

g g g g g

**GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PRESUPUESTOS
PÚBLICOS CON ENFOQUE DE GÉNERO,
EN EL SECTOR SALUD.**





**GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PRESUPUESTOS
PÚBLICOS CON ENFOQUE DE GÉNERO,
EN EL SECTOR SALUD.**

GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PRESUPUESTOS PÚBLICOS CON ENFOQUE DE GÉNERO, EN EL SECTOR SALUD

AUTORÍA

LUCÍA PÉREZ FRAGOSO
ROSALÍO L. RANGEL GRANADOS

DISEÑO GRÁFICO

IVAN MARTÍNEZ ALCÁNTARA
EUGENIO REAL BASURTO

PRIMERA EDICIÓN, 2004

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso en México

SECRETARÍA DE SALUD

**DR. JULIO FRENK MORA
SECRETARIO DE SALUD**

**DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**

**DR. ROBERTO TAPIA CONYER
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**LIC. MARÍA EUGENIA DE LEÓN MAY
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

**DR. JAIME SEPÚLVEDA AMOR
COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

**DR. GABRIEL GARCÍA PÉREZ
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

**DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO**

**LIC. ERNESTO ENRÍQUEZ RUBIO
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

**DR. CARLOS TENA TAMAYO
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO**

**ACT. JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ ORTIZ
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

**LIC. IGNACIO IBARRA ESPINOSA
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS**

**LIC. ADRIANA CUEVAS ARGUMEDO
DIRECTORA GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

**DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA
DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA**

**DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI
DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE EQUIDAD DE GÉNERO**

Contenido

Agradecimientos	7
Presentación	9
Introducción	13
1. ¿Qué entendemos por género y por presupuestos con enfoque de género?	15
2. ¿Cómo se elaboran los Presupuestos con Enfoque de Género?	21
3. Un ejemplo de aplicación: el Proyecto de Presupuesto del COESIDA Michoacán	31
4. Factores necesarios para una programación con Perspectiva de Género	49
5. Recomendaciones	51
Anexo1	53
Anexo2	63
Anexo3	67
Bibliografía	91

Agradecimientos

La Guía para la Formulación de Presupuestos Sensibles al Género en el Sector Salud es resultado del trabajo conjunto realizado por la Secretaría de Salud, por intermedio de su **Dirección General Adjunta de Equidad de Género**, perteneciente al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y las organizaciones de la sociedad civil: **FUNDAR**, Centro de Análisis e Investigación, A. C. y **Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C.**.

La guía representa un aporte a la tarea de la incorporación de la perspectiva de equidad de género en el diseño y formulación de las políticas públicas y constituye uno de los primeros pasos que se dan en el área de programación y presupuestación.

Se consolida de esta manera, en el desarrollo de una metodología para elaborar presupuestos con enfoque de equidad de género en el Sector Salud, la experiencia y el conocimiento acumulados y compartidos en los últimos años, por diferentes organizaciones en general, de mujeres en particular, y de algunas mujeres más, en lo individual, a quienes debemos agradecer infinitamente, a unas, el hecho de habernos antecedido en este camino y a otras por habernos acompañado en el mismo.

En igual medida, agradecemos el apoyo financiero del Fondo para el Desarrollo de las Mujeres de las Naciones Unidas, **UNIFEM**, que hizo posible la realización del proyecto, que ahora se materializa en esta Guía.

Por último, es importante mencionar a todos los participantes en el Taller realizado para discutir los principales conceptos de aplicación que aquí se vierten, ya que sus aportaciones fueron fundamentales para la conclusión de este documento, a todos ellos muchas gracias, por su enorme colaboración que merece un especial reconocimiento. A continuación sus nombres.

