa. Así, los mexicanos trabajan alrededor de 9 horas menos a la semana que las mexicanas. Además, el 90.5 por ciento de las mujeres económicamente activas también llevan a cabo tareas domésticas, comparado con el 62.4 por ciento de los hombres económicamente activos. Del total del trabajo en México, remunerado y no remunerado, las mujeres realizan el 55 por ciento y los hombres el 45 por ciento. Por otro lado, elevar la educación de las mujeres tiene impactos posi-

tivos sobre la salud infantil. La educación incrementa tanto los conocimientos de las mujeres sobre la salud como su control sobre los recursos del hogar, lo cual mejora su habilidad para promover el bienestar de sus hijos e hijas debido a las mayores asignaciones del ingreso familiar hacia la nutrición y salud infantil. El impacto de un ingreso extra en el hogar sobre la supervivencia infantil es 20 veces mayor si el ingreso proviene de la madre que si proviene del padre. De estos estudios se desprende que el diseño de estrategias gubernamentales con enfoque de género es un instrumento viable para aumentar la productividad, la salud y el bienestar de un país.

Por otro lado, este tipo de consideraciones y criterios evitaría que la reducción de recursos en un sector aumente el costo del tiempo para las mujeres. Por ejemplo, los recortes financieros en los servicios hospitalarios reducen los insumos para la recuperación post-operatoria con lo que los y las pacientes son dados de alta anticipadamente.

El cuidado de los pacientes en el periodo de convalecencia se transfiere a la comunidad o a la familia. Al ser las mujeres las encargadas del hogar, esta responsabilidad recae finalmente sobre ellas; situación que afecta sus actividades en el sector laboral remunerado, reduce su productividad y aumenta su carga laboral.

En cuanto a la rendición de cuentas y transparencia en el manejo de recursos públicos, las iniciativas de presupuestos sensibles al género permiten evaluar si los compromisos sociales expresados por el gobierno han sido traducidos en resultados tangibles y vincula el compromiso por la igualdad de género con la forma en que el gobierno gasta y obtiene sus recursos.

Los presupuestos sensibles al género: tendencias internacionales

El primer ejercicio de presupuesto con enfoque de género fue impulsado por el gobierno australiano entre 1984 y 1996. Además de llevarse a cabo a nivel federal, seis estados y dos territorios australianos implementaron presupuestos sensibles al género en las dos últimas décadas. Dentro de cada ciclo presupuestal, los departamentos gubernamentales produjeron un análisis del impacto del gasto sobre hombres y mujeres, y el Ministerio de Hacienda los publicó como parte de los documentos presupuestales oficiales.

La segunda iniciativa a nivel internacional se llevó a cabo en Filipinas, donde la Política de Presupuestos para Género y Desarrollo, fundada en 1994, estableció que las agencias gubernamentales debían asignar un mínimo de 5 por ciento de su presupuesto total a fondos para el diseño, puesta en marcha, monitoreo y evaluación de políticas relativas a género y desarrollo. La

iniciativa fue impulsada por el gobierno filipino (principalmente por la Comisión Nacional de las Mujeres Filipinas) y apoyada por la sociedad civil.

En 1995, y después de las primeras elecciones democráticas de Sudáfrica, grupos parlamentarios, organizaciones no gubernamentales e investigadores/as impulsaron la Iniciativa de Presupuestos para las Mujeres, que ha sido replicada en varios países del sur de África. En 1997, el gobierno impulsó una iniciativa paralela, el Proyecto Piloto de la Iniciativa de Presupuestos de Género del Secretariado de la Mancomunidad. Esta iniciativa, a su vez, ha sido lanzada también en una serie de países, que incluyen a Barbados, Sri Lanka y Saint Kitts y Nevis. Una de sus características principales es que el Ministerio de Finanzas de cada país es el encargado de coordinar el ejercicio desde su comienzo.

En la actualidad, existen iniciativas sobre presupuestos sensibles al género en más de 50 países, entre los que se encuentran Canadá, Reino Unido, Noruega, Brasil, Chile, Colombia, Perú, India, Bangladesh, Tanzania y Uganda. En el caso de México, donde la iniciativa estaba localizada fuera del gobierno, la Secretaría de Salud es quien está innovando al tratar de introducir criterios iniciales de género a la elaboración del presupuesto.

¿Qué han ilustrado estas experiencias?

Entre otras conclusiones, se ha señalado que el proceso de implementar presupuestos con perspectiva de género ha contribuido a lo siguiente:

- a) Es un ejercicio práctico sobre cómo institucionalizar la perspectiva de género;
- b) Ilustra la necesidad de contar con estadísticas desagregadas por sexo y edad para evaluar cabalmente el impacto y alcance de las políticas;
- c) Otorga a los gobiernos los medios para determinar el valor real de los recursos asignados a los asuntos de género;
- d) Es una herramienta para evaluar los impactos diferenciados de las políticas y el gasto en hombres y mujeres, y para ilustrar cómo las políticas “neutrales de género” en realidad tienen un sesgo de género; y
- e) Por lo tanto, contribuye a la eficiencia en el gasto y las acciones del gobierno.

Ejemplos de aplicación

Tres ideas para introducir la perspectiva de género a los presupuestos públicos

Para ilustrar un camino mediante el cual es posible introducir la perspectiva de género a los presupuestos públicos, describiremos dos ejercicios que se realizaron durante el Seminario-Taller “Elaboración de Presupuestos con Perspectiva de Género”, organizado por el Programa Mujer y Salud de la Secretaría de Salud (SSA), organizaciones de la sociedad civil y funcionarios de otras unidades administrativas de la propia SSA.

En el Seminario-Taller se abordó como ejemplo el Programa Ampliación de Cobertura (PAC), que busca atender a la población de localidades de alta y muy alta marginación de 19 estados de la República, a través de un paquete básico de salud integrado por 13 intervenciones.

El objetivo fue examinar en qué medida el diseño y la definición de las acciones que integran las intervenciones del PAC son sensibles al género, a la vez de identificar acciones adicionales para avanzar hacia esquemas equitativos.

En el Seminario-Taller se seleccionaron 2 intervenciones del PAC: Planificación Familiar (PF) y Prevención y Control de Diabetes Mellitus (DM), tomando como unidad de análisis el estado de Querétaro. La primera intervención se seleccionó por sus claras implicaciones de género (la reproducción tiene que ver con hombres y mujeres y está medida por las relaciones de género). La intervención de Diabetes Mellitus se eligió por su aparente falta de correlación con cuestiones de género. Para llevar a cabo dicho ejercicio, se contó con un diagnóstico general y específico de cada intervención para la región muestra- incluyendo datos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA-, así como con una síntesis de la visión, misión, objetivos, metas, indicadores, costos, estrategias y acciones del PAC. Esto a fin de asegurar que el ejercicio, desde sus inicios, se hiciera con base en condiciones y realidades muy concretas apegadas a los criterios que la Secretaría de Salud toma en cuenta para la elaboración de los Programas Operativos Anuales (POA).

El análisis se orientó por una serie de preguntas, que se presentan a continuación.

1. Diabetes Mellitus

¿Cuál es el sentido central del diagnóstico, los objetivos, las metas y las acciones de la estrategia Diabetes Mellitus en el PAC?

El sentido central de la estrategia es atender una de las principales causas de muerte a nivel nacional. Se enfatiza la importancia de la detección oportuna y la prevención de los daños a la salud, que se traduciría en la disminución de la tasa de mortalidad. Se concluyó que el sentido de la estrategia está enfocado a evitar complicaciones, más que a prevenir la enfermedad.

¿Cuál podría ser la influencia de la inequidad de género en el riesgo de enfermedad y morir por esta causa, así como en la utilización y demanda de servicios de salud?

Las tasas de mortalidad de la región estudiada indican que existe una mortalidad más elevada de diabéticas que de diabéticos. La Encuesta Nacional de Salud Pública 2000 reconoce el doble de mujeres diabéticas en relación con los hombres, mientras que hay un alto índice de enfermos no detectados de sexo masculino. Con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, atención y control de la Diabetes Mellitus se identifican como factores de riesgo el sobre peso, el sedentarismo, los antecedentes familiares, la edad (mayor de 65 años) y, en el caso de las mujeres, las madres con productos macrosómicos. El control se asocia principalmente con cambios en el estilo de vida, peso controlado, alimentación saludable y ejercicio.

Los factores que se identificaron como causa de inequidad entre los sexos son, en el caso de las mujeres, el alto valor cultural de la maternidad (que hace que las mujeres tengan hijos aún cuando existe el riesgo genético de diabetes), la obesidad combinada con la desnutrición, la dificultad de detección en etapas post-reproductivas, la doble jornada laboral, el stress y la falta de tiempo libre. En el caso de los hombres se identificaron el stress cotidiano ocasionado por el trabajo, las pocas posibilidades de detección a lo largo de la vida y los horarios traslapados de clínicas de salud con los horarios laborales.

¿Qué acciones del PAC debieran ratificarse, cuáles debieran modificarse y cuáles añadirse con la idea de disminuir el impacto de las inequidades de género?

Las acciones contempladas por el PAC para la Diabetes Mellitus son: detección, tratamiento, control y educación. Ninguna de estas acciones debe ser eliminada, pero varias de ellas debían modificarse. La diabetes es una enfermedad costosa por el hecho de ser crónica y degenerativa; sin embargo, lo más costoso son las complicaciones que de ella pueden resultar, como son la ce-

guera y los problemas renales y vasculares. El control de la enfermedad, además de permitir gozar de una vida larga y de buena calidad, disminuye los costos de atención médica. El control se asocia principalmente a cambios en el estilo de vida, peso controlado, alimentación saludable y ejercicio.

Las acciones en educación deben modificarse para enfocarse más a la prevención y a la promoción del auto cuidado por medio de campañas dirigidas de manera específica a mujeres y a hombres. En materia de investigación, se deben elaborar diagnósticos más puntuales, para conocer la incidencia de la diabetes e identificar si las diferencias de mortalidad y morbilidad se deben a cuestiones de género o a otras. Se debe incluir en el control el componente de salud mental, expresado tácitamente en la Norma Oficial Mexicana, que constituye un factor relevante en casos de cambios drásticos de estilos de vida a causa de la enfermedad, así como en sus complicaciones.

¿En qué orden de prioridad podrían colocarse las acciones ratificadas, modificadas y añadidas? ¿Cómo se reformularían los objetivos del PAC en esta estrategia considerando estas prioridades?

Se concluyó que el reordenamiento de las prioridades debiera ser:

a) Educación, que contempla:

- Capacitación del personal de la Secretaría de Salud.
- Promoción de clubes de diabéticos y ayuda entre pares.
- Reforzamiento del componente comunitario de educación para exponer los riesgos diferenciales por cuestiones de género.

b) Detección oportuna, que incluye estrategias para aumentar la detección de diabetes en hombres a lo largo de su vida y en mujeres en la etapa post-reproductiva.

c) Tratamiento.

d) Control integral, añadiendo el componente de salud mental.

El objetivo reformulado de la acción sería el siguiente: “Reducir la prevalencia de Diabetes Mellitus en la población en general; reducir la frecuencia de las complicaciones, así como las tasas de mortalidad, a la vez de elevar la calidad de vida de las y los diabéticos.” El objetivo inicial, en contraste, señalaba la reducción de la prevalencia y mortalidad por Diabetes Mellitus.

¿Qué indicadores de seguimiento y evaluación harían falta para monitorear la ejecución de una estrategia redefinida con perspectiva de género?

Se identificó la necesidad de contar con:

- Número de pruebas de diabetes que se realizan, por sexo y edad.
- Número de detecciones de diabetes, por sexo y edad.
- Número de casos nuevos, por edad y por sexo.
- Número de casos en control, por sexo y edad.
- Número de consultas promedio al año, por sexo y edad.

Indicadores de resultados:

- Razón de sexo de pruebas que se realizan.
- Razón de sexo de detecciones de diabetes.
- Razón de sexo de casos nuevos.
- Razón de sexo de casos en control.
- Razón de sexo del promedio de consultas al año.

Indicadores de proceso:

- Número de pláticas sobre Diabetes Mellitus.
- Número de asistentes y razón de sexo.

Se determinó que los componentes a etiquetar en el presupuesto para la intervención de Diabetes Mellitus son:

- Recursos destinados específicamente a la promoción de la salud dirigida a la población masculina.
- Recursos destinados específicamente a la detección de diabetes en hombres mayores de 20 años y en mujeres en edad post-reproductiva.
- Recursos destinados a la capacitación en salud mental y perspectiva de género al personal de salud.

2. Planificación familiar

¿Cuál es el sentido central del diagnóstico, los objetivos, las metas y las acciones de la estrategia Planificación Familiar en el PAC? ¿Están orientados a reducir las inequidades de género?

Esta intervención tiene como una de sus prioridades difundir información y orientación sobre distintos métodos anticonceptivos para que las parejas tenga libertad de decidir de manera responsable el número de hijos que desea tener. Sin embargo, su objetivo central está orientado a regular la tasa de natalidad de los grupos rurales. Las acciones de esta estrategia son: 1) orientación y distribución de métodos anticonceptivos; 2) identificación de la población en riesgo; 3) referencia para la aplicación del DIU, salpingoclasia o vasectomía, toma de citología cérvico-vaginal y manejo de infertilidad, y 4) educación y promoción de la salud.

Con base en datos sobre la estrategia PF en el estado de Querétaro, se encontró que la estrategia 1 recae de manera significativa sobre las mujeres. En la estrategia 2, no se aclara qué se entiende por “población en riesgo”. En lo referente a la canalización hacia métodos quirúrgicos (vasectomía y salpingoclasia) la mayor parte del peso recae también sobre las mujeres. En cuanto a la estrategia 4, no se hace un registro de los usuarios desagregados por sexo, sólo se contabilizan las usuarias.

A partir de este análisis, se concluyó que la intervención PF no tiene un enfoque de género, ya que por un lado ve a las mujeres como entes reproductores y, por el otro, no se incluye a los hombres como usuarios de la intervención, más que a un nivel mínimo.

¿Qué acciones del PAC debieran ratificarse, cuáles debieran modificarse y cuáles añadirse con la idea de disminuir el impacto de las inequidades de género?

La noción “Población en Riesgo” debe aclararse. De no hacerlo, esta acción debería eliminarse. Además, se concluyó que la incorporación de los varones a las acciones de PF debe ser una prioridad dentro de esta intervención, con lo cual se lograría que la responsabilidad de la reproducción fuera verdaderamente compartida. En lo referente a educación y promoción de la salud, se debe incentivar la participación masculina y hacer un registro desagregado por sexo y edad de usuarias y usuarios. Una acción a añadirse es la capacitación con enfoque de género a los prestadores de servicio de salud.

¿En qué orden de prioridad podrían colocarse las acciones ratificadas, modificadas y añadidas? ¿Cómo se reformarían los objetivos del PAC en esta estrategia considerando estas prioridades?

Se concluyó que el reordenamiento de las prioridades debiera ser:

- a) Capacitación con perspectiva de género a los/as prestadores/as de servicios.
- b) Educación y promoción de la salud.
- c) Orientación y distribución de métodos anticonceptivos.
- d) Regencia para la aplicación del DIU, salpingoclasia, vasectomía, toma de citología cérvico-vaginal y manejo de infertilidad.

Una de las conclusiones más importantes del análisis des esta intervención es la incorporación de los hombres en las responsabilidades reproductivas.

El objetivo reformulado quedó de la siguiente manera: “A partir del principio de consentimiento informado y con la plena inclusión de los varones, promover los distintos métodos anti-conceptivos para reducir las tasas de natalidad y elevar la calidad de la salud infantil en poblaciones rurales. Lograr que la reproducción sea una responsabilidad compartida de la pareja, donde los hombres participen de manera activa en todas las etapas”.

¿Qué indicadores de seguimiento y evaluación para monitorear la ejecución de una estrategia redefinida con perspectiva de género?

Se identificó la necesidad de contar con:

- Razón de sexo de casos referidos a intervenciones quirúrgicas (salpingoclasia y vasectomía).
- Razón de sexo de usuarias: usuarios activos de métodos anticonceptivos.
- Razón de sexo de participación en las pláticas sobre PF.

3. El proyecto de presupuesto del (COESIDA) Michoacán

Se seleccionó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y se eligió trabajar con una instancia de la Secretaría de Salud, a cargo de la coordinación de acciones de un programa de acción de alcance nacional y que tuviera relación permanente con el desarrollo de los programas y presupuestos en los niveles estatales.