NOMBRE	ORGANISMO	ENTIDAD
Adriana Stanford	Centro Nacional para el Control y Prevención del VIH-SIDA (CENSIDA)	Distrito Federal
Agustín J. Salgado Sandoval	Secretaría de Salud Morelos	Morelos
Ana Ogarrio	FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A. C. (FUNDAR)	Distrito Federal
Aurora del Río Zolezzi	Dirección General Adjunta de Equidad, Centro Nacional por la Equidad y la Salud Reproductiva. Secretaría de Salud.	Distrito Federal
Beatriz Ramírez Amador	Depto. de VIH/SIDA. Secretaría de Salud	Estado de México
Carlos Magis	CENSIDA	Distrito Federal
Carmen Salazar	Centro Estatal para el Control y Prevención del VIH-SIDA (COESIDA). Secretaría de Salud de Chihuahua (SSCH)	Chihuahua
Enrique Navarro Murillo	COESIDA. Secretaría de Salud de Michoacán	Michoacán
Griselda Hernández	CENSIDA	Distrito Federal
Helena Hofbauer	FUNDAR	Distrito Federal
José Bedolla Rivera	COESIDA. Secretaría de Salud de Michoacán	Michoacán
Lourdes Coeto Orozco	CENSIDA	Distrito Federal
Lucía Pérez Fragoso	Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A. C. (EQUIDAD)	Distrito Federal
Lucía Villegas	CENSIDA	Distrito Federal
Luz Arlette Saavedra	Secretaría de Salud de Michoacán.	Michoacán
Ma. Luisa Estrada Carrillo	Programa VIH/SIDA. Secretaría de Salud de Morelos.	Morelos
María Elena Ramos	Programa Compañero A. C.	Chihuahua
María Vallarta Vázquez	EQUIDAD	Distrito Federal
Miriam Fuentes Orozco	CENSIDA	Distrito Federal
Rosalío L. Rangel Granados	EQUIDAD	Distrito Federal
Verónica Zebadúa	FUNDAR	Distrito Federal
Mariana Pérez	Casa Toluca A. C	Estado de México

Presentación

La primera estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006 se refiere a “vincular la salud con el desarrollo económico y social”, e incluye una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el Sector Salud, siendo el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el órgano encargado de proporcionar asesoría técnica y apoyo a las áreas responsables del diseño, normatividad, ejecución y evaluación de los programas de salud, para que puedan incorporar dicha perspectiva a sus actividades.

Así, de conformidad con los valores y principios definidos en el mismo Programa, se estableció como meta, dentro del Programa de Acción “Mujer y Salud”, que para el año 2015 los programas, proyectos y servicios de salud se diseñen, presupuesten y evalúen con un enfoque de equidad de género; con el propósito de que atiendan las necesidades particulares de salud que tienen las mujeres y los hombres, en función de los papeles que socialmente se les asignan; además de que se persigue que cada uno de ellos asuma plenamente la responsabilidad que les corresponde en la prevención, atención y erradicación de la violencia familiar y sexual.

Como parte de este proceso, los presupuestos sensibles al género son una herramienta indispensable para instrumentar políticas dirigidas a alcanzar la equidad entre hombres y mujeres. Un análisis que toma en cuenta las diferentes necesidades, condiciones y posiciones de hombres y mujeres, permite diseñar políticas y programas que den soluciones reales a los problemas sociales, así como optimizar los recursos existentes.

Los presupuestos sensibles al género en salud, dan la oportunidad de identificar los diferenciales en la exposición a riesgos, percepción del estado de salud, acceso, utilización y calidad de los servicios de salud asociados a la condición de género, así como las posibles acciones tendientes a reducir dichos diferenciales a través programas focalizados de manera eficiente.

Elaborar presupuestos sensibles al género en salud no significa, como comúnmente se interpreta, cuantificar el monto erogado en la prestación de servicios a mujeres, sino a asignar recursos a actividades que permitan eliminar las barreras que el género impone, principalmente a las mujeres, para el acceso a la protección de la salud.

Además de los principios éticos y de justicia social que implica esta visión, la transversalización del enfoque de género en el presupuesto debe traducirse en políticas y programas más eficientes, ya que permite la identificación de necesidades y respuestas apropiadas para distintos segmentos de la población objetivo lo que resulta en una mayor equidad en materia de salud para los y las mexicanas. En México el esfuerzo gubernamental por contar con presupuestos con enfoque de equidad de género en salud inició en 2001. Antes de esa fecha diversas organizaciones civiles habían realizado análisis del ejercicio del presupuesto en salud desde la perspectiva de género, entre las que destacan Fundar; Centro de Análisis e Investigación, Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia; y Milenio Feminista. A nivel mundial existían ejercicios similares de análisis del presupuesto público destinado a programas de desarrollo social desde este enfoque, sin embargo no encontramos como tal una metodología validada para elaborar presupuestos públicos que tomara en cuenta el impacto del género en las necesidades de educación, salud, trabajo, vivienda, etc.

En 2002, la Secretaría de Salud en colaboración con las tres organizaciones ya mencionadas y con apoyo técnico y financiero del Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de las Mujeres, UNIFEM, realizó un primer intento de construir una metodología con este fin. En ese momento y con la participación de funcionarios del Programa de Ampliación de Cobertura, logramos desarrollar un documento que acercara los conceptos y elementos básicos de los presupuestos sensibles al género a los profesionales de la salud.

Para el 2003 nos planteamos el reto de elaborar un instrumento metodológico que permitiera, a los responsables de programas, construir paso a paso un proyecto de presupuesto que incorporara una visión de equidad de género. Con este fin, se buscó la asociación estratégica con los responsables de un programa para quienes la agenda de género fuera relevante y que, por tanto, tuvieran el interés de colaborar con este grupo de trabajo interinstitucional, tal fue caso del Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

El resultado de este esfuerzo se presenta ahora, convencidos de que hemos dado un paso más en la construcción colectiva de herramientas prácticas, que permitan a los tomadores de decisiones y responsables de programas, en el campo de la salud pública, tomar en cuenta el impacto del género como parte de los ejes de análisis, en sus próximos ejercicios de programación-presupuestación, y cuenten con los elementos para incorporar esta visión, en los problemas de salud que les corresponde atender.

La presente Guía consta de cinco capítulos, en el primero de ellos se presentan los conceptos básicos sobre género y presupuestos sensibles al género, para aquellos lectores que no hayan tenido contacto con la publicación anterior o con otras de contenido similar, el capítulo dos es, por decirlo así, el

corazón de la Guía. A través de una secuencia de seis pasos se establece el camino a seguir para elaborar un proyecto de presupuesto que incorpore la perspectiva de equidad de género. Para desarrollar cada paso se plantea al usuario de la Guía una serie de preguntas que, al ser respondidas, permitirán identificar las inequidades de género asociadas al problema a atender y las posibles medidas para reducirlas, un ejercicio de priorización, la asignación o reasignación presupuestal y finalmente la construcción de indicadores de seguimiento que permitirán identificar si las acciones instrumentadas reducen las inequidades de género detectadas. En el tercer capítulo, se presenta un resumen de la aplicación de la Guía al proceso de elaboración del proyecto de presupuesto, del programa de prevención y control del VIH/SIDA del estado de Michoacán. En el cuarto capítulo se mencionan una serie de factores necesarios para que la elaboración de presupuestos con perspectiva de equidad de género se extienda en la administración pública en México, finalmente en el capítulo cinco se presenta una serie de recomendaciones para los responsables de las unidades administrativas, mediante las cuales podrían incorporar al proceso de elaboración de presupuestos la perspectiva de equidad de género.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva comprometido con la promoción de la equidad de género en materia de salud, espera que esta Guía contribuya a la elaboración de presupuestos sensibles al género, no sólo en la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, sino en el resto de las instituciones del sector, como una herramienta necesaria para lograr este propósito.