El personal de CENSIDA proporcionó tanto las bases y la información necesaria para conocer el diagnóstico y la problemática del VIH/SIDA, como los datos necesarios para adecuar la Guía a los aspectos y problemas vinculados al VIH/SIDA.

Para llevar a cabo este ejercicio práctico, se invitó a cuatro servicios estatales de salud que enfrentan problemáticas diversas respecto de la epidemia de VIH/SIDA: Chihuahua, Michoacán, Estado de México y Morelos.

Lo que sigue es una síntesis del trabajo realizado para reelaborar el Proyecto Presupuestal 2004 del COESIDA de Michoacán.

Previo al inicio del ejercicio realizado en el taller se solicitó al personal de los diferentes COESIDA que presentaran la siguiente información:

- Programa Estatal
- Diagnóstico Epidemiológico
- Información desagregada por sexo y edad

Asimismo, se preparó un documento de trabajo: Género, Presupuestos y VIH/SIDA, que contiene una breve introducción de los temas, donde se establece una base común de trabajo y se definen términos como género y presupuestos sensibles al género, el cual fue de mucha utilidad; este documento puede ser consultado en el Anexo 1.

El Anexo 2 contiene la lista de preguntas que se utilizaron para conducir las actividades señaladas en la Guía, y que se adaptaron para el caso de la epidemia de VIH/SIDA. De forma complementaria, en el Anexo 3, se incluyen los resultados de los ejercicios realizados por los otros tres estados participantes en el taller.

Paso 1

Revisión del Diagnóstico desde la Perspectiva de la Equidad de Género

De acuerdo con lo establecido en la Guía, un diagnóstico con enfoque de género requiere información desagregada de los distintos grupos de beneficiarios por sexo, edad y características socio-demográficas y epidemiológicas relevantes, para la atención de las problemáticas específicas.

El diagnóstico con que cuenta el COESIDA de Michoacán ha sido elaborado en gran medida tomando en cuenta estos criterios, ya que la información está desagregada bajo diferentes criterios sociodemográficos, adiciona lo referente a distintas prácticas de riesgo por grupos vulnerables e incluye información relevante desde el punto de vista de los distintos perfiles epidemiológicos de cada grupo.

La discusión en la mesa de trabajo de Michoacán y la información proporcionada por los responsables del programa en la entidad condujeron a establecer los siguientes resultados al responder las preguntas correspondientes al paso 1.

1. El diagnóstico epidemiológico del coesida de Michoacán presenta un avance en la incorporación de la perspectiva de la equidad de género. Su diagnóstico se encuentra muy detallado ya que brinda información desagregada por sexo y por edad, e incluye asimismo datos sobre estado civil, ocupación, escolaridad, prácticas sexuales y categoría de transmisión, por localidades y por grupos de riesgo, además de otros detalles, que se obtienen por medio de las encuestas Centinela y de sus registros administrativos. Esta información constituye una base de suma importancia para la integración del diagnóstico desde la perspectiva de género. Sin embargo, el diagnóstico podría enriquecerse con información relativa a la edad de inicio de la vida sexual y lo que ocurre con el VIH/SIDA entre los grupos étnicos; de igual modo resultaría muy conveniente desagregar por sexo la información acerca de las formas de transmisión sexual de la infección y separar los datos totales por períodos anuales, ya que al contar únicamente con cifras acumuladas no es posible observar la dinámica que ha seguido la enfermedad en el estado.

- El estado de Michoacán presentó los primeros casos de VIH en 1985; su tendencia inicialmente fue rural, debido a que la población migrante (concentrada en el sexo masculino) era la principal portadora, sin embargo, con el tiempo esto se ha transformado.
- Hoy la epidemia es preponderantemente urbana y la principal forma de infección es la vía sexual.
- En el caso específico de las mujeres, la fuente de infección, en 100% de los casos reportados, ocurre por esta vía.
- Del total de los casos registrados de VIH, 81% ocurre en hombres, mientras las mujeres infectadas representan el 19% restante.

- Aproximadamente 30% de los casos registrados de contagio corresponden a hombres que tienen sexo con otros hombres.
- En el 2002, el número total de muertes por VIH/Sida fue de 72.
- Los casos detectados en mujeres han ido en aumento desde que se presentó la enfermedad en Michoacán. En los años 80, la razón hombre-mujer era de 13:1, en la actualidad es de 4:1, superior al promedio nacional, que es de 6:1.

2. El diagnóstico del COESIDA de Michoacán establece de forma clara la posición de riesgo específico de las mujeres y su condición frente a la enfermedad, en particular en el grupo de mujeres “amas de casa”, a quienes define como uno de los grupos más vulnerables frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.

En virtud de lo anterior, sólo habría que añadir cómo los aspectos culturales de género podrían estar influyendo en esta posición de riesgo. Por ejemplo, los prejuicios que impiden a las mujeres acudir a realizarse la prueba del VIH cuando existe una sospecha de posible infección, sobre todo en el caso de mujeres que son parejas de migrantes; aspecto relevante, dado que Michoacán es un estado con una alta migración.

Adicionalmente, y aprovechando que la información ya está desagregada por sexo, incluso dentro de los propios grupos de riesgo, podrían calcularse algunas razones hombre/mujer para diferentes variables, como: portadores de VIH, demanda de detección y tratamiento médico, número de detecciones por grupos y prácticas de riesgo; ello permitiría tener un análisis integral del estado de la infección entre hombres y mujeres, así como de la prevalencia del VIH entre unos y otras, y dentro de cada grupo.

3. En suma, la mesa de trabajo concluyó que al agregar esta información al diagnóstico podría observarse, desde el enfoque de equidad de género, cómo la enfermedad afecta de forma diferenciada a mujeres y hombres, agrupados bajo distintos criterios de vulnerabilidad.

Paso 2

Análisis de Inequidades

Como ya se señaló, *un diagnóstico elaborado con enfoque de género permite conocer la situación específica por grupos de beneficiarios, identifica las condiciones de inequidad en el acceso, la atención y el uso de los servicios de salud y evalúa el impacto diferenciado por sexo, edad y/o condición de género frente al problema de salud, en la aplicación de los programas.*

Al responder las preguntas correspondientes a este paso se encontraron los siguientes resultados:

1. El diagnóstico del COESIDA de Michoacán ya señala apropiadamente que el temor a la discriminación es una fuente de inequidad en la aplicación del programa, y que esto se convierte en un obstáculo tanto para la demanda como para el acceso a los servicios de salud.

El diagnóstico muestra con claridad que las mujeres son uno de los grupos más vulnerables frente a las ITS, y en particular frente a la enfermedad del VIH. En la discusión sobre la identificación de inequidades, se determinó que el grado de exposición es mayor en las “amas de casa”, especialmente entre las compañeras o esposas de migrantes, ya que consideran que sus relaciones sexuales son seguras y confiables, aunque pudiera no ser así.

La exposición al riesgo de las mujeres se analizó en términos de la condición de subordinación que las relaciones de poder entre mujeres y hombres imponen a las primeras, razón por la cual las mujeres no tienen, en muchos casos, capacidad de negociación respecto del uso del condón ni, por tanto, posibilidad de garantizar relaciones sexuales seguras, ya que la sola mención del tema las convertiría en “sospechosas”, en lugar de ser vistas como personas que demandan el derecho de protegerse frente a un eventual riesgo.

Así, esta inequidad de género incide, lo mismo que los conceptos culturales correspondientes a las distintas prácticas sexuales, en la condición de riesgo de las mujeres para contraer el VIH por la vía sexual, que es la principal forma de contagio en la entidad, como ya se mencionó.

Con frecuencia, mujeres infectadas permanecen ignorantes de ello porque sus parejas no les advirtieron del riesgo, lo que ocurre especialmente en el caso de mujeres casadas.

- La mayoría de las mujeres que se practican la prueba de VIH son las mujeres embarazadas (grupo de transmisión perinatal), a quienes se les ofrece la prueba de forma regular y persistente desde febrero de 2003. Hasta mayo del mismo año sólo se había registrado un caso.
 - De 29,143 de mujeres embarazadas en 2002, 2,077 se hicieron la prueba del VIH, 7% presentaba antecedentes de ITS o se sabía que su pareja era seropositiva o migrante o con antecedentes de tuberculosis.
2. Se sabe que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) conforman el grupo más afectado por la infección y que, al igual que en las mujeres, el temor a la discriminación y la estigmatización constituye un obstáculo importante para recurrir a los servicios de salud.

De hecho, existe un fuerte componente de estigmatización con relación al VIH/SIDA, que sufren todos los grupos de riesgo, incluyendo a los denominados Usuarios de Drogas Inyectables (UDI) y los Trabajadores/ Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC), independientemente de sus preferencias sexuales.

3. En el caso de Michoacán, se asume que en muchos centros de salud las personas que acuden a realizarse la prueba pueden mentir acerca de sus prácticas sexuales, por el temor a ser señalados. Esto puede ocurrir especialmente con los HSH, quienes se registran como heterosexuales.

En opinión de los responsables del programa en Michoacán, en términos generales, el factor de discriminación es mucho más común en la atención médica de segundo nivel que en la de primer nivel.

- El programa en sí mismo ha cuidado de no tener un trato inequitativo o discriminatorio sobre los diferentes grupos de riesgo; inclusive, para la vigilancia epidemiológica que se realiza en la entidad desde 2001, se ha procurado ampliar la muestra incorporando a otros grupos de riesgo, como son los migrantes, los taxistas, los choferes de camiones foráneos, especialmente en períodos de cosecha y los internos en los reclusorios.
- La vigilancia epidemiológica comprende el levantamiento de 25,000 muestras entre los grupos de riesgo identificados.

4. La información anterior podría ser incorporada a las metas de los componentes del programa estatal, con el propósito de tomar en cuenta las inequidades de género emanadas de los aspectos culturales ya comentados y poder así alcanzar un trato y una atención más equitativas entre los distintos grupos de riesgo, con objeto de eliminar las prácticas discriminatorias que se derivan de los prejuicios sobre las diferentes prácticas sexuales.
5. Otro elemento que incide en las inequidades es lo que las autoridades del Programa reconocen como “cuestiones de eco” y que se refiere a la divulgación inmediata de acontecimientos o noticias, dado lo pequeño de las localidades y debido a que muchas veces quienes trabajan en los servicios de salud son amigos o parientes de aquellos que buscan realizarse la prueba de VIH o desean atención médica.
6. En virtud de que el Programa de Michoacán ha identificado los principales grupos de riesgo, y que el elemento más importante del perfil epidemiológico en la atención de la enfermedad es la categoría de transmisión, se han establecido, además, algunas acciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo, como es el caso específico de los HSH.

Por último, es importante señalar en este paso que las inequidades detectadas en la atención de la enfermedad y en el acceso a los servicios de salud no proviene del diseño del programa en sí mismo sino, en algunos casos, de las actitudes discriminatorias y de estigmatización de los prestadores de servicios, atribuibles en parte a la falta de capacitación en el manejo de los pacientes y demandantes de servicios.

Una vez que se han identificado las fuentes de inequidad, y con ello las actividades correspondientes a la fase del diagnóstico, se procede a realizar las que se refieren a la fase de programación.

Paso 3

Determinación de Componentes y Acciones Específicas para Reducir las Inequidades

El desarrollo de este paso se basa en la revisión de los componentes y acciones que el programa estatal de Michoacán ya considera, a fin de determinar cuáles serían las que haría falta replantear o establecer para lograr una mayor equidad en la aplicación del programa. Actualmente, éste comprende cinco componentes, que son los mismos establecidos para todo el país:

1. Prevención sexual
2. Prevención perinatal
3. Prevención sanguínea
4. Atención integral de las mujeres con VIH/SIDA e ITS
5. Mitigación del daño

En función del resultado del diagnóstico, las acciones del programa buscan incorporar estrategias dirigidas, cada vez en mayor medida, a los grupos de más alto riesgo. Tal es el caso de los HSH, mujeres "amas de casa", hombres TSC y mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI).

El análisis de los componentes y acciones del programa condujo a los siguientes resultados.

1. Los componentes, las acciones y las estrategias establecidas en el programa corresponden con lo estipulado en el diagnóstico de la situación epidemiológica.

- 92% del presupuesto del programa se destina a la atención de los enfermos y el 8% restante a la prevención y vigilancia epidemiológica.
- La vigilancia epidemiológica se basa en el levantamiento de la encuesta centinela, la cual se realiza en diferentes áreas geográficas, pero en especial en las que se tienen identificadas como de mayor riesgo, tales como las zonas de migrantes y choferes de autobuses foráneos (Zamora y La Piedad) y las que concentran población homosexual de hombres (Lázaro Cárdenas y los alrededores de Morelia). Igualmente se practica en escuelas con población mayor de 18 años.
- Dentro de la encuesta centinela existen tres tipos de formato con los que se levanta la encuesta, dirigidos a poblaciones distintas: mujeres, hombres y mujeres embarazadas.

2. En el componente de prevención, los grupos prioritarios se refieren a la población joven total, por lo que sería conveniente pensar en acciones diseñadas desde la perspectiva de género para mujeres y hombres.

3. Es importante mencionar que el coesida de Michoacán ha instrumentado acciones dirigidas al grupo de mayor riesgo, que son los hsh. En correspondencia con su diagnóstico, se ha establecido como una acción distintiva para este grupo la distribución de condones en sus espacios de concentración, tales como los baños públicos y los bares a donde acuden, lo mismo que en los table dance.
 - Debido a que los hsh son uno de los principales grupos de riesgo, el programa de Michoacán considera ya el diseño de una estrategia de enlace con estos los grupos, a los que es difícil identificar, y para facilitarlos los responsables del programa han planeado contratar a una persona para que realice esta labor. La estrategia contempla que la persona contratada sea alguien convencida de tomar medidas preventivas y además tenga capacidad de diálogo e influencia dentro de la comunidad, lo cual debe facilitar el enlace con estos grupos.
4. El COESIDA está consciente de la necesidad de instrumentar un mayor número de acciones de prevención por grupos de riesgo, en especial para las mujeres "amas de casa" y los jóvenes, empero las restricciones presupuestales limitan su realización.

De la mesa de trabajo se desprendió que sería conveniente desarrollar campañas preventivas por grupos de riesgo, las cuales irían acompañadas de la distribución de folletos, cárteles y pláticas específicas para cada grupo de riesgo.

Igualmente, se precisa instrumentar acciones dirigidas a los grupos de mujeres, dentro de los cuales se habría de incluir a las parejas de migrantes. En especial, convendría establecer estrategias de empoderamiento para todas ellas, sobre todo aquellas que se refieren a informarles sobre su sexualidad, poniendo énfasis en las formas de negociación sexual frente a sus parejas y en los riesgos de contagio del VIH/SIDA al los que se enfrentan.

Las autoridades del Programa de Michoacán ya están incorporando acciones que reflejan el enfoque de la equidad de género, en especial al emprender las acciones destinadas a mujeres "amas de casa" y a los HSH. La mesa de trabajo concluyó, como resultado de este paso, que para alcanzar una mayor equidad de género en la aplicación del programa se requiere:

- Desarrollar nuevas estrategias para la distribución de condones masculinos y femeninos.
- Incorporar acciones de capacitación a trabajadores del sector salud en materia de VIH, género y derechos humanos.
- Brindar atención psicológica a hombres y mujeres (consejería y acompañamiento).
- Sumar esfuerzos para la prevención y detección de VIH en los grupos de mujeres, a través de metas orientadas al empoderamiento.
- Desarrollar estrategias y acciones como parte de los componentes dirigidos a la prevención en los distintos grupos de mujeres y jóvenes.

Así, una vez que se han identificado algunas acciones y componentes cuya incorporación al programa resulta necesaria para lograr una mayor equidad de género en su aplicación, se procede a definir cuáles serían las prioridades de las acciones anteriores y de las nuevas.

Paso 4

Definición de Prioridades

El análisis del programa permitió derivar que, si bien los componentes, las estrategias y las acciones instrumentadas han avanzado en la incorporación de la perspectiva de equidad de género, sería conveniente incorporar algunas otras para que el programa sea más equitativo al atender a los distintos grupos de riesgo, y asignar un rango diferente a las acciones que no se consideren prioritarias.