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del
Centro Nacional de Equidad de
Género y Salud Reproductiva

Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y el Programa Nacional de Salud correspondiente establecen, como criterio para la definición y el diseño de las políticas públicas, la incorporación de la perspectiva de género, e igualmente señalan que las acciones que se desarrollen en materia de atención y prestación de servicios de salud deben apuntar a disminuir las inequidades presentes entre la población mexicana.

Bajo este marco y con el objetivo de hacer operativa esta definición de la política pública, que señala la decisión del ejecutivo federal de incorporar la perspectiva de género en los programas de salud, se desarrolló la presente Guía para que los ahora llamados Proyectos de Presupuesto¹ se formulen desde una perspectiva de equidad de género.

El objetivo del presente documento es guiar en la integración del enfoque de género, en programas y presupuestos de salud, a quienes elaboran los Proyectos de Presupuesto en las áreas centrales de la Secretaría y en los organismos públicos descentralizados en el nivel estatal.

Así, la Guía surge para dar cumplimiento al propósito determinado de la Secretaría de Salud, de lograr que sus programas tengan un impacto más equitativo entre los diversos grupos de la población que acceden a sus servicios: mujeres, hombres, niñas, niños, jóvenes, ancianos, ancianas, discapacitados, discapacitadas y grupos de orientación sexual diversa.

La propuesta aquí presentada para incorporar el enfoque de equidad de género en la programación y presupuestación de la Secretaría de Salud parte de su propia metodología para elaborar sus programas y presupuestos e incluye, como parte de este proceso, un ejercicio de reflexión, que integra una serie cuestionamientos que se realizan desde la categoría de género.

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.

¹ A partir de 2004 los Programas Operativos Anuales (POA) se denominan Proyectos Presupuestales, y son la base para la formulación del Presupuesto de Egresos para el ejercicio 2005.

Este nuevo enfoque 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.

Es oportuno señalar que la propuesta que aquí se presenta 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.

La Guía de elaboración de presupuestos sensibles al género en la Secretaría de Salud persigue ofrecer un acercamiento y constituir uno paso más para el logro del objetivo de contar con una sociedad más igualitaria y equitativa en nuestro país.

I. ¿Qué entendemos por género y por presupuestos públicos con enfoque de 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 hombres². 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 sexual³, y constituye el fundamento para asignar roles, funciones y atribuciones diferentes a mujeres y hombres.

Ahora, en segundo término, es preciso aclarar lo que significa la incorporación de la categoría género en la elaboración de planes, programas y presupuestos⁴.

Este proceso comprende, en primer lugar, observar la forma como se relacionan mujeres y hombres en nuestra sociedad y cuestionar dichas relaciones desde tres aspectos fundamentales⁵:

1. El reconocimiento de una distribución desigual de poder entre mujeres y hombres.
2. La valoración del trabajo de las mujeres y su aportación a la formación del ingreso y el patrimonio familiares y, por tanto, al ingreso nacional.
3. El impacto diferenciado que las políticas públicas tienen sobre mujeres y hombres.

El cuestionamiento desde estos tres aspectos se refiere a lo siguiente:

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

² Véase LAMAS, Martha (1986) y REVELO B., Patricia (1996).

³ 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.

⁴ Ver SEN, Gita (2001).

⁵ Ver HIMMELWEIT, Susan (2002).

nación 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 una clara 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, 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.

Es fundamental tener presente este aspecto al analizar las políticas públicas de salud, pues juega un papel relevante, por ejemplo, en la definición del perfil epidemiológico y de las hojas clínicas de las pacientes. Para ilustrar: cuando, en el rubro de ocupación, las mujeres responden que se dedican a las labores de casa, esto se concibe como no trabajo. Y, cuando ellas no son las pacientes, se asume que disponen de tiempo para atender a las personas enfermas, dado que "no trabajan".

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 enfatizar 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.