De lo anterior se desprende la necesidad de:

1. Reformular los objetivos del programa por grupos vulnerables, desde la perspectiva de género, para incluir metas diferenciadas por grupo de riesgo y desagregadas por sexo.
2. Establecer acciones para los grupos identificados de mayor riesgo y vulnerabilidad, en primer lugar para los HSH, así como para las “amas de casa” y parejas de migrantes.
3. Definir como prioridad la capacitación y sensibilización del personal de Salud, ya que si bien entienden el problema del VIH, no cuentan en todos los casos con una comprensión precisa sobre la equidad de género y los efectos negativos de la discriminación a distintos grupos vulnerables.

4. Desde la categoría de género, incluir como prioritarias las acciones de prevención dirigidas a las mujeres “amas de casa”. Aún cuando la jerarquización establecida entre los componentes parece ser la adecuada, hay que insistir en que es preciso dar mayor importancia a la prevención.
5. Garantizar el abasto de fórmulas de leche materna para los bebés de mujeres portadoras de VIH e infectadas.
6. Mantener y reforzar las acciones de prevención y detección de casos de infección por vía perinatal de VIH/SIDA e ITS.
7. En materia de mitigación del daño, implantar algunas acciones específicas, tales como:
 - Campañas masivas contra la estigmatización de las personas VIH positivas (carteles, anuncios en medios, talleres).
 - Empoderamiento de grupos sociales vulnerables afectados (en coordinación con organizaciones no gubernamentales).

Esta fase (la programación) tiene como propósito incorporar una visión de equidad de género en el marco de la definición de la política pública; lo que comprende traducirla como parte de los objetivos y acciones de forma específica y desagregada en los programas, a fin de lograr mayor equidad de género en la atención a las necesidades de salud entre la población beneficiaria.

Paso 5

Presupuestación (Proyecto de Presupuesto)

La revisión de los formatos del Proyecto de Presupuesto conforme al análisis previamente realizado derivó en algunos cambios y agregaciones que sería necesario efectuar, para asignar recursos específicos destinados a corregir las inequidades de género. Dichas modificaciones se señalan en los mismos formatos.

Ahí donde se proponen cambios o agregados, es decir, donde se propone la incorporación de determinados conceptos, éstos se indican como renglones sombreados y en ciertos casos se hace alguna anotación al final de los cuadros.

Programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS

Programa Operativo Anual 2004

Componente del Programa de Acción: Prevención Sexual

Catálogo de Servicios de Salud

Función: Salud Pública

Actividad: Vigilancia Epidemiológica

Detecciones de VIH en grupos con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.

Entidad Federativa

Cuadro 1.

Grupo	Encuestas por aplicar	Detecciones de VIH (Primera ELISA)	Detecciones de VIH (Segunda ELISA)	Suma (Primera y Segunda ELISA)	+20%	Total de detecciones de VIH (Primera y Segunda ELISA)	WB
HSH		0\	0	0	0	0	0
Hombres TSC		0	0	0	0	0	0
Mujeres TSC		0	0	0	0	0	0
Hombres UDI		0	0	0	0	0	0
Mujeres UDI							
Embarazadas		0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0

Grupo	Prevalencias
HSH	0.15
HTSC	0.122
MTSC	0.0035
HUDI	0.06
MUDI	
Embarazadas	0.0009

- Incorporar dentro de las acciones de vigilancia epidemiológica un renglón para el caso específico de mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI)

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Programa Operativo Anual 2004

Componente del Programa de Acción: Prevención Sexual

Catálogo de Servicios de Salud

Función: Salud Pública

Actividad: Información, Educación y Comunicación (IEC)

Material Informativo

Folletería

Cuadro No. 2

Población	No. Estimado de población	No. de Impresiones requeridas	Costo Unitario	Gasto total
HSH		0	\$ 0.00	\$ 0.00
Mujeres				
Hombres				
UDI		0	\$ 0.00	\$ 0.00
Mujeres				
Hombres				
TSC		0	\$ 2.00	\$ 0.00
Mujeres				
Hombres				
Mujeres en riesgo				

Carteles

Población	No. Estimado de locales	No. de Impresiones requeridas	Costo Unitario	Gasto total
HSH		0	\$4.00	\$ 0.00
Mujeres				
Hombres				
UDI				
Mujeres				
Hombres				
TSC		0		
Mujeres				
Hombres				
Total		0	\$4.00	\$ 0.00

- En el formato de acciones de Información, Educación y Comunicación agregadas de HYM (Hombres y Mujeres), desagregar la información y proporcionarla específicamente para mujeres y para hombres.

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Programa Operativo Anual 2004

Componente del Programa de Acción: Prevención Sexual

Catálogo de Servicios de Salud

Función: Salud Pública

Actividad: Información, Educación y Comunicación (IEC)
para poblaciones específicas

Capacitación y educación

Cuadro No. 3

Tipo de taller	No. de jurisdicciones	No. de personal a capacitar por jurisdicción	No. de talleres requeridos	Costo por taller	Sub-total
Manejo Sindromático			0	\$ 0.00	\$ 0.00
Sensibilización			0	\$ 0.00	\$ 0.00
Sensibilización en temas de género (VIH y Derechos Humanos)					
Formación de promotores			0	\$ 0.00	\$ 0.00
				TOTAL	\$ 0.00

- Dada la importancia del tema de la sensibilización, dentro del formato de las acciones de Capacitación y Educación se podría incorporar este concepto, para apuntalar la importancia de sensibilizar al personal operativo y a los encargados del programa.

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Programa Operativo Anual 2004

Componente del Programa de Acción: Prevención Perinatal

Catálogo de Servicios de Salud

Función: Salud Pública

Actividad: Perinatal

Detecciones de VIH en embarazadas

52

Cuadro No.4

Total de pruebas reagínicas en embarazadas 2003	Tasa de VDRL	Pruebas de VIH en embarazadas (Primera ELISA)	Pruebas de VIH en embarazadas (Segunda ELISA)	Total de pruebas ELISA embarazadas (Primera ELISA)	WB	Pruebas centrífugas para detección en comunidades marginadas
0		0	0	0	0	

- Agregaren el formato de Actividad Perinatal, detección de VIH en embarazadas, la columna de las pruebas centrífugas.

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Programa Operativo Anual 2004

Componente del Programa de Acción: Prevención Perinatal, Prevención sanguínea y atención integral a las personas con el VIH/SIDA e ITS

Catálogo de Servicios de Salud

Función: Fortalecimiento institucional (items de memorandum)

Actividad: Capacitación

Presupuesto para capacitación de nivel estatal a jurisdiccional

Cuadro No. 5

Jurisdicción Sanitaria	Días	Viáticos	Gasto de camino	Pasajes	Gasto total
Capacitación de trabajadores de Salud en VIH y género					0
Capacitación NOM VIH					0
Capacitación en Sistema de Información					0
Total	0	0	0	0	0

- Incorporar en el en el formato de Fortalecimiento Institucional el renglón de Capacitación de Trabajadores de Salud en VIH/SIDA y género.

Paso 6

Diseño de Indicadores

En el cuadro de las páginas siguientes se incluyen algunos de los indicadores diseñados en el taller, en los diferentes grupos de trabajo.

Los indicadores responden a las modificaciones sugeridas para el Proyecto de Presupuesto (POA 2004) y han sido vinculados a una serie de recomendaciones, en términos de objetivos y estrategias, que se desprenden de lo analizado en los pasos previos y que se asume debieran incorporarse al programa.

- Adicionalmente, como elemento importante a considerar en la nueva programación se deberán desagregar los objetivos, las metas y los indicadores por sexo.

Implicaciones en la política: Estrategias específicas, metas e indicadores

Las metas y estrategias se resumen en el siguiente cuadro:

Estrategias por grupos de riesgo

Grupo de riesgo	Objetivos y metas	Estrategias
HSH	Detectar, para 2004, a 50 hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar a un promotor que pertenezca al grupo y funja como enlace entre éste y el Programa de VIH/SIDA. • Evaluar el impacto que se relaciona con la investigación y la distribución de condones.
Mujeres: amas de casa y parejas de migrantes	Detectar a 2,114 mujeres en riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar a nueve promotores que hagan contacto con este grupo (uno por cada jurisdicción) • Distribuir condones (masculinos y femeninos). • Realizar pláticas de inducción hacia el empoderamiento de las mujeres. • Proporcionar material informativo enfocado a las mujeres • Trabajar en coordinación con instancias gubernamentales y no gubernamentales enfocadas a estos grupos.
Perinatal	Disminuir los casos de sífilis en este grupo, sobretodo entre las mujeres de comunidades remotas	<ul style="list-style-type: none"> • Extender el acceso a RPR (pruebas de detección de sífilis). • Capacitar a los médicos en las comunidades alejadas.
HTSC (Hombres)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Detectar a un mayor número de trabajadores del sexo comercial que estén teniendo prácticas de riesgo. 2) Diseñar políticas específicas para este grupo. 	Introducir esta categoría en el Proyecto del Presupuesto.
MTSC (Mujeres)	Reducir la incidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir condones • Inducir el empoderamiento

Estrategias de capacitación y abasto

Concepto	Objetivos y metas	Estrategias
Personal de Salud	Sensibilizar a un mayor porcentaje de servidores públicos del sector salud hacia el enfoque de género.	1. Enfocar esfuerzos en las tres jurisdicciones más afectadas. 2. Sensibilizar al personal de hospitales de primer nivel.
Leche maternizada	Insistir en la adquisición de por lo menos 48 mil litros de leche.	3. Trabajar en coordinación y cooperación con el programa Arranque Parejo en al Vida.

Se definieron además los siguientes indicadores, que podrían ser empleados para evaluar el impacto del programa en su propósito de cerrar las brechas de inequidad de género.

Indicadores
1) Nuevos casos detectados en el grupo HSH. 2) HSH detectados/ HSH que utilizan condón.
3) Número de instancias de coordinación 4) Número de detecciones en mujeres* *Esto requiere de la desagregación de los diferentes grupos de mujeres: amas de casa, mujeres de migrantes y mujeres migrantes.
5) Personal de salud sensibilizado/ personal total de salud involucrado en el programa en las tres jurisdicciones.
6) Porcentaje de cobertura de las necesidades.
7) Número de detecciones de sífilis.
8) Hombres TSC sensibilizados/ total hombres TSC.
9) Mujeres TSC sensibilizadas/ total mujeres TSC

Adicionalmente, en las otras mesas de trabajo se propusieron los siguientes indicadores:

Concepto	Indicador
Prevencción Sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número de folletos distribuidos por grupo. 2) Porcentaje de cobertura de la población objetivo. 3) Número de condones distribuidos por sexo. 4) Número de mujeres jóvenes aceptantes del condón. 5) Número de escuelas visitadas/ total de escuelas por nivel.
Mitigación del Daño	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número de denuncias anuales. 2) Número de trabajadores capacitados/ total de trabajadores en el área. 3) Número de quejas por servicios en el área.
Prevencción Sanguínea	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número de casos nuevos por sexo. 2) Número de equipos sanitarios distribuido por ONG.
Prevencción Perinatal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número de mujeres embarazadas seropositivas detectadas en comunidades rurales.
Fortalecimiento Institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Porcentaje de registros correctos. 2) Cantidad de formatos devueltos en el sector.

Estos indicadores aparecen sólo a título ilustrativo de los que podrían diseñarse.

Factores necesarios para una programación con perspectiva de género

Si bien el desarrollo de los ejercicios indicados conducen, en alguna medida, a la incorporación del enfoque de equidad de género dentro de los procesos de programación y de elaboración de presupuestos públicos, es preciso señalar y admitir que la aplicación plena de tal enfoque exige el desarrollo de otras actividades y la conjunción de otros factores, inclusive en algunas áreas y ámbitos de competencia que rebasan las instancias de la Secretaría de Salud.

Entre los elementos que son esenciales para analizar la orientación y perspectiva de un programa, y asignar recursos para reducir las desigualdades, destacan los siguientes:

- Programa Nacional de Salud: Impulsar cambios a la Ley General de Planeación, con el propósito de que, desde este marco legislativo, se comience a insertar la perspectiva de equidad de género en el diseño y desarrollo de las políticas públicas.
- Ley General de Salud.
- Normas Técnicas relevantes: Integrar la perspectiva de equidad de género desde el proceso de elaboración de presupuestos, determinados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y sus equivalentes en el nivel estatal, hasta el proceso de desarrollo de la estructura programática, de tal forma que su incorporación se traduzca y concrete dentro de los formatos establecidos por estas autoridades para la integración de los presupuestos públicos.
- Datos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA): Promover el despliegue o adecuación de los sistemas de información, para que su organización, estructura e integración concuerden con los requerimientos que el enfoque de género demanda en cuanto a desagregación de datos por sexo, edad y características sociodemográficas relevantes.

- Perfil sociodemográfico de la región donde operará la estrategia o programa indicando la dimensión del problema de salud que atiende.
- Síntesis de la visión, misión, objetivos, metas, indicadores, costos, estrategias y acciones de los programas gubernamentales de salud.
- Diagnósticos de las estrategias, programas o proyectos
- Identificación y análisis de los costos del programa.

La razón de tomar en cuenta los factores anteriores reside en que la aplicación de la perspectiva de género debe ser un proceso transversal, el cual comprende la puesta en práctica de los conceptos de equidad de género, desde la definición misma de la política pública hasta la operación de los programas, pasando por los procesos de programación y presupuestación.

La perspectiva de equidad de género busca contribuir al establecimiento pleno de la democracia en el país, lo que supone brindar iguales posibilidades de desarrollo a toda la sociedad. Sin embargo, esto implica, en primer término, aceptar que prevalecen condiciones de desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres, y que éstas condiciones deben ser superadas para lograr que la instrumentación de las políticas públicas tenga un impacto real en el nivel de bienestar de la sociedad en su conjunto.

En suma, la programación con enfoque de género requiere del propósito expreso de brindar posibilidades de desarrollo equivalentes a mujeres y hombres, así como a los diversos grupos de la sociedad en general, partiendo de la voluntad de eliminar las condiciones de desigualdad e inequidad existentes entre ellos.

Recomendaciones y conclusiones

Los presupuestos sensibles al género son una herramienta para diseñar políticas dirigidas a alcanzar la equidad entre hombres y mujeres. Un análisis que tome en cuenta las diferentes necesidades, condiciones y posiciones de hombres y mujeres ayuda a diseñar políticas y programas que den soluciones reales a los problemas sociales y que permitan optimizar los recursos existentes. La transversalización del enfoque de género en el presupuesto se traduce en políticas y programas más eficaces, eficientes y que resulten en mayor equidad y mejores condiciones de vida para los y las mexicanos y mexicanas.

La equidad de género no es sólo una cuestión de justicia, sino también es una manera de lograr un desempeño económico más eficiente. Como se vio a lo largo del presente trabajo, el rezago de la mitad de la población conlleva el mal uso de los recursos tanto económicos como humanos.

Es importante resaltar que el género no se refiere exclusivamente a las mujeres, sino también a los hombres. Al reconocer los diferentes papeles de género se parte de la realidad; esta perspectiva permite que las políticas y los programas estén fundamentados en las condiciones de vida existentes y en la posición social de mujeres y hombres.

El gobierno mexicano está comprometido con la equidad y con la eliminación de la discriminación, y los presupuestos sensibles al género son una estrategia útil para alcanzar este fin.

Para apoyar a este proceso dentro de las unidades o departamentos del sector salud y en la elaboración de sus Proyectos de Presupuesto, se emiten las siguientes recomendaciones:

1. Buscar el apoyo y la asesoría del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.
2. Definir con oportunidad y de manera definitiva la conformación del equipo de trabajo, el cual debe incluir a un técnico del área, a un responsable capaz de asumir decisiones, y a una persona del área de información y sistemas. La idea de conformar un grupo de trabajo definitivo persigue darle la mayor continuidad y coherencia posibles al proceso.

3. Organizar con anticipación un taller de sensibilización y capacitación en los temas de género y análisis de presupuestos públicos con enfoque de equidad de género.
4. Tomar en cuenta que no es imprescindible que este proceso se inicie en paralelo a los tiempos de formulación y presentación del Proyecto de Presupuesto correspondiente; aunque lo ideal sería conformar el grupo previamente e iniciar la capacitación antes de la elaboración del presupuesto del siguiente ejercicio, pero si esto no es posible, no es necesario esperar, se puede arrancar en cualquier fase del ciclo.
5. Es factible incorporar la perspectiva de equidad de género en los programas y presupuestos antes, incluso, del inicio de los tiempos formales del Proyecto de Presupuesto, ya que pueden llevarse a cabo los pasos correspondientes a la revisión del diagnóstico y a la adecuación del cuestionario general propuesto en la Guía, cuando no se ha emprendido ninguna labor del proceso todavía.

Anexos

Anexo 1

Sumario sobre el VIH/SIDA y su situación actual en México

1. Género y VIH/SIDA

El VIH/SIDA

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad causada por un tipo de retrovirus denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ocasiona la destrucción del sistema inmunológico de la persona afectada. La principal función de dicho sistema es defender al organismo, a través de diferentes mecanismos inmunológicos, de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos. El VIH infecta fundamentalmente un subgrupo de células del sistema inmune que poseen una molécula llamada CD4+, esencial en la respuesta inmunitaria.

En la actualidad se ha comprobado que existen tres formas o vías de transmisión del VIH: La sexual (heterosexual, homosexual y bisexual), la sanguínea (transfusiones, agujas contaminadas, el uso compartido de jeringas contaminadas por usuarios de drogas inyectables, riesgo ocupacional) y la perinatal (transplacentaria a hijos nacidos de madres infectadas con VIH, durante el parto o a través de la leche materna). A pesar de que se ha encontrado el VIH en diferentes líquidos corporales como saliva, lagrimas y orina, no se ha comprobado que los besos o el compartir utensilios de uso doméstico de alguna persona enferma transmitan el virus del SIDA.

Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo, empieza a proliferar de forma continua. La destrucción de los linfocitos CD4 produce una inmunosupresión severa que favorece la aparición de la mayoría de las infecciones oportunistas y neoplasias características del SIDA. En términos generales, se pueden distinguir al menos tres fases evolutivas de la infección: fase inicial de infección primaria o aguda, fase crónica y fase final. El pronóstico es variable en cuanto a supervivencia. La cepa y el subtipo del virus, el estado general de la persona y el acceso a servicios para tratamiento médico de las enfermedades oportunistas parecen influir en la supervivencia. El tratamiento con anti-retrovirales ha incrementado de manera importante el tiempo y calidad de vida.

Género y Sexualidad

Género no es sinónimo de sexo. Género se refiere a las expectativas y normas existentes dentro de una sociedad sobre lo que constituye el comportamiento masculino o femenino “normal” o “apropiado”. Aunque los papeles de género pueden variar de una cultura a otra, una característica común es la diferenciación que se da entre hombres y mujeres respecto a los papeles adecuados para cada uno de ellos, el acceso a los recursos productivos y a la toma de decisiones. Así, en la mayoría de las sociedades, las mujeres han estado ubicadas en una posición en desventaja con respecto a los hombres. Pese a la importancia que el género tiene en la estructuración de la vida social, existen otras construcciones sociales determinantes; una de ellas es la sexualidad. La sexualidad puede ser definida como la construcción social de un impulso biológico (véase Gupta, 2000). La sexualidad individual se determina por una serie de aspectos tales como: con quién se tiene relaciones sexuales, de qué manera, por qué, en qué circunstancias y con qué resultados. Las reglas (explícitas o implícitas) impuestas por la sociedad y definidas por el sexo, el género, la edad, la etnia y la clase influyen sobre la sexualidad individual y un aspecto clave de la dinámica que se produce entre el género y la sexualidad son las relaciones de poder. Por ejemplo: las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres se traducen a menudo en un desequilibrio de poder en las relaciones sexuales heterosexuales.

Así, el género lo intersectan también otros ejes de desigualdad que serán más o menos relevantes dependiendo del contexto en el que nos encontremos, y que puedan exacerbar o aminorar los efectos negativos de las relaciones de género. En el caso que nos ocupa, el VIH/SIDA, el eje de la sexualidad es clave para comprender la dinámica de la epidemia y para diseñar acciones que permitan reducir el grave impacto de la enfermedad.

Dichas acciones debieran estar diseñadas teniendo en mente también la perspectiva de género. Ésta implica analizar con ojos críticos los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre hombres y mujeres, es decir, las relaciones sociales entre los sexos. Es una herramienta destinada a lograr que las preocupaciones y las experiencias de mujeres y hombres sean un elemento integrante de la elaboración, instrumentación y evaluación de políticas y programas, de manera que ambos grupos sociales se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe.

En consecuencia, el objetivo de poner en práctica la perspectiva de género es alcanzar la equidad entre hombres y mujeres (y entre los distintos grupos que conforman), lo que presupone reconocer sus diferentes necesidades e intereses, y obliga a evaluar todas las acciones

gubernamentales según su impacto diferenciado en ambos sexos y a orientar las acciones hacia a una redistribución del poder y de los recursos.

Género y VIH/SIDA

Considerar la salud desde la perspectiva de género supone, además de examinar las diferentes necesidades de hombres y mujeres con respecto al tema, observar las divergencias en cuanto a los factores y determinantes (tanto biológicos como sociales) de riesgo, gravedad y duración de las enfermedades, y la diferencia en la percepción de las mismas, en el acceso y utilización de los servicios de atención de salud y en el estado de salud en general de distintos grupos de mujeres y de hombres. Es importante reconocer que la carga más pesada de la mala salud recae sobre quienes sufren las mayores privaciones desde el punto de vista económico y de capacidades (por ejemplo, analfabetismo, discriminación y falta información). Los grupos sociales que detentan un menor poder económico, político y social serán entonces especialmente vulnerables a las enfermedades. La relación entre VIH/SIDA y el género quedó establecida en la Sesión Especial de la Asamblea de la ONU sobre el VIH/SIDA, que tuvo lugar en julio de 2001, donde se reconoció que las cuestiones de género y las inequitativas relaciones de poder derivadas de ellas acrecientan los grados de riesgo y las posibilidades de contagio del SIDA. La inequidad de género incrementa la vulnerabilidad de las mujeres y los grupos estigmatizados a la epidemia y, en el caso femenino, la recarga de trabajo cuando la enfermedad entra a sus hogares o su comunidad. Por otra parte, se argumentó también que las niñas y mujeres tienen menores oportunidades de acceso a la información necesaria para evitar la enfermedad, a la prevención, tratamiento, cuidado y servicios. Por esto, los países deben impulsar y acelerar la puesta en práctica de estrategias nacionales que promuevan el progreso de las mujeres y de sus derechos; alienten la responsabilidad compartida de los hombres para asegurar el sexo seguro; confieran poder a la mujeres para que decidan libremente sobre su sexualidad, e incrementen su habilidad para protegerse de la infección del VIH.

La meta para el 2005 concistió en que los países pusieran en marcha medidas para elevar la capacidad de las mujeres y adolescentes para protegerse del riesgo de infección, principalmente mediante la provisión de cuidados de salud, que incluya salud sexual y reproductiva, y mediante una educación para la prevención que proporcione la equidad de género dentro de un marco sensible a las diferencias culturales y de género.

Este marco no debe integrar únicamente la perspectiva de la construcción cultural de los papeles e identidades femeninas y masculinas, sino también la construcción social de la sexualidad y de lo que se considera como sexualidad “correcta” o “normal” dentro un determinado contexto. Como veremos más adelante, en la mayor parte de los países las personas con prácticas sexuales diferentes se enfrentan a situaciones de discriminación y falta de poder que las han hecho particularmente vulnerables al virus.

Las distintas vulnerabilidades al VIH/SIDA

Ciertos aspectos de la fisiología femenina hacen a las mujeres más vulnerables al virus del VIH. Por ejemplo: ellas tienen una mayor superficie de área mucosa expuesta a la abrasión durante la relación sexual heterosexual y el semen tiene una mayor concentración de VIH que los fluidos vaginales. Las niñas y adolescentes, en quienes la superficie de la mucosa vaginal no está plenamente desarrollada, son particularmente vulnerables en culturas donde se incentiva el matrimonio a temprana edad. Además de la susceptibilidad biológica, las mujeres se enfrentan a una mayor vulnerabilidad debido a factores socio-culturales: en primer lugar, la “cultura” de silencio que rodea al tema del sexo y que dicta que las mujeres buenas deben permanecer ignorantes y pasivas respecto al tema. En segundo lugar, la norma de la virginidad femenina, que impide que las mujeres que quieren información acerca del sexo lo hagan por miedo a ser vistas como sexualmente activas y por lo tanto, estigmatizadas; en tercer lugar, el valor cultural de la maternidad impide a las mujeres utilizar métodos de barrera, como los condones, que reducen las posibilidades de contraer la enfermedad; en cuarto lugar, la dependencia económica de las mujeres incrementa también su desventaja, por ejemplo, se pueden ver obligadas a intercambiar sexo por dinero o comida. Finalmente, la violencia contra las mujeres también las pone en situación de vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Respecto a este último punto, se ha argumentado que las labores de prevención del VIH deben incluir la prescripción de antirretrovirales a las víctimas de violación. Frente a esto, las normas sociales que han negado a las mujeres el derecho de tomar decisiones concernientes a la sexualidad son de particular importancia para el problema del VIH/SIDA.

La vulnerabilidad masculina a la enfermedad tiene que ver, en primer lugar, con las normas de masculinidad, en función de las cuales se espera que los hombres “sepan” sobre sexo y tengan mucha experiencia en el campo. Esto les impide, sobre todo a los jóvenes, que se informen sobre el tema y mucho menos que admitan su ignorancia. En segundo lugar, se cree que tener

muchas parejas sexuales es parte de la naturaleza masculina, lo que multiplica las probabilidades de transmisión, y en tercero, las nociones de masculinidad que enfatizan la dominación sexual sobre las mujeres como su característica definitoria contribuyen a la homofobia y a la estigmatización de los hombres que tienen sexo con los hombres, (HSH) quienes son el grupo de mayor riesgo en nuestro país.

Así los programas, de prevención y tratamiento del VIH/SIDA deben tomar en cuenta los derechos sexuales de las personas y el derecho a la no discriminación por prácticas sexuales “diferentes”, ya que los (HSH) que viven con el VIH/SIDA sufren una doble discriminación: por ejercer una sexualidad diferente por ser portador del virus. En razón de esto, es fundamental desarrollar acciones enfocadas a atender las necesidades específicas (HSH).

Este grupo es particularmente vulnerable a la infección por factores tanto biológicos como sociales. En cuanto a los primeros, la relación sexual con penetración anal es un fenómeno común en las relaciones sexuales de (HSH). Esta práctica implica un riesgo elevado de transmisión del VIH cuando uno de los implicados tiene el virus y no se utiliza preservativo, debido a que la mucosa del recto es muy fina y puede desgarrarse fácilmente, con lo que inclusive las pequeñas lesiones son suficientes para permitir la entrada del virus. Se sabe hasta ahora además que las células de la mucosa rectal tienen una menor inmunidad para resistir al VIH que las células de la mucosa vaginal. Por otra parte, el riesgo para el miembro receptor de la pareja en el sexo anal sin protección (de cinco a 30 casos por cada 1,000 exposiciones) es más elevado que el riesgo de una mujer que tiene relaciones sexuales vaginales sin protección con un hombre infectado (de uno a dos casos por cada 1,000 exposiciones).

Además de vulnerabilidad biológica, es notoria la carencia de cifras concretas y la falta de investigaciones en torno a este grupo social. En algunos países, la ausencia de datos epidemiológicos sobre la incidencia del virus en los (HSH) es un obstáculo central para los esfuerzos de prevención. Incluso, hay casos en los que las encuestas no incluyen la categoría de “hombres que tienen sexo con hombres”. Lo anterior se desprende, sin lugar a dudas, del contexto social de rechazo hacia este grupo. Es un hecho que las relaciones sexuales entre hombres ocurren en la mayor parte de las sociedades. Sin embargo, con frecuencia se niega su existencia y la importancia de reconocerlo para prevenir la enfermedad. Este tipo de relaciones siguen siendo estigmatizadas y condenadas, y aquellos que las practican abiertamente continúan siendo discriminados. Por esto, la mayoría de relaciones sexuales entre hombres se mantienen ocultas o en secreto.

Por ejemplo, muchos (HSH) no se consideran homosexuales ni bisexuales. Muy a menudo, están casados o sostienen relaciones sexuales con mujeres y esto pone en riesgo a esas mujeres. Esto último sucede especialmente en ámbitos donde el matrimonio aún es un prerrequisito para “encajar” plenamente en la sociedad. Entre los (HSH), los trabajadores sexuales son un grupo particularmente difícil de atender debido a que, a diferencia de sus contrapartes femeninas, no suelen estar organizados ni estructurados.

Derivado de lo anterior, los (HSH) a menudo no son honestos cuando se les cuestiona respecto a su sexualidad. Así, tal vez no reporten probables síntomas de VIH o de otra enfermedad de transmisión sexual, o bien decidan no asistir a una clínica de salud para realizarse la prueba de VIH por miedo a los resultados y al rechazo y estigmatización a que se verían eventualmente sometidos. Aunado a esta situación, muchos programas de combate al VIH/SIDA no incluyen provisiones adecuadas para los (HSH). Por ejemplo, los materiales educativos dirigidos a hombres que se identifican a sí mismos como homosexuales pueden ser considerados muy “explícitos” por aquellos que no se consideran homosexuales, pero que se involucran en relaciones sexuales con hombres.

2. La situación del VIH/SIDA en México

México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA “concentrada, es decir, con una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población y que aún no se extendido hacia la población en general. La prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años de edad es de 0.3%; esta cifra se ha mantenido estable durante los últimos 12 años. Entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es de 0.1%. De acuerdo con el Registro Nacional de casos de SIDA, en México existe una prevalencia de VIH de 15% en hombres que tienen sexo con hombres (HSS), 12.2% en hombres trabajadores del sexo (HTSC), 6% en usuarios de drogas inyectables (UDI), 2.1% en pacientes con tuberculosis y 1.6% en los reclusos. En las mujeres, el grupo más afectado son las reclusas (1.4%) y las trabajadoras sexuales (0.3%). La prevalencia para las embarazadas es de 0.09%.

En cuanto a las principales causantes de transmisión del VIH, la sexual ha sido la más sustancial, con 86.6% de los casos acumulados. Al respecto se ha observado que esta clasificación, los hombres que tienen sexo con hombres son el subgrupo, más afectado con un peso de 62.2%. Sin embargo, la proporción de transmisión heterosexual ha aumentado considerablemente en los últimos años, para representar, a la fecha del levantamiento del Registro, un porcentaje de 37.8.

La segunda causa más importante de transmisión de VIH es la que se da por vía sanguínea, atribuible en 10.8% de los casos. De este total, 72.5% corresponde a transfusiones sanguíneas y 8.3 está asociado con los UDI.

Finalmente, aunque la transmisión perinatal representa sólo el 1.9% del total de los casos, ésta constituye la principal vía de contagio en menores de 15 años. Estas tres principales formas de infección suman casi 100% de los casos.

Del total de casos acumulados de enfermos de VIH/SIDA, la mayoría son hombres, con 85.4%, mientras que 14.6% son mujeres, lo que significa una relación de 6:1, seis hombres con VIH/SIDA por una mujer. La mayoría se encuentra en edad reproductiva, es decir entre los 15 y 44 años, aunque la población más afectada dentro de este grupo son los jóvenes entre 25 y 34 años. Los Estados que tienen las más altas tasas acumuladas de SIDA son el Distrito Federal, Jalisco y Baja California, mientras que las entidades federativas con menores tasas son Chiapas, Zacatecas y Tabasco.

Hasta septiembre del año 2002 se registraron 57,640 casos de SIDA. Sin embargo, siempre existe un margen de error debido al subregistro, ocasionado no sólo por el retraso en la notificación de la enfermedad y sino también por la tardanza en saber que se la padece, dado el plazo que transcurre entre el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y su notificación. Por este motivo, al dato del último reporte se agrega 35%, atribuible al retraso en la notificación y 18.5% cifrado como subregistro. Así se calcula que los casos acumulados para dicho año fueron realmente 64,000. De igual modo, se estima que existen entre 116,000 y 177,000 personas infectadas, con una media de 150,000.

Podemos concluir que en nuestro país la enfermedad está concentrada en los hombres, es decir, es una enfermedad que, hasta ahora, los afecta en mayor medida que a las mujeres, a pesar de la vulnerabilidad biológica y social a la cual éstas se enfrentan. La proporción de casos de SIDA diagnosticados en 2002 fue de 16.5% mujeres y 83.5% hombres. Entre estos últimos, el grupo expuesto a una mayor prevalencia es el de los hombres que tiene sexo con otros hombres. Por otra parte, es importante mencionar que, al analizar los diagnósticos por año, se observa un avance progresivo de casos en mujeres, así como una tendencia ascendente en la historia de la epidemia.