En esta Guía se presenta una propuesta para la elaboración de programas y presupuestos públicos desde la perspectiva de equidad de género.

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 iniciativas de presupuestos sensibles al género comprenden dos etapas: una primera de análisis y una segunda de formulación.

El análisis de los presupuestos públicos desde un enfoque de equidad de género parte del reconocimiento del hecho básico de que la asignación y ejercicio de los recursos públicos no tiene un efecto neutral ni, en consecuencia, el mismo impacto sobre distintos grupos sociales. Cuando la distribución de tales recursos se ha definido sin cuestionar las relaciones de inequidad entre géneros, habitualmente termina creando o reafirmando las condiciones de desigualdad establecidas culturalmente y el desbalance en las relaciones de poder entre los diversos grupos sociales.

En cambio, el análisis de los presupuestos públicos con enfoque de género permite cuestionar la neutralidad del impacto en mujeres y hombres, desde el diseño de los programas hasta el ejercicio de los recursos públicos, al comprender que la propia asignación social de diferentes roles entre las personas supone una distribución de poder desigual entre ellas, que se refleja en los efectos de las políticas públicas.

Asimismo, este tipo de análisis permite visibilizar cómo el trabajo realizado por las mujeres contribuye de forma importante a la operación de algunos programas públicos, entre ellos los de salud, como fue el caso del Programa de Ampliación de Cobertura y, actualmente, el de Arranque Parejo en la Vida, lo cual representa una carga extra de trabajo para ellas⁶.

Si bien existen otros tipos de inequidades y desigualdades, el análisis de presupuestos públicos con enfoque de equidad de género se refiere precisamente a las de género, y su metodología persigue hacerlas evidentes en el proceso de asignación de recursos públicos.

La elaboración de presupuestos con enfoque de género consiste en la incorporación de la perspectiva de equidad de género dentro de los Proyectos de Presupuesto (antes Programas Operativos Anuales o POA). Es decir, significa tener presente, al momento de formularlos, los tres aspectos fundamentales ya señalados: 1) la distribución desigual de poder entre mujeres y hombres; 2) la valoración del trabajo doméstico, realizado generalmente por las mujeres, y 3) el impacto diferenciado del gasto público sobre ambos; esto, con el fin de tomar en cuenta y satisfacer las necesidades específicas y esenciales de la población de modo equitativo. Además de que al hacerlo así se pueden alcanzar mayores niveles de eficiencia y transparencia en el empleo de los recursos.

Es importante señalar que los presupuestos con enfoque de género no son presupuestos que se elaboran de manera separada, ni tampoco son presupuestos exclusivos para mujeres. Sí son, en cambio,

⁶ PÉREZ F, Lucía C., y MARTÍNEZ, M., Ma Concepción (2004).

presupuestos formulados de un manera distinta y con una presentación diferente, que reflejan la inclusión del concepto de equidad de género y las necesidades e intereses diferenciados de la población beneficiaria por sexo, edad y/o condición frente al acceso a los servicios de salud.

En el siguiente capítulo se explica la forma como este proceso se lleva a cabo.

II. ¿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.

Esta Guía 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, la Guía constituye una herramienta para que los 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, la Guía 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 subsecuente, 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.

El desarrollo de la Guía y su diseño se basan en los procesos de programación y presupuestación hoy vigentes en la Secretaría de Salud, así como en los formatos empleados para la integración de los Proyectos de Presupuesto respectivos, con la finalidad de que se aplique junto con los actuales procedimientos de programación y presupuestación.

LA GUÍA

Para facilitar la instrumentación de la Guía, 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. Así, esta Guía consta de seis pasos que siguen un orden secuencial y cíclico, según las fases respectivas. 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 de la página **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 la aplicación de la Guía 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.