3. Los presupuestos sensibles al género

El presupuesto público, como el instrumento de política pública más importante con el que cuentan los gobiernos, refleja la visión que éstos tienen del desarrollo social y económico y, más generalmente, los valores y prioridades de una sociedad y las relaciones de poder subyacentes. No es casual que los sectores marginales sean los más afectados por los presupuestos y los que menos oportunidades tienen para incidir políticamente sobre aquéllos. Por lo anterior, el gasto público tendrá el potencial para disminuir las brechas existentes entre hombres y mujeres (y entre distintos grupos de hombres y mujeres) sólo si las acciones, programas y políticas gubernamentales orientados a la equidad de género tienen expresión formal en el presupuesto. Así, los presupuestos sensibles al género a la necesidad de instrumentar estrategias efectivas para monitorear e impulsar la igualdad social y económica.

Si partimos de que las mujeres y los hombres tienen vidas diferentes debido a la estructuración de los papeles de género, por lo que se enfrentan a restricciones, responsabilidades y elecciones distintas, podemos también afirmar que las mujeres y los hombres no responderán a la política presupuestaria de manera similar. No obstante, las políticas públicas (y, por ende, los presupuestos) se diseñan de manera uniforme, para atender lo que se asume son las necesidades de toda la población. Sus arquitectos no toman en consideración los papeles, capacidades y responsabilidades socialmente construidas de distintos grupos de hombres y mujeres. Adicionalmente, no se cuestiona si, debido a esta situación, las políticas y programas derivados de los presupuestos tienen un impacto diferenciado en los diversos grupos vulnerables o de riesgo.

Aunado a esto, el hecho de que los presupuestos se presenten sin mencionar específicamente a las mujeres, pero tampoco a los hombres, crea la impresión de que son sólo un instrumento técnico con efectos similares sobre el conjunto de los beneficiarios. Desconocer el impacto diferenciado de los presupuestos sobre hombres y mujeres no significa, empero, que los presupuestos sean neutrales al género; en su lugar resultan “ciegos” al género: un presupuesto que ignore las desigualdades entre hombres y mujeres, y las distintas construcciones del género, replicará o mantendrá inalteradas las relaciones de género existentes y dificultará un impacto positivo sobre el crecimiento económico y desarrollo humano.

Es importante enfatizar que los presupuestos sensibles al género no son presupuestos formulados para beneficiar exclusivamente a las mujeres, sino que se refieren, en una primera instancia, al análisis desagregado por sexo de los presupuestos mediante una lente de género, y en una

segunda, a la elaboración misma de los presupuestos, valorando su impacto sobre la vida de los hombres y las mujeres y tomando en cuenta las diferencias y desigualdades que se dan al interior de los distintos grupos de mujeres y hombres. Así, su objetivo es introducir la perspectiva de género a lo largo de todas las etapas de los programas, proyectos o estrategias gubernamentales (conceptualización, diseño, presupuestación, instrumentación y evaluación), preguntándose si los intereses, necesidades y prioridades de hombres y mujeres, niños y niñas, (y de distintos grupos de hombres, niños y niñas) están realmente incluidos en los presupuestos.

Entender los presupuestos sensibles al género como exclusivos para las mujeres implicaría designarlas como un grupo de interés que compite con otros por los recursos escasos de que dispone el gobierno. Esta visión asume, por un lado, que todas las mujeres (y todos los hombres) quieren o necesitan lo mismo y, por el otro, que el objetivo de los presupuestos sensibles al género se reduce a una mayor asignación de gasto dirigido exclusivamente a programas o acciones focalizadas para mujeres. En contraste con esta idea, los diseñadores de políticas públicas y de presupuestos deben reconocer las desemejanzas existentes entre distintos grupos de mujeres y de hombres sobre todo las relacionadas con la edad, la etnia, la clase social, la ubicación geográfica y, específicamente para el tema que estamos trabajando, la orientación sexual, ya que una política contra el VIH/SIDA que beneficie a cierto grupo de mujeres u hombres no necesariamente beneficiará a un grupo diferente (e inclusive puede llegar a ser adversa).

De esta manera, uno de los objetivos de la incorporación de la perspectiva de género en el presupuesto del CENSIDA sería transformar el actual patrón desigual de poder entre hombres, mujeres y grupos estigmatizados (por ejemplo, los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales) mediante acciones programáticas de combate al VIH/SIDA, que creen un contexto en el que se valoren tanto las necesidades de diversos grupos de mujeres y de hombres, como los distintos obstáculos y barreras sociales a los que se enfrentan de acuerdo al género y a la sexualidad. Así, las diversas necesidades de la población se reflejarían en acciones y servicios específicos que disminuirían la vulnerabilidad de los grupos que, en nuestro país, se ven más afectados por la epidemia.

Anexo 2

Preguntas aplicadas al caso COESIDA de Michoacán

Paso 1

Diagnóstico

- ¿Cuál es el sentido general del diagnóstico sobre la situación del VIH/SIDA del que parte el programa estatal?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

- ¿Qué información fue utilizada para elaborar el diagnóstico sobre la situación del VIH/SIDA en la entidad (situación epidemiológica, inicio de vida sexual activa, migrantes, etnias, situación de zonas fronterizas, zonas turísticas, etc.)
- ¿La información estaba desagregada por sexo, edad y prácticas de riesgo (transmisión por uso de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales masculinos y femeninos)?
- ¿El programa cuenta con información acerca de:
 1. La razón hombre/mujer en el renglón de tratamiento médico
 2. La razón hombre/mujer de portadores de VIH en la entidad
 3. La demanda hombre/mujer de detecciones
 4. El número de detecciones por grupos vulnerables y con prácticas de riesgo
 5. A quiénes se dirigen el material educativo y las campañas sobre VIH/SIDA (grupo objetivo: hombres, mujeres, grupos de riesgo, edades, etc.)
 6. Quiénes asisten a las sesiones educativas instrumentadas (mujeres, hombres)
 7. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan en el tema de VIH/SIDA en la entidad y a quiénes van dirigidas sus acciones.
- ¿Se hacen diferencias para determinar el impacto de la enfermedad sobre las distintas poblaciones vulnerables y con prácticas de riesgo?

Paso 2

Análisis de la inequidades

- ¿Cuál podría ser la influencia de la inequidad de género y de las diferentes prácticas sexuales en la posibilidad de contraer el VIH, de acuerdo con cada una de las principales formas de transmisión del virus (sexual, sanguíneo, perinatal)?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

1. ¿Qué papel juegan la inequidad y el temor a la discriminación por prácticas sexuales diferentes, en la utilización y demanda de los servicios de salud otorgados por el programa?
2. ¿Cuáles son las dificultades o problemas particulares de mujeres y hombres para acceder a los servicios de salud?
3. ¿Se destinan recursos a la vigilancia epidemiológica para determinar quiénes son los grupos más afectados por el VIH/SIDA en la entidad?
4. ¿Bajo qué criterios se diseña la vigilancia?, ¿mediante qué procedimientos?, ¿con qué periodicidad?, ¿cuál es el tamaño de la muestra utilizada para cada grupo?
5. ¿Las metas de los componentes del programa estatal reflejan la preocupación por la equidad entre hombres y mujeres y por la no discriminación por prácticas sexuales diferentes?

Paso 3

Componentes del programa y acciones específicas

- Los componentes, acciones y estrategias que el programa implementa, ¿se fundamentan en el diagnóstico de la situación de la epidemia en la entidad?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

1. Partiendo de los recursos programados para el año 2003, ¿a qué tipo de componentes destina mayores recursos el programa (prevención sexual, prevención perinatal, prevención sanguínea, atención integral de las personas con VIH/SIDA e ITS, mitigación del daño)?
2. Dentro de cada uno de los componentes, ¿cuáles son las acciones prioritarias y quién es la población beneficiaria?
3. ¿Las estrategias implementadas están relacionadas con las necesidades de los grupos mayormente afectados por la enfermedad en la entidad? Por ejemplo, ¿de qué manera se atienden las diferentes necesidades de HSH, trabajadoras y trabajadores sexuales o UDI en las acciones derivadas de los componentes?
4. ¿Se integran acciones específicas y se asignan recursos para los grupos más vulnerables o afectados por el VIH/SIDA en la entidad (por ejemplo, acciones dedicadas a la prevención en trabajadores sexuales)?
5. ¿Se atienden las necesidades específicas de diferentes grupos de hombres y mujeres (HSH, TSC, UDI y otros grupos vulnerables)?
6. ¿Hay alguna acción de prevención que incluya visitas domiciliarias a los pacientes y/o provea atención a los huérfanos?

Paso 4

Priorización

- ¿Juzga que los componentes, las acciones y las estrategias implementadas por el programa estatal son suficientes para contrarrestar el impacto de género de la enfermedad? Desde la perspectiva de género ¿qué acciones y estrategias deberían diseñarse, reformularse o añadirse para que el programa sea más equitativo?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

1. ¿En qué orden de prioridad se colocarían los componentes, las acciones y las estrategias del programa para que reflejaran la preocupación por la equidad de género?
2. ¿Cómo se reformularían los objetivos y metas del programa considerando dichas prioridades?

Paso 5

Presupuestación

- ¿Qué requerimientos (en términos presupuestales, de recursos humanos y de habilidades) serían necesarios para llevar a la práctica la reformulación de estrategias y acciones?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

1. ¿Serían necesarios recursos etiquetados a mujeres/hombres y /o grupos en mayor riesgo y vulnerabilidad? ¿Qué acciones específicas deberían estar etiquetadas?
2. ¿Cómo se reflejaría la reformulación de acciones y estrategias y la etiquetación de acciones específicas en los lineamientos del Proyecto de Presupuesto?

Paso 6

Indicadores

- ¿Cuáles serían los indicadores necesarios para dar seguimiento y evaluar a las nuevas acciones y a sus requerimientos presupuestales?

Para la construcción de indicadores deben tomarse en cuenta los resultados esperados de las acciones y estrategias sugeridas para reducir la inequidades.

Anexo 3

Ejemplos de los estados

A continuación se presentan los resultados a que dieron lugar los distintos ejercicios realizados en las mesas de : Estado de México, Morelos y Chihuahua.

Los resultados muestran diferentes grados de avance en el proceso, dependiendo de las bases previas de información, del conocimiento de análisis de género, así como de la actitud y/o sensibilización de los involucrados en el proceso.

En el caso del Estado de México el ejercicio avanzó hasta el paso número 5, donde se realizó inclusive un cálculo aproximado de los recursos necesarios para emprender las acciones propuestas para corregir las inequidades de género.

Por su parte, en el caso del Estado de Morelos, el ejercicio fue realizado hasta el paso 4, si bien se apuntan algunos elementos y rubros de gasto que podrían ser incluidos, para contribuir a la formulación de un presupuesto con equidad de género.

Finalmente, en el caso del estado de Chihuahua se puede apreciar cómo la falta de información y de un diagnóstico más preciso puede limitar el desarrollo de la metodología. Con todo, el grupo de trabajo realizó un esfuerzo significativo en la aplicación de la metodología y llegó inclusive a proponer una serie de indicadores para evaluar la manera en que algunas modificaciones realizadas al programa, al partir de un análisis de enfoque de equidad de género, podrían ayudar a lograr un avance en el mismo programa, en la corrección o disminución de las inequidades de género.

En conjunto, todos ellos proporcionan una visión panorámica de lo que implica la incorporación de la perspectiva de equidad de género en los programas de la salud, y revelan igualmente cómo la metodología puede comenzar a aplicarse, dependiendo de las condiciones preexistentes en las unidades administrativas responsables, en términos de las bases de información, la capacitación y la sensibilización en el tema.

Estado de México

Paso 1

Revisión del diagnóstico desde la perspectiva de la equidad de género

En el caso del Estado de México, también se dispuso toda la información solicitada por parte del Programa del VIH/SIDA, además de contar con la participación de una representante de una organización de la sociedad civil (Casa Toluca), dedicada a apoyar a personas con VIH/SIDA, lo cual aportó una perspectiva diferente a la discusión. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

1. Como también sucede en otros estados, existe un subregistro de los casos equivalente a 18% y un retraso en la notificación de 35%. Sin embargo, si se cuenta con un registro histórico de 1985 a abril 2003 en el que encontramos que existen 7,599 casos acumulados, de los cuales 5,461 son defunciones y 2,138 son personas vivas infectadas con el virus.
2. Las jurisdicciones más afectadas son Nezahualcoyotl, Ecatepec, Naucalpan, Tlalnepantla, Cuautitlán y Toluca, aunque posiblemente haya un subregistro en alguna de las jurisdicciones restantes. La epidemia, por lo tanto, se concentra en ciudades y áreas conurbanas, aunque también en zonas marginadas y con mayor índice de pobreza.
3. Otro problema identificado fue el de los migrantes que se infectan en Estados Unidos y a su regreso transmiten el virus a sus parejas, en el caso de las mujeres, incluso quedan embarazadas.
4. A partir de 2003 se tienen datos por municipio. La información disponible por grupo etareo indica que el grupo mayormente infectado (casos de SIDA) es el que corresponde a las personas de 25 a 34 años, quienes reportan 3,106 casos y el segundo es de 35 a 44. Así, es en las edades reproductiva y productiva donde la prevalencia de la infección

es mayor. Hay 1,247 mujeres por 6,352 hombres con SIDA en el estado, es decir, cinco hombres por cada mujer. En el grupo infantil, se registran 111 casos en menores de cero a cuatro años (SIDA perinatal). Entre los niños y niñas de cinco a 14 años hay casos de infección provocados por abuso sexual.

5. Existen 52 mujeres rurales y 67 mujeres urbanas que reciben atención. En cuanto a los hombres, son 170 aproximadamente. Hay más de 200 personas que radican en el Estado de México que reciben medicamentos en el Distrito Federal.
6. Por factor de riesgo, encontramos la siguiente distribución porcentual: HSH, 29.36; Bisexuales, 18.52; Heterosexuales, 35.37; TSC, 1.79; UDI, 0.64; Ex donadores remunerados, 2.81; Perinatal, 2.46; Transfusión, 7.80; Hemofílico, 1.15; Exposición ocupacional, 0.10%. Adicionalmente, las actas de defunción dan cuenta de 3,661 casos de los cuales se desconoce el grupo de riesgo al cual pertenecían.

- Se dispone de información desagregada por sexo y edad.
- Es una epidemia masculina, que tuvo sus orígenes en transfusiones, en Nezahualcoyotl, y ahora es hetero-bisexual y de migrantes.
- Se considera una epidemia estable y concentrada.
- La información con la que se cuenta es de casos de SIDA, no de seropositivos.
- No existe coordinación con la dirección de Salud Reproductiva, según los propios responsables del programa. Los grupos de población más vulnerables son los TSC hombres y las mujeres esposas de migrantes.

Paso 2

Análisis de la inequidades

En lo que se refiere a inequidad de género, se encontró que las campañas podrían haber estado mal dirigidas al privilegiar a algunos grupos y descuidar la información en otros. El programa ha prestado menor atención a los grupos de migrantes, indígenas, HSH, TSC, y UDI. Las campañas (impresos) van dirigidas a jóvenes (en su mayoría), mujeres, HSH, padres de familia, maestros, trabajadores de la salud. Actualmente, el programa enfrenta el problema de la no autorización de carteles para HSH; antes estaban permitidos, si bien no aparecían firmados por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) sino por el grupo multisectorial de VIH/SIDA del Estado.

Las mujeres asisten más a las sesiones educativas en población abierta y son las organizaciones de la sociedad civil (OSC) quienes dirigen sus acciones a jóvenes, HSH, TSC, personas privadas de su libertad, así como menores infractores, niñas y niños.

A partir de la información previa del diagnóstico se realizó un primer análisis desde el enfoque de equidad de género, y se advirtió que en el caso de mujeres embarazadas se ofrece la prueba de detección acompañada de consejería. Sin embargo, las mujeres generalmente se enteran de que están infectadas sólo cuando el marido muere o cuando se diagnostica la enfermedad en su hija o hija.

Paradójicamente, las acciones del programa estatal inciden mayormente en mujeres, pues un número considerable de estas acciones ocurren a través de las ferias de salud que se organizan, ya que quienes acuden principalmente son las mujeres. No obstante, se estima que las estrategias utilizadas para atraer a las mujeres a estas ferias no son muy efectivas, ya que por cada comprobante que muestran como evidencia de que asistieron a alguna plática o se sometieron a una prueba (papanicolau, odontológica, etcétera), se les entrega un “premio motivador”. De otra parte, hay una moral social que dirige las campañas a las poblaciones políticamente no conflictivas y donde no necesariamente se encuentran los grupos de mayor riesgo.

El programa identifica y trabaja con grupos que se caracterizan por sus prácticas de riesgo, mas no definidos como grupos de riesgo, como son: migrantes, indígenas, jóvenes, mujeres den edad fértil, usuarios de drogas intravenosas y HSH.

La encargada del programa estatal dijo que en su opinión, sí se trabaja con perspectiva de género. En particular, enfatizó que los talleres de sensibilización con trabajadores de la salud han sido muy efectivos para atender a las poblaciones vulnerables.

Se señaló que hay más HSH que acuden a la detección, o en el caso de quienes ya sufren la infección van por medicamentos, pero no solicitan los demás servicios de salud. Muchos más hombres que mujeres se atienden por infecciones de transmisión sexual (ITS). Las mujeres no asisten a los servicios de detección, porque no tienen una percepción clara del riesgo, ni la información suficientes y porque se confían al tener un solo compañero sexual. Como no se sienten enfermas no buscan los servicios de salud: de esta suerte, readvierte que es menos probable que se practiquen una prueba de detección del VIH, cuando inclusive a pruebas a las que debieran acudir con regularidad, como es el caso del papanicolau, no asisten.

Los recursos que se destinan a la vigilancia epidemiológica son escasos, y se dirigen a identificar a los grupos más afectados por el VIH/SIDA. En el estado se realizan las encuestas centinela, lo mismo que la notificación de casos de SIDA y seropositivos. No hay definido un tamaño de muestra para cada grupo. Existe una preocupación por la equidad, pero ésta no se expresa del todo en la práctica. Adicionalmente, el programa se apoya en el trabajo de las OSC, a las cuales se provee de condones para que trabajen con grupos vulnerables.

La inequidad de género parece no afectar a los HSH por el lado de la discriminación en los servicios, sino más bien por el lado del anonimato que se ven obligados a asumir frente a los conceptos culturales imperantes.

Así, la estigmatización que soportan los HSH les impone barreras para acudir a los servicios de salud.

Un efecto de inequidad de género en las mujeres, que ocurre no sólo en el ámbito del VIH/SIDA, es el que se refiere a su papel de cuidadoras de la salud familiar, la del marido, la de los hijos, de los abuelos, etcétera, en tanto que no existe para ellas una persona específica designada para apoyarlas en el cuidado de su salud, excepto otras mujeres (la mamá, la tía, la comadre o la hija).

Por otra parte, no hay indicadores ni datos que permitan advertir el impacto del componente del programa de mitigación del daño en la población objetivo, ni por grupos de riesgo.

La prioridad en cuestión de género son los HSH. Dentro de este grupo, quienes no se asumen como gays o bisexuales presentan una mayor dificultad para lograr contacto con ellos. Una forma de alcanzar a estos HSH es trabajando con los TSC hombres.

Además, se requiere de sensibilización para los trabajadores de la salud. La identificación plena de inequidades exige un diagnóstico sobre las diferentes condiciones en que viven el riesgo y la infección las mujeres y los hombres.

- Se dirigen muchas campañas a las mujeres que son un grupo vulnerable, pero las campañas no tienen la eficacia esperada.
- Hay un buen conocimiento de la epidemia en el estado.
- Falta dirigir campañas especiales a HAH.
- La sensibilización a prestadores de servicios de salud ha resultado ser muy importante y eficaz.
- El grupo más estigmatizado es el de los HSH.
- Las mujeres no acuden a diagnóstico porque no se sienten en riesgo.

Paso 3

Determinación de componentes y acciones específicas para reducir las inequidades

Los componentes del Programa Estatal son:

1. La prevención sexual
2. La prevención perinatal
3. La prevención sanguínea
4. Atención integral de las personas con VIH/SIDA e ITS
5. Mitigación del daño

La mayor parte de los recursos se destina a la atención de VIH/SIDA y no a las infecciones de transmisión sexual en general, si bien los fondos asignados a la prevención también inciden en las otras ITS, toda vez que la provisión de condones es una de las acciones más sobresalientes. Asimismo se realizan acciones para la prevención sanguínea, aunque una cantidad considerable de recursos se dirige a la atención parcial de la infección, mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales (ARV).

En cuanto al componente de prevención, que se basa sobre todo en la distribución de condones y promocionales para la población en general, se deberían incluir acciones segmentadas por

grupo de riesgo, ya que ahora la población más beneficiada son los hombres de 15 a 49 años de edad.

Con respecto al componente de atención, la consulta médica es la principal acción, así como la entrega de medicamentos; en este caso, también son los hombres los principales beneficiarios, por lo que se planteó la necesidad de realizar acciones que permitan incluir a otros grupos de población sin menoscabo de la atención a aquéllos, en la medida en que los HSH son el principal grupo de riesgo.

Debido a que la mayor parte de las estrategias de prevención y atención no están relacionadas con las necesidades de los grupos más afectados, es primordial incorporar acciones segmentadas y orientadas a todos y cada uno de los grupos de riesgo: migrantes, mujeres compañeras de ellos, UDI hombres y mujeres, entre otros, de forma tal que se integren acciones y se asignen recursos específicos para atender además de los HSH, a los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran los huérfanos de padres y madres infectados de VIH/SIDA.

- Se deben destinar más recursos a la prevención, en arreglo a las necesidades específicas de los grupos más vulnerables.
- Se debe prestar más atención a las necesidades psicológicas de los pacientes y no sólo proporcionar medicamentos.
- Se deben incorporar e instrumentar acciones por grupo de riesgo: mujeres, usuarios de drogar inyectables, hombres y mujeres, jóvenes, migrantes, compañeras de migrantes y mujeres urbanas y rurales, entre los más importantes.

Paso 4

Definición de prioridades

Con base en las inequidades detectadas en el apartado anterior, se encontró que se deberían hacer compañías específicas para mujeres de cada grupo (niñas, mujeres casadas y solteras, urba-

nas, rurales, con vida sexual activa y jóvenes). De igual manera, ha de darse prioridad en prevención sexual a mujeres adolescentes urbanas, rurales y semi rurales y dirigir a los hombres adolescentes las acciones con enfoque de género, construyendo la masculinidad antes de que empiecen a migrar.

Por componentes, la priorización quedaría de la siguiente manera:

1) Prevención sexual

- Campañas de prevención entre mujeres jóvenes
- Capacitación a personal de salud
- Sensibilización a hombres jóvenes sobre el tema de género, antes de que emigren

2) Prevención sanguínea

- Detección y elaboración de un diagnóstico estatal de UDI, en combinación con la estrategia de prevención sexual. Los hombres y mujeres usuarias de drogas inyectables son poblaciones difíciles de ubicar, por lo que su localización es prioritaria. Se propone realizar una acción basada en un modelo piloto.
- Refuerzo de la vigilancia sanitaria sobre las transfusiones.

3) Prevención perinatal

- Fortalecer la capacitación a los prestadores de servicios de salud para que ofrezcan las pruebas a las embarazadas.
- Disponer de recursos para equipo y reactivo para detección.

En general, las prioridades de prevención son las siguientes:

1. Capacitación y sensibilización en género y VIH/SIDA a trabajadores de la salud.
2. Estrategias de prevención con perspectiva de género dirigidas a HSH, jóvenes, mujeres (zonas urbanas, marginadas, semi rurales y rurales), indígenas y población migrante.
3. Estrategias diferenciadas de prevención en TSC hombres y mujeres.
4. Diagnóstico y diseño de estrategias de prevención para UDI y sus parejas sexuales.
5. Detección oportuna (en mujeres embarazadas y grupos vulnerables).

6. Reforzar las acciones para la obtención de sangre segura.
7. Diseño de estrategias y modelos de prevención con enfoque de género, producto de investigaciones.
8. Consolidar la coordinación y el trabajo de las OSC con apoyos presupuestales.

Las prioridades de atención son la siguientes:

1. Proporcionar atención integral a personas que viven con VIH.
2. Brindar apoyo emocional diferenciado en hombres y mujeres (asesoría individual y/o de grupo).
3. Ofrecer consulta especializada.
4. Proporcionar medicamentos antirretrovirales.
5. Proporcionar medicamentos para infecciones oportunistas.

Grupo focal	Objetivos y metas	Estrategias
TSC (Hombres)	Capacitar en temas de prevención de transmisión sexual.	Diseñar una campaña de prevención dirigida a TSC, que repercuta en sus clientes, sus parejas sexuales y sus familias.
Personal de salud	Expandir oferta de la prueba a mujeres embarazadas.	Sensibilizar en los temas de género y VIH/SIDA/ITS.
Mujeres Embarazadas	Lograr que más mujeres embarazadas se realicen la prueba.	Elaborar con la Dirección de Salud Reproductiva un promocional sobre los beneficios de realizarse la prueba del VIH/SIDA, para las mujeres embarazadas.
Hombres y mujeres que viven con VIH/SIDA	Conocer las siguientes variables: calidad de la atención, adherencia terapéutica, tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, impacto social de su condición, impacto psicológico y tiempo de sobrevivencia.	Llevar a cabo un diagnóstico comparativo entre ambos sexos, en una muestra de 50 mujeres urbanas y 50 rurales, así como de 50 hombres urbanos y 50 rurales, que viven con VIH/SIDA, bajo tratamiento de los servicios especializados de atención del Estado de México.

6. Proporcionar servicios de laboratorio de seguimiento (carga viral, CD4 y pruebas clínicas).

Las metas y estrategias se resumen en el siguiente cuadro:

Paso 5

Presupuestación

En el ejercicio del estado de México, lo que se intentó fue cuantificar el costo de las nuevas estrategias que se estimaron prioritarias, pero no se hizo la correspondencia con los cuadros del POA (2004). Lo que se presenta a continuación es una estimación de costos.

1. **Para la estrategia de prevención en tsc hombres:** Se calculó que para el diseño y elaboración de materiales impresos, elaboración de guía de tópicos, formación de grupo focal, sesiones de grupo, distribución de condones y entrevistas a profundidad:

- Materiales: 150,000 pesos
- Equipo y material de grabación: 30,000 pesos
- Recursos humanos:
- Reclutador: 12,000 pesos
- Entrevistador (psicólogo): 40,000 pesos
- Transcriptor 16,000 pesos
- Médico: 40,000 pesos
- Antropólogo (2 meses): 20,000 pesos
- Cinco talleristas (10 meses): 250,000 pesos

Viáticos: 50,000 pesos

Costo total de la estrategia: 700,000 pesos

También se previó presupuestar recursos para capacitación de seis meses para replicarse en Nezahualcoyotl, Ecatepec, Naucalpan, Tlalnepantla, Toluca y Cuautitlán, a fin de preparar a los participantes en cuanto a: uso del condón, negociación con el cliente, masculinidades, autoestima y valoración de su papel en la prevención del VIH/SIDA, como promotores de la salud.

2. Para la estrategia de sensibilización a personal de salud: la meta es capacitar personal en 310 unidades de salud, dando prioridad a los 36 hospitales generales.

- Lo que incluiría 600,000 pesos para la estrategia de capacitación de los capacitadores.

3. Para la estrategia dirigida a prevención en mujeres embarazadas:

- 100,000 pesos para la elaboración de los materiales impresos.

4. Para la estrategia de diagnóstico de las inequidades de género:

- 200 mil pesos para el diagnóstico comparativo.

Indicadores

Prevalencia en el uso del condón.

Calidad en los servicios de salud.

Incremento en la detección de VIH en mujeres embarazadas.

Paso 6

Indicadores

Mediante encuestas de prácticas sexuales en TSC y clientes se puede obtener el primer indicador, mientras que los otros se pueden obtener a través de encuestas a usuarios, que consideren la perspectiva de equidad de género.

Morelos

Paso 1

Revisión del diagnóstico desde la perspectiva de la equidad de género.

El estado conforma su propia información epidemiológica. Los canales institucionales de información son el IMSS, el ISSSTE y otras instituciones del sector. Adicionalmente, se agrega información proveniente de laboratorios clínicos, los cuales reportan semana a semana casos negativos y positivos. Estos datos se confirman y luego se proporciona vigilancia epidemiológica.

El diagnóstico incluye información de encuestas de comportamiento entre adolescentes, TSC mujeres y migrantes; además de la que proporciona la encuesta centinela (2002) entre jóvenes de 15 a 24 años.

Parte de la información está desagregada por sexo. Esta desagregación se obtiene de los formatos de las encuestas; algunas prácticas de riesgo están identificadas: en UDI, por ejemplo, se desagrega por sexo y se trabaja con el centro de rehabilitación (los tamizajes, cuyos resultados positivos se envían a la Secretaría de Salud). En el caso de TSC sólo se trabaja con mujeres. Respecto a HSH, el trabajo se realiza en colaboración con la ONG llamada CD4, y únicamente se han aplicado encuestas de comportamiento.

Para el periodo 2000-2003, en Morelos, 114 personas estuvieron bajo tratamiento antirretroviral (ARV). De ellos 67 fueron hombres y 47 mujeres, incluyendo menores de edad. De los portadores de VIH, se tienen registrados 140 hombres y 57 mujeres.

La demanda de detecciones en el año 2002 fue de 238 pruebas, 122 por parte de hombres y 116 de mujeres. Hasta mayo 2003 la demanda fue de 107 pruebas, de ellas 56 fue de hombres y 51 de mujeres.

En 2001 se hizo vigilancia de segunda generación de comportamiento en grupos específicos.

En coordinación con el Programa estatal de jornaleros y el programa “Vete sano, regresa sano”, se aplicó una encuesta con 717 entrevistas a migrantes. Adicionalmente, se aplicaron 770 cues-

tionarios a TSC mujeres y 1,508 a jóvenes (la mitad en escuelas de nivel medio superior y superior y la otra mitad en empresas textiles).

Por otra parte, se elaboró material educativo para un programa permanente dirigido a jóvenes de educación media y media superior, el cual consta de tres cuadernillos que proporcionan información: a) básica, b) sobre sexo seguro y, c) sobre sexo protegido. Conjuntamente se dan talleres a los padres y madres de familia, donde se les proporciona el material y se les explican todos los elementos de la educación sexual, incentivando la comunicación. Este material está enfocado, ante todo, a población urbana.

Para HSH se reproducen materiales del CENSIDA y es la organización no gubernamental CD4 la que se encarga de su distribución. Se hicieron adaptaciones sobre todo en materia de lenguaje. No hay materiales dirigidos expresamente a TSC mujeres, ya que con ellas trabajan directamente las autoridades municipales.

El programa de VIH/SIDA mantiene contacto permanente con distintas ONG para reforzar su trabajo, entre ellas: **CD4**, la cual enfoca su labor a la prevención entre los HSH; **Cadena contra el SIDA**, que ofrece despensas a personas infectadas; **Vida de Morelos**, da asistencia social y en algunos casos apoya para conseguir albergues temporales, y **CIDHAL**, la cual es una organización que desarrolla acciones dirigidas a las mujeres. Es organismo paraestatal con el que el programa mantiene contacto cercano es Causa Joven.

El diagnóstico parte de que el perfil de la epidemia es heterosexual y está enfocada principalmente a adolescentes. En este aspecto, no se distingue entre mujeres y hombres adolescentes, entre grupos vulnerables o específicos. Sin embargo, para 2002, la composición de la población con VIH/SIDA era la siguiente:

- UDI: 2%.
- Heterosexuales 32%.
- Perinatal: 2%.
- Sexo prostitución: 16%.
- Bisexuales: 22%.
- Homosexuales: 14%.

- No documentados: 3%.
- Sexo SIDA Prostitución: 9%.

Por grupos de edad, el estado sigue la tendencia nacional en los grupos de 15-44 años.

- En Morelos la razón hombre/mujer de casos detectados es una de las más bajas en el país.
- No se cuenta con información de TSC hombres.
- La epidemia es preponderantemente heterosexual y su causa principal es la transmisión sexual.