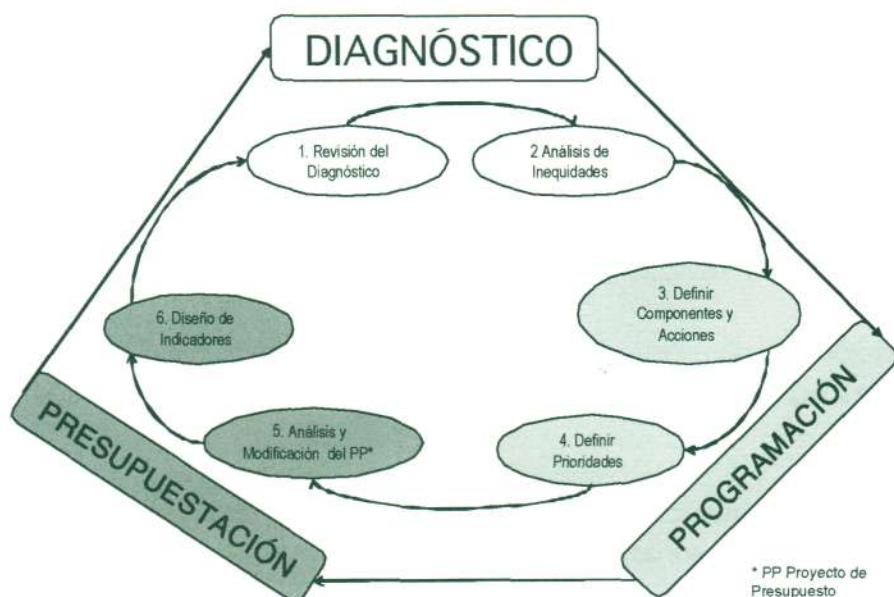
Por ejemplo, si se cuenta con un diagnóstico y una definición de acciones, ambos elaborados desde la perspectiva de equidad de género, entonces bien puede empezarse el proceso en el paso número 3.

¿Quiénes son los encargados de la aplicación de la presente Guía?

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 responsable del área de información correspondiente.

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

PASOS PARA FORMULACIÓN DE PRESUPUESTOS SENSIBLES AL GÉNERO



Desarrollo de los pasos de la Guía

Los pasos fundamentales para desarrollar el proceso son los siguientes:

I. 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 de esta Guía 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.

Se entiende que un diagnóstico ha sido elaborado con enfoque de género cuando permite conocer la situación específica por grupos de beneficiarios, desde esta particular perspectiva.

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 prevalecientes.

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 sería necesario 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.

III. Un ejemplo de aplicación: El proyecto de presupuesto del COESIDA Michoacán

Introducción

A continuación se presenta un ejemplo de aplicación de la Guía para la elaboración de presupuestos sensibles al género.

Con la finalidad de poner en práctica la presente Guía 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. Se seleccionó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (CENSIDA). 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 el ejercicio práctico del que se desprende esta Guía, 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.

Del 2 al 4 de Junio de 2003 tuvo lugar el Segundo Seminario-Taller de Presupuestos Sensibles al Género, donde participaron la entonces Coordinación del Programa Mujer y Salud, hoy Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; el CENSIDA; los responsables del programa en los estados señalados; FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A. C. y Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A. C.

Durante el Taller el trabajo se realizó por equipos estatales, conformados por el personal directivo de cada estado, y se incluyó además una persona por cada una de las instancias participantes.

Para ejemplificar el uso de la Guía para la Elaboración de Presupuestos Sensibles al Género, se eligieron los resultados obtenidos en la mesa de trabajo del estado de Michoacán, no sólo en razón de los propios resultados sino por el hecho de que el Consejo de esta entidad cuenta con un programa bien definido y ya avanzado en su ejecución, al cual solamente tuvieron que incorporársele algunos cambios.

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 a tratar en el Taller, 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 I.

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.

DESARROLLO DE LOS PASOS DE LA GUÍA

PASO I

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 I.