Paso 2

Análisis de las inequidades

La inequidad juega un papel central en términos de discriminación. Socialmente hay una mayor sensibilización al tema, pues aunque persisten los estigmas y la discriminación, ha aumentado la demanda de información. Por ejemplo con los reclusos, a quienes les han dado pláticas y capacitación. En escuelas particulares también hay mayor demanda de propuestas de trabajo (programas de adolescentes). Esto refleja que poco a poco ha ido disminuyendo el temor y el estigma.

Sin embargo, siguen existiendo muchos mitos y tabúes en cuanto a distintas prácticas sexuales y el ejercicio de la sexualidad entre adolescentes, lo cual inhibe el efecto de las campañas de información sobre sexo seguro. En áreas rurales y comunidades muy pequeñas el acceso de las personas a los servicios de salud e información se ve limitada por la muy alta posibilidad de que quien presta el servicio sea una persona conocida. El temor es la identificación y la discriminación. Esto incide en que la gente incurra en prácticas de riesgo.

En ocasiones, entre el personal de salud, sobre todo en medios rurales, no se respeta la confidencialidad, por lo tanto, la gente no se acerca a los servicios. La falta de recursos para capacitación del personal hace que esta situación no cambie. De hecho, sólo se capacita a los jefes jurisdiccionales, que tienen que replicar y multiplicar lo aprendido. Esta situación abre muchos espacios de incumplimiento. Por si fuera poco, la infraestructura es inadecuada y no hay un sistema de incentivos. Uno de los principales grupos afectados por esta situación son las mujeres junto a los TSC hombres.

Aparentemente todos tienen acceso a los servicios. En el caso de HSH, por ejemplo, gracias a la organización CD4 ellos se acercan cada vez más. Lo que no queda claro es si su acceso a los servicios de salud se topa –o no- con barreras discriminatorias, puesto que es a través de CD4 que se les informa, se les da material, condones, etcétera. Se debe reconocer que dentro de los grupos más marginados se encuentran los TSC hombres, y no resulta fácil identificarlos. De forma diferente sucede con las TSC mujeres, pues los ayuntamientos cuentan, en la mayoría de los casos, con censos de trabajadoras.

Importa señalar que en la entidad se destinan recursos a la vigilancia epidemiológica, ya que la funcionaria responsable del programa de VIH/SIDA es también la responsable de la vigilancia epidemiológica del estado, pero estos recursos se canalizan de forma general y no por grupo de riesgo. Además, un factor externo que coadyuva es que en Cuernavaca se encuentra el Instituto Nacional de Salud Pública, lo que hace que las acciones vinculadas tengan mejores resultados.

Los criterios que definen la vigilancia son: carga de la enfermedad y algunos criterios de género incipientes (sobre todo con respecto a vigilancia equitativa para hombres y mujeres, independientemente de sus prácticas) y de acuerdo a las normas oficiales NOM 010 y NOM 017 para vigilancia epidemiológica.

Si son seropositivos, la periodicidad de vigilancia es de una vez al año; si ya tienen SIDA, dos veces al año. Se hacen encuestas centinela y de comportamiento, anualmente, y el tamaño de las muestras varía.

En cuanto a las metas del programa, éstas no están desagregadas por sexo, a excepción de las referentes a las mujeres embarazadas. Por lo tanto, tampoco se estima cuánto se asigna por hombre/mujer. La población vulnerable tampoco está claramente identificada en términos de metas. Si bien hay algunas previsiones para los próximos años en términos de género, no hay datos ni metas anuales específicas, en este sentido.

- Existe mayor estigmatización en áreas rurales y urbanas muy pequeñas, por lo que se dificulta el acceso de las personas a los servicios; se observa una inequidad especialmente para mujeres que habitan en zonas rurales.
- En el caso de los HSH, la que mantiene una mayor vinculación con ellos es una ong (cd4), misma que desarrolla campañas y proporciona condones; por eso no es posible saber con certeza si enfrentan barreras discriminatorias o no, aún cuando se presume que así ocurre.

Paso 3

Determinación de componentes y acciones específicas para reducir las inequidades

Los componentes del programa son: prevención sexual, sanguínea, perinatal, atención y mitigación del daño.

De acuerdo con la información proporcionada, la asignación de recursos tuvo la siguiente estructura: prevención 86.1%, atención: 12.7% y fortalecimiento institucional (IEC) 1.2%. Mitigación del daño no se incluyó en este presupuesto (POA 2004). El presupuesto previó un total de 10 millones de pesos, sin embargo, sólo les fueron asignados 4 millones de pesos. Pareciera que en Morelos el gasto en prevención es mayor que el de atención, lo cual es infrecuente en la mayoría de los estados de la República. Sin embargo, no se incluyó el costo de los tratamientos, ya que en el estado se realizan compras consolidadas.

Componentes	Acciones/Población beneficiaria
Prevención sexual	Difusión de campañas para la población en general. Programas de educación sobre comportamientos sexuales saludables para grupos vulnerables: HSH, MTSC, adolescentes (15-24), migrantes, mujeres embarazadas.
Prevención perinatal	Información y consejería para mujeres con ITS o VIH positivas. Detección de sífilis y VIH en mujeres embarazadas (meta: 100%). Tratamiento profiláctico para mujeres VIH positivas.
Prevención sanguínea	Campañas sobre transfusión de sangre y transplantes seguros para la población en general. Acciones prioritarias y población beneficiaria de cada componente. Asesoría al personal de áreas judiciales y trabajadores de salud (CONADIC) que trabajan con UDI. Capacitación a personal de salud para el cumplimiento de precauciones universales. Campañas de vacunación contra hepatitis B para donadores, personal de salud y grupos de riesgo.
Atención integral	Detección y tratamiento VIH/SIDA e ITS para quien lo solicite. Fortalecimiento de los servicios de consejería, atención y tratamiento, dirigido al personal de salud. Mejoramiento de la vigilancia epidemiológica. Mejoramiento de calidad en el servicio para el personal de salud. Acciones para asegurar el abasto del medicamento para el personal de salud.
Mitigación del daño (no está presupuestado)	Talleres sobre estigma y discriminación, dirigidos a ONG. Coordinación interinstitucional y con diferentes instancias para ofrecer servicios a la comunidad (albergues, casa hogar, despensas, identificación de familias adoptivas). Actualización de directorios de redes y servicios institucionales y comunitarios de apoyo. Fomento a la denuncia y apoyo a la defensa en casos que impliquen derechos humanos. Revisión de la legislación estatal para favorecer el respeto a los derechos humanos y la no discriminación.

Acciones prioritarias y población beneficiaria de cada componente

Las campañas y acciones se enfocan a población en general. No hay recursos, campañas ni carteles dirigidos a poblaciones específicas, con mensajes específicos. Sin embargo, el Programa suministra papel a las OSC para este efecto, por ejemplo a CD4, reproduce sus propios carteles y los distribuyen.

Paso 4

Definición de prioridades

Acciones que deberían añadirse con el objetivo de hacer al programa más sensible al género:

Prevención sexual:

- Campañas específicas para grupos específicos, particularmente para mujeres y MTSC Y HTSC para migrantes.
- Identificación de grupos HTSC, puesto que las TSC mujeres ya se encuentran identificadas en el nivel de los ayuntamientos; de hecho hay un censo nominal.
- Monitoreo de las mujeres embarazadas, mediante la intensificación de la realización de pruebas, que ahora corren a un ritmo muy lento.
- Distribución de condones en escuelas, ya que los canales actuales no operan de manera eficiente y esto dificulta su repartición entre los jóvenes. Este tipo de gestión se tendría que hacer a escala nacional, con enfoques multisectoriales, y de equidad de género para procurar un suministro equitativo a mujeres y hombres, particularmente los más jóvenes.
- Estrechar la colaboración CENSIDA y la Dirección de Salud Reproductiva.
- Capacitación y sensibilización del sector salud, para que se proporcione a los adolescentes lo que requieran de información, material contraceptivo, etcétera, respetando la confidencialidad y sin discriminación.
- Información diferenciada sobre ITS, ya que los hombres se acercan mucho menos que las mujeres a revisarse, en parte porque en ellos la enfermedad puede ser asintomática.

Prevención perinatal:

- Dado que las acciones realizadas parecen ser las adecuadas no se establecen prioridades en este componente.

Atención integral:

- En cuanto a consejería: capacitar al personal y sensibilizarlo en temas de confidencialidad, perspectiva de género, sexualidad, VIH/SIDA e ITS. Esto ya se realiza en las áreas de atención de segundo nivel, pero se requiere que la capacitación se dé también al personal de primer nivel de atención y se brinde una actualización permanente a todos acerca de nuevos tratamientos, derechos humanos, etcétera.
- Mejorar la vigilancia epidemiológica: notificar oportunamente, llenar los formatos correctamente. El problema ha venido disminuyendo, porque se monitorea y coteja la información, pero persiste y es prioritario corregirlo.

Mitigación del daño:

- Instrumentar talleres contra estigma y discriminación por medio de las ONG, para que éstas los repliquen. También ya se está trabajando con personal de distintas jurisdicciones. Estos temas de estigma y discriminación tendrían que trabajarse de manera integral con los materiales para jóvenes.

Paso 5**Presupuestación**

Aún cuando no se realizó la revisión correspondiente del POA 2004 se lograron identificar algunos elementos que sería oportuno integrar a la estructura de los nuevos proyectos de presupuesto.

- Lo fundamental serían recursos para poder diseñar, imprimir y distribuir materiales, como parte de una campaña de prevención sexual.
- Esos recursos se pueden etiquetar, para asegurar que se ejerzan para campañas, posters, etc. dirigidos a grupos específicos.

- Se necesita recursos para capacitación y sensibilización del personal en temas de género, discriminación, derechos humanos y VIH/SIDA, especialmente para quienes trabajan con grupos de jóvenes, HSH y de TSC.
- Presupuestar para acciones de seguimiento y evaluación.

Chihuahua

Paso I

Revisión del diagnóstico desde la perspectiva de la equidad de género

La única fuente de información con la que el Programa cuenta son los datos recopilados por CENSIDA a nivel central, la cual sólo está parcialmente desagregada por sexo.

En el estado no se realizan encuestas centinela ni de ningún otro tipo, por lo cual en el primer límite del diagnóstico no se tienen identificados los grupos vulnerables, así como tampoco las prácticas sexuales diversas y mucho menos una desagregación por edad y por sexo.

La información con la que se cuenta arroja lo siguiente:

- Los primeros casos de VIH/SIDA se presentan en el estado alrededor de 1984; la información generada desde esa fecha a la actualidad no ha tenido avances sustanciales.
- Se sabe que se trata de una transmisión principalmente heterosexual.
- El grupo más vulnerable son los HSH.
- A pesar de que las autoridades del Programa aceptan que en la entidad hay un número importante de personas del grupo UDI, no se considera que esto sea parte de la incidencia como transmisión sanguínea, ya que no se registra como un factor de riesgo en la transmisión del VIH/SIDA.

- La información sobre la incidencia de VIH/SIDA en el estado es escasa e incompleta, debido a la falta de encuestas Centinela que den información local más específica. Esto se debe en gran medida a:
- La existencia de una sociedad conservadora, en la que estigmatización ocurre de modo frecuente.
- Falta de reconocimiento de diversas sexualidades y prácticas de riesgo.
- No se toma en cuenta a la población fluctuante proveniente de otros estados de la república y su posible influencia en la epidemia.
- Con la poca información con que se cuenta se sabe que la epidemia es esencialmente hetero-sexual y que hay una mayor incidencia en hombres.
- Aún cuando hay muchos UDI, a estos nos se les considera un foco de riesgo en términos de transmisión sanguínea porque no se reconoce esta práctica.
- La situación geográfica y socio-cultural del estado repercute sobre la complejidad en la recaudación de información y en el diseño de estrategias claras para combatir la epidemia.

Paso 2

Análisis de la inequidades

La falta de información, que fue señalada en el inciso anterior, es un obstáculo importante para observar con claridad la forma en que las inequidades de género influyen en la incidencia del VIH/SIDA. En opinión de las organizaciones de la sociedad civil participantes en el taller, así como de uno de los responsables del Programa de la entidad, el subregistro y la falta de veracidad en la información radica esencialmente en que se trata de una sociedad extremadamente conservadora; la estigmatización que existe con respecto al virus ocasiona que la gente mienta sobre sus prácticas de riesgo y sobre su sexualidad.

La falta de disposición y de sensibilización del personal de salud puede ser una de las causas probables que dificulta la captura de datos de las y los pacientes, e igualmente que estos se decidan practicarse las pruebas relevantes.

En Chihuahua las mujeres no se acercan mucho a realizarse pruebas de vih (me parece que decir; “lo que implica a nivel sociocultural” es demasiado ambiguo; de hecho, la perspectiva de equidad de género también opera y tiene muchas implicaciones en el plano sociocultural, por lo que no resulta una explicación del por qué no se hacen la prueba). Cuando llegan a solicitar una prueba o tratamiento es porque sus parejas han contraído el virus y por lo tanto saben que están en riesgo.³

La falta de información hace difícil trazar metas que realmente incidan en la equidad de género. En Chihuahua parten del hecho de que entre la ciudadanía no hay una cultura del autocuidado aunado a que al interior de los servicios de salud existe discriminación hacia ciertos grupos (TSC, UDI y HSH).⁴

Aún cuando el fenómeno está tan estigmatizado y los datos son escasos y poco confiables, el consenso general es que el grupo más afectado son los HSH, quienes en la mayoría de los casos también son UDI y/o TSC; sin embargo, no hay estrategias específicas dirigidas hacia ellos.

El problema del VIH/SIDA no ha sido analizado en términos de género, aunque los responsables del Programa reconocen haber detectado que un grupo en el que deben enfocarse son las mujeres jóvenes, que en lugares como Ciudad Juárez se constituyen como un grupo de riesgo importante.

El problema, una vez más, es que se carece de un diagnóstico que indique grupos y prácticas de riesgo diferentes. No obstante, se han evidenciado inequidades de género que en este caso afectan a las mujeres, como por ejemplo, en el tratamiento para UDI, en donde se discrimina a las mujeres y en muchas ocasiones, inclusive, se les llega a quitar a sus hijos.

En algunos municipios de Chihuahua se niega la existencia de trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (igual que en el caso de UDI), lo cual incide también en el subregistro. A pesar de que uno de los principales problemas de salud pública en el estado son los embarazos en adolescentes y la muerte perinatal, los datos sobre los hábitos sexuales no son tomados en cuenta para el diagnóstico.

³ La epidemia ha seguido la tendencia nacional que ubica una proporción hombre-mujer de 6:1.

⁴ Las autoridades del Programa no tienen datos certeros sobre qué proporción de hombres y mujeres se acercan a solicitar los servicios de detección de virus y/o tratamiento, sólo saben que esto varía en distintos centros de salud (no se sabe en qué ciudades o municipios).

- Las inequidades recaen en el simple hecho de que no hay información desagregada por sexo, por grupos de riesgo ni a nivel estatal.
- Las inequidades por sexo y prácticas diversas si son un factor que incide en que se adquiera el VIH/SIDA.
- El grupo más vulnerable son los HSH; sin embargo la estigmatización evita que existan estrategias específicas para ellos y que éstos reconozcan sus preferencias sexuales. No hay en Chihuahua un enfoque mínimo de género ni de la relevancia de éste en la epidemia.

Paso 3

Determinación de componentes y acciones específicas para reducir las inequidades

Dado que el diagnóstico no arroja datos sustanciales sobre la situación epidemiológica y sobre los grupos vulnerables, es difícil que los componentes del programa realmente se dirijan a estos.

Dentro del Programa Operativo Anual (POA) 2004, el componente de Tratamiento se lleva la mayor parte de los recursos, seguido por Prevención sexual y Prevención sanguínea, que consiste en pruebas rápidas para sífilis. Hay 90 hombres y 31 mujeres en tratamiento.

En el presupuesto de prevención sanguínea no se incluyen recursos para UDI, pero se ha realizado una encuesta de diagnóstico a esta población. UDI y jóvenes serían las poblaciones focales más definidas, aunque no hay una estrategia articulada orientada hacia ellos.

Las acciones de prevención sexual consisten en la distribución de folletos y campañas de difusión entre jóvenes. El contenido es el mismo para ambos sexos. En la distribución de condones los resultados fueron: 39,868 a hombres y 28,585 a mujeres.