I. 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, inclusive 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:

I. 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.

I. 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 facilitarlo 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, carteles 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 leche maternizada 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).

Dentro de la Guía, 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:

Michoacán

CUADRO No. I

Grupo	Encuestas por aplicar	Detecciones de VIH (Primera ELISA)	Detecciones VIH (Segunda ELISA)	Suma Primera y Segunda ELISA	+ 20%	Total detecciones de VIH (Primera y Segunda ELISA)	W.B.
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

Grupos	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**

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ACCIÓN: PREVENCIÓN SEXUAL
CATÁLOGO DE SERVICIOS DE SALUD
FUNCIÓN: SALUD PÚBLICA
ACTIVIDAD: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)
PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS

CUADRO No. 3

MATERIAL INFORMATIVO				
FOLLETERIA				
Población HSH	No. Estimado de población	No. Impresiones requeridas	Costo Unitario	Gasto total
Migrantes (HYM)		0	\$0.00	\$0.00
Mujeres				
Hombres				
UDI (HYM)		0	\$0.00	\$0.00
Mujeres				
Hombres				
TSC (HYM)		0	\$2.00	\$0.00
Mujeres				
Hombres				
Mujeres en riesgo				
CARTELES				
Población HSH	No. Estimado de locales	No. Impresiones requeridas	Costo Unitario	Gasto total
Migrantes (HYM)		0	\$4.00	\$0.00
Mujeres				
Hombres				
UDI (HYM)				
Mujeres				
Hombres				
TSC (HYM)				
Mujeres				
Hombres				
Total		0	\$4.00	\$0.00
		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**

**COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ACCIÓN: PREVENCIÓN SEXUAL
CATÁLOGO DE SERVICIOS DE SALUD
FUNCIÓN: SALUD PÚBLICA
ACTIVIDAD: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)
PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS**

CUADRO No. 3

CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN						
Tipo del taller	No. de jurisdicciones	No 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**

ENTIDAD FEDERATIVA:

CUADRO No. 13

Total de pruebas reaginicas en embarazadas 2003	Tasa de VDRL	Pruebas de VIH en embarazadas (Primera ELISA)	Pruebas de VIH en embarazadas (Primera ELISA)	Total de pruebas ELISA para embarazada	WB	Pruebas centrífugas para detección de VIH en comunidades marginadas
0		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 MEMORANDUM)
ACTIVIDAD:	CAPACITACIÓN

PRESUPUESTO PARA CAPACITACIÓN DE NIVEL ESTATAL A JURISDICCIONAL

ENTIDAD FEDERATIVA:

CUADRO No. 21

Jurisdicción Sanitaria	Días	Viáticos	Gastos de camino	Pasajes	Gasto Total
Capacitación de trabajadores de salud en VIH/SIDA y Género					0
Capacitación NOM VIH					0
Capacitación en Sistema de Información					0
TOTAL	0	0	0	0	0

- ☞ Incorporar 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 esposas 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)	1) Detectar a un mayor número de trabajadores del sexo comercial que están 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

OTRAS 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
Prevención Sexual	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	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.
Prevención Sanguínea	1) Número de casos nuevos por sexo. 2) Número de equipos sanitarios distribuido por ONG.
Prevención Perinatal	1) Número de mujeres embarazadas seropositivas detectadas en comunidades rurales.
Fortalecimiento Institucional	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.

IV. Factores necesarios para una programación con perspectiva de género

Si bien el desarrollo de las actividades indicadas en esta guía conduce, 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.

Las actividades y factores adicionales a que nos referimos, y que deben tomarse en cuenta para la conclusión de este proceso, son los siguientes:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Impulsar una apertura programática que dé cabida a la perspectiva de equidad de género, por parte de las distintas áreas que operan los programas de la Secretaría de Salud, que derive en mayor equidad, eficiencia y transparencia.

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.

V. Recomendaciones

Para apoyar el proceso de la incorporación de la perspectiva de la equidad de género 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 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.