La detección tiene un presupuesto aparte y con éste se practicaron 3,961 pruebas en población general, rubro donde sí existe información desagregada por sexo. La prueba se practicó a 2,410 mujeres y 1,551 hombres, entre 610 poblaciones con actividades de riesgo.

En el caso de la prevención perinatal, se diseñó un folleto dirigido a las mujeres y se realizaron algunas pruebas de detección; éstas no son gratuitas, lo que da pie a que muchas personas no se acerquen.

Lo que sí se tiene son recursos enfocados hacia programas o estrategias de fortalecimiento institucional (que podrían servir para capacitar y sensibilizar en el nivel operativo y de supervisión, con enfoque de género).

Es importante mencionar que dentro del POA (2004) se prevé la adquisición de leche materna y el seguimiento de niños potencialmente infectados. Para todos estos casos, y como es constante en la mayoría de los presupuestos estatales, no hay un monto asignado para la mitigación del daño.

- En resumen, no existen estrategias diferenciadas de atención a distintos grupos. Tampoco se prevén visitas domiciliarias ni atención a huérfanos. En suma dentro de todos los componentes se sugiere incorporar acciones con perspectiva de género.

Paso 4

Definición de prioridades

El equipo de trabajo llegó a la conclusión de que para hacer una priorización diferente se tendrían que asignar más recursos a los componentes de prevención sexual, mitigación del daño, prevención sanguínea y prevención perinatal.

El componente de tratamiento es ineludible, y es el que se lleva la mayor cantidad de recursos. Las recomendaciones que se hicieron en este sentido se resumen en lo siguiente:


- 1) Incorporar la perspectiva de género en los objetivos y acciones del programa poniendo especial atención en parejas UDI, el trabajo con mujeres jóvenes y en el diseño de acciones específicas para HSH.
- 2) Reformular los objetivos por grupos vulnerables y con perspectiva de género.
- 3) Identificar áreas específicas en donde exista concentración de grupos de riesgo (como bares gay) .
- 4) Incorporar nuevos grupos de riesgo que son característicos de esta entidad, como las mujeres trabajadoras de la industria maquiladora.
- 5) Identificar a las compañeras sexuales de personas que pertenezcan a grupos vulnerables con el fin de hacerles llegar la información objetiva que les brinde parámetros de decisión y pautas de negociación, como por ejemplo en cuanto a solicitar a sus parejas el uso del condón.

En términos presupuestales es necesario considerar asignaciones al componente de mitigación del daño, que actualmente no tiene recursos. Es necesario que también se presupueste el pago de honorarios a una o dos personas de ONG, quienes pueden realizar trabajo con “pares”, UDI y HSH.

Dada la falta de información que adolece el programa, el diseño de los indicadores para Chihuahua parte de lo básico; en la siguiente tabla se ubican en un orden de mayor a menor prioridad.

A partir de estos lineamientos generales se concluyó que la priorización de los recursos sería las siguiente:

Componente	Estrategia	Indicador
Prevención Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Información por grupos específicos (folletos y trípticos): • UDI y sus parejas • Mujeres y UDI • Mujeres jóvenes • Mujeres en la maquila • HSH Reclusas y reclusos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de folletos distribuidos por grupo. 2. Porcentaje de cobertura de la población objetivo. 3. Número de mujeres jóvenes quienes aceptan el condón. 4. Razón de escuelas visitadas totales/número total de escuelas por nivel.
Mitigación del Daño	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas masivas contra la estigmatización hacia personas con VIH (carteles, anuncios en medios, talleres). • Empoderamiento de los grupos sociales afectados (esto se hará trabajando de manera conjunta con ONG). • Cartilla de Derechos con datos de cómo formular una denuncia contra autoridades de salud que practiquen la discriminación. • Capacitación a trabajadores del sector salud en materia de VIF, género y derechos humanos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de denuncias anuales totales. 2. Número de trabajadores capacitados/número total de trabajadores en el área. 3. Número de quejas por servicios en el área.
Prevención Sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar detección de udi hombres y mujeres. • Distribuir jeringas y equipo de limpieza (agua, cloro y algodón) a través de ONG para disminuir riesgo en UDI. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de casos nuevos por sexo. 2. Número de equipo distribuido por ONG's.
Prevención Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir centrifugas pequeñas (6 tubos) para detección de mujeres embarazadas en comunidades rurales. • Adquirir reactivos, agujas y jeringas. • Detectar y atraer mujeres embarazadas para ingresarlas al sistema de detección oportuna de sífilis y VIH a través de promotoras comunitarias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de mujeres embarazadas seropositivas detectadas en comunidades rurales.
Fortalecimiento Institucional	<p>Capacitación en el llenado de registros.</p> <p>Capacitación en la norma oficial para prestadores de servicios de salud y laboratorios, así como hospitales y médicos privados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de registros correctos. 2. Cantidad de formatos devueltos en el sector.

Los pasos 5 y 6 no pudieron ser concluidos, y en el caso de los indicadores sugeridos, estos se concentraron con los señalados en el ejemplo de Michoacán. 

Bibliografía

- Alexander, Patricia y S. Baden, Glossary on Macroeconomics from a Gender Perspective, Reporte BRIDGE núm. 48, Brighton, Universidad de Sussex, 2000.
- Banco Mundial, Integrating Gender into the World Bank's Work: a Strategy for Action, Washington, Banco Mundial, enero 2002.
- Budlender, Debbie (ed.), The Women's Budget, Ciudad del Cabo, Idasa, 1996.
- _____, The Second Women's Budget, Ciudad del Cabo, Idasa, 1997.
- _____, The Third Women's Budget, Ciudad del Cabo, Idasa, 1998.
- _____, R. Sharp y K. Allen, How to Do a Gender-Sensitive Budget Analysis: Contemporary Research and Practice, Londres, Commonwealth Secretariat, AusAid, Sydney, 1998.
- _____, La economía política de los presupuestos de las mujeres en el Sur, en Todaro, Rosalba y Rodríguez, Regina, El género en la economía. Ed. Isis Internacional, CEM, Ediciones de las Mujeres, N° 32, Santiago de Chile 2001. Pp. 39-60.
- _____, Review of Gender Budgets Initiatives, Ciudad del Cabo, CASE, 2001.
- _____, M. Buenaobra, S. Rood, M. Sol Andorra (eds.), Gender Budget Trail. The Philippine Experience, Makaty City, Asia Foundation, 2001.
- _____, D. Elson, G. Hewitt, T. Mukhopadhyay, Gender Budgets Make Cents. Understanding Gender Responsive Budgets, Londres, Commonwealth Secretariat, 2002.
- Catagatay, Nilufer, Engendering Macroeconomics and Macroeconomic Policies, Nueva York, UNDP, octubre 1998.
- _____, Incorporación del Género en la Macroeconomía. En Macroeconomía, género y estado. Colombia. Ed. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo-BMZ, Agencia Alemana de Cooperación Técnica-GTZ, 1999, pp. 5-31.

- _____, et. Al., *Budgets as if People Mattered: Democratizing Macroeconomic Policies*, Nueva York, UNDP/SEPED, 2000. Disponible en línea: www.undp.org/-seped/publications-/conf_pub.htm
- Carrasco, Cristina, La valoración del trabajo familiar doméstico: aspectos políticos y metodológicos, en Todaro, Rosalba y Rodríguez, Regina, *El género en la economía*. Ed. Isis Internacional, CEM, Ediciones de las Mujeres, N° 32, Santiago de Chile 2001. Pp. 27-38.
- Commonwealth Secretariat, *A Quick Guide to the Gender Management System*, Londres, Commonwealth Secretariat, 1999.
- Commonwealth Secretariat, IDRC, UNIFEM, “Improving the Effectiveness of Applying a Gender Analysis to Government Budgets. An Interagency Workshop”, Londres, Commonwealth Secretariat, 2000.
- Elson, Diane, Integrating gender issues into national budgetary policies and procedures: some policy options. En *Journal of International Development*, num. 10, 1998, pp. 929-41.
- _____, (coord.), *Progress of the World’s Women: UNIFEM Biennial Report*, Nueva York, UNIFEM, UNDP, 2000.
- _____, *Iniciativas de presupuestos sensibles al género: dimensiones clave y ejemplos prácticos*. Mimeo 2002.
- Esim, Simel, *Iniciativas de presupuestos para América Latina y el Caribe con enfoque de género: una herramienta para mejorar la fiscalización y lograr la implementación efectiva de las políticas*. Ed. UNIFEM, febrero 2000.
- Evans, T., et. Al., *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*, Nueva York, Oxford University Press, 2001.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA , *Región del Hemisferio Occidental, ¿Qué tan sensibles al género son sus servicios de VIH y planificación familiar?*. Ed. IPPF/ WHR, New York, 2002.
- Gender and Development Program, UNDP, *Learning and Information Pack: Gender Mainstreaming*, junio 2000.

- _____, Learning and Information Pack: Gender Analysis, enero 2001.
- Gómez, Ricardo, Imaginar el futuro: políticas públicas, crecimiento económico y equidad. En Macroeconomía, género y estado. Colombia. Ed. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo-BMZ, Agencia Alemana de Cooperación Técnica-GTZ, 1999, pp. 296-308.
- Grynspan, Rebeca, Políticas económicas, gasto público, y efectos según género. En Macroeconomía, género y estado. Colombia. Ed. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo-BMZ, Agencia Alemana de Cooperación Técnica-GTZ, 1999, pp. 83-98.
- Gupta, Rao G. (2000) “Gender, Sexuality and HIV/AIDS: the What, the Why and the How,” ponencia presentada en la XIII Conferencia Internacional sobre VIH/SIDA, Durban, Julio 2000.
- Herrera, Cristina y Campero, M. Lourdes, La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. En Revista Salud Pública de México, vol. 44, N° 6, Noviembre-Diciembre 2002. México.
- Himmelweit, Susan (2002), Making visible the hidden economy: the case for gender-impact analysis of economic policy. En Revista Feminist Economics, volume eight, num. One, March 2002, pp. 49-70.
- Hofbauer, Helena y C. Vinay, Presupuestos sensibles al género: herramientas metodológicas. Experiencias internacionales y de México, México. Ed. FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, 2001.
- Hofbauer, Helena, “Análisis de presupuestos con enfoque de género” Ponencia para el Seminario-Taller Elaboración de Presupuestos en Salud con Perspectiva de Género, abril 2002.
- Ilahi, Naddem, “The Intra-Household Allocation of Time and Tasks: What Have We Learnt from the Empirical Literature?”, Washington, Banco Mundial, Julio 2000. Disponible en línea: www.worldbank.org/-/gender/prr

- Izazola L., José A. (editor), *Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México 1999-2000*. Ed. FUNSALUD, México 2002.
- Klasen, Stephan, “Does Gender inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions”, Washington, Banco Mundial, noviembre 1999. Disponible en línea: www.worldbank.org/gender/prr
- Kabeer, Naila, *Reversed realities: gender hierarchies in development thought*. Ed. New York, (Verso) 1994.
- Lamas, Martha, (1986) *La antropología feminista y la categoría de género*, en *Nueva Antropología*, Revista de Ciencias Sociales, Ed. CONACYT-UNAM, vol. VIII, núm. 30, México, noviembre 1986.
- Martínez, M. Concepción, *Memoria del Taller sobre presupuestos públicos para mujeres líderes mexicanas*. Ed. *Equidad de Género: ciudadanía, trabajo y familia*, A. C., México, 1999.
- Ministerio de Finanzas de Tanzania, TGNP, *Checklist for Mainstreaming Gender into the Government Budget*, Dar es Salaam, 2000.
- Norma Oficial Mexicana, *Para la Prevención y Control del SIDA*.
- Norma Oficial Mexicana, NOM 010-55A2-1993, *Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana*.
- Ocampo, J. Antonio, *Políticas públicas y equidad de género*. En *Macroeconomía, género y estado*. Colombia. Ed. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo-BMZ, Agencia Alemana de Cooperación Técnica-GTZ, 1999, pp. 309-323.
- ONUSIDA, “El SIDA y las relaciones sexuales entre varones,” ONUSIDA Punto de vista, julio de 1998.
- _____, “Men Who Have Sex with Men and HIV/AIDS,” folleto publicado por la campaña *I care... do you?*, ONUSIDA, 2001.

- Palmer, Ingrid, Cuestiones sociales y de género en las políticas macroeconómicas. En *Macroeconomía, género y estado*. Colombia. Ed. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo-BMZ, Agencia Alemana de Cooperación Técnica-GTZ, 1999, pp. 31-65.
- Pérez F., Lucía C., The local and the global: gender citizen empowerment through the requirement for transparency and accountability. The experience of analysis of public budgets with a gender perspective in México. Ponencia presentada en el Noveno Foro Internacional de AWID, en Guad., Jal., México, octubre 2002.
- Pérez F., Lucía C., y Martínez, M., Ma Concepción, Sistematización de la metodología desarrollada por Equidad de Género: ciudadanía, trabajo y familia, en el tema de los presupuestos públicos con perspectiva de género. Ed. Fundación Heinrich Böll (en prensa).
- _____, (2004), El análisis del programa de Ampliación de Cobertura. Un aporte para la construcción de los presupuestos públicos desde la perspectiva de la equidad de género entre los géneros. Ed. UNIFEM, Madrid España, 2004 (en prensa).
- Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, México, 2001.
- Reeves, Hazel y Heike Wach, Women's and gender Budgets: an Annotated Resource List, BRIDGE, Brighton, Universidad de Sussex, 1999. Disponible en Línea: www.ids.ac.uk/bridge/budgets.pdf
- Reeves, Hazel y Baden, Gender and Development: Concepts and Definitions, Bridge Report No. 55, febrero 2000.
- Revelo B., Patricia (1996), En busca de nuevos paradigmas: algunas reflexiones en torno a la categoría de género. En *Revista Acta Sociológica* Ed. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Coordinación de Sociología, núm. 16, ene-abr 1996, pp.11-39.
- Secretaría de salud, (Hofbauer, Helena, et. al.) Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos. México 2002.
- Secretaría de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud, México, SSA, 2002 (mimeo).

- Secretaría de salud, Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Programa Operativo Anual, POA 2004. México, 2003.
- Sen, Gita, (2001) Integración del género en los ministerios de finanzas, en TODARO, Rosalba y Rodríguez, Regina, El género en la economía. Ed. Isis Internacional, CEM, Ediciones de las Mujeres, N° 32, Santiago de Chile 2001. Pp. 77-96.
- Sharp, Rhonda, Women's Budgets. En Janice Peterson and Margaret Lewis (Edits) The Elgar Companion to Feminist Economics, New York, Edward Elgar 1999.
- Sharp, Rhonda y Broomhill, Ray, Budgeting for equality: the Australian experience. En Revista Feminist Economics, volume eight, num. One, March 2002, pp. 25-47.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, La perspectiva de género. Una herramienta para construir la equidad entre mujeres, México, DIF, 1997.
- SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD, Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Programa Operativo Anual, POA 2004. Ed. SSA, México, 2003.
- Tallis, Vicci, Gender and VIH/AIDs. Overview Report, Bridge, septiembre 2002.
- UNIFEM, United Nations Development Fund for Women, Iniciativas de presupuestos sensibles al género en América Latina y el Caribe. Ed. unifem, LAC Regional New York, NY.
- UNIFEM, United Nations Development Fund for Women, Turning the tide: cedaw and the gender dimensions of the HIV/AIDS pandemic. Ed. UNIFEM, New York, 2001.
- Whelan, Daniel, Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes, Ginebra, UNAIDS, 1999.

Sitios de internet relacionados

- www.unifem.org
- www.mujerysalud.gob.mx/mys/contenido/cnegsr.html
- www.equidad.org.mx
- www.fundar.org.mx
- www.tandf.co.uk/journals
- www.internationalbudget.org/resources/library/GenderBudget
- www.wbg.org.uk/GBA.htm
- www.gender-budgets.org/
- www.pnud.cl/pdf/discursos/dis_35.pdf
- www.unifemandina.org
- www.undp.org/gender/CD-Gender-and-Budgets-2004
- www.thecommonwealth.org/gender
- www.idasa.org.za
- www.ids.ac.uk/bridge
- www.idb.org
- www.tgnp.org
- <http://www.gtz.org.mx/>
- <http://www.presupuestoygenero.net/s28/>

Presupuestos Sensibles al Género

Conceptos y Elementos Básicos

Guía para la formulación de Presupuestos Públicos
con enfoque de Género, en el Sector Salud.

Tiraje: 2,000 ejemplares