Anexo I

ANEXO I

SUMARIO SOBRE EL VIH/SIDA Y SU SITUACIÓN ACTUAL EN MÉXICO

I. 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 enferma. 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, lágrimas 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 pri-

maria 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 un 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 (implícitas y explícitas) 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, al género lo intersectan también otros ejes de desigualdad que serán más o menos relevantes dependiendo del contexto en el que nos encontremos, y que pueden 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 a la perspectiva de género. Esta implica analizar con ojos críticos los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las 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 a 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 las diferencias en la percepción de las mismas, en el acceso y utilización de los servicios de atención a la 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 de información). Los grupos sociales que detentan un menor poder económico, político y social serán entonces especialmente vulnerables a las enfermedades.

La relación entre el VIH/SIDA y el género quedó establecida en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA, que tuvo lugar en julio de 2001, en 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, las 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 las mujeres para que decidan libremente sobre su sexualidad, e incrementen su habilidad para protegerse de la infección del VIH.

La meta es que para el año 2005 los países pongan 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 la salud y servicios de salud, incluyendo salud sexual y reproductiva, y mediante una educación para la prevención que propicie 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 la sexualidad "correcta" o "normal" dentro de 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 susceptibles 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 informarse 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 hombres, 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 hombres que tienen sexo con hombres y 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 de hombres que tienen sexo con hombres.

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 hombres que tienen sexo con hombres. Esta práctica implica un riesgo elevado de transmisión del VIH cuando uno de los implicados tiene el virus y no se utiliza el 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 esta vulnerabilidad biológica, es de notar 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 hombres que tienen sexo con hombres 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 niegan 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 las relaciones sexuales entre hombres se mantienen ocultas o en secreto. Por ejemplo, muchos hombres que tienen relaciones con otros hombres no se consideran homosexuales ni bisexuales. Muy a menudo, están casados o sostienen relaciones sexuales con mujeres. Esto último sucede especialmente en ámbitos donde el matrimonio aún es un prerrequisito para “encajar”

plenamente en la sociedad. Entre los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores sexuales son un grupo particularmente difícil de atender debido a que, a diferencia de sus contrapartes femeninas, suelen no estar organizados o estructurados.

Derivado de lo anterior, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres 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 del 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 hombres que tienen sexo con hombres. 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 ha 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 (HSH), 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 dentro de 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 1.9 % del total de 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 las que 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 tienen 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 surgen como respuesta 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 el 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 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, mujeres, 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 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 DEL COESIDA DE MICHOACÁN

PASO I

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, trabajadores sexuales masculinos y femeninos)?*
- *¿El programa cuenta con información acerca de:*
 - La razón hombre/mujer en el renglón de tratamiento médico
 - La razón hombre/mujer de portadores de VIH en la entidad
 - La demanda hombre/mujer de detecciones
 - El número de detecciones por grupos vulnerables y con prácticas de riesgo
 - A quiénes se dirigen el material educativo y las campañas sobre VIH/SIDA (grupo objetivo: hombres, mujeres, grupos de riesgo, edades, etc.)

- Quiénes asisten a las sesiones educativas instrumentadas (mujeres, hombres)
- 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 las 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, sanguínea, perinatal)?*

Tomar en cuenta los siguientes factores:

- *¿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?*
- *¿Cuáles son las dificultades o problemas particulares de mujeres y hombres para acceder a los servicios de salud?*
- *¿Se destinan recursos a la vigilancia epidemiológica para determinar quiénes son los grupos más afectados por el VIH/SIDA en la entidad?*
- *¿Bajo qué criterios se diseña la vigilancia?, ¿mediante qué procedimientos?, ¿con qué periodicidad?, ¿cuál es el tamaño de la muestra utilizada para cada grupo?*
- *¿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:

- 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)?
- Dentro de cada uno de los componentes, ¿cuáles son las acciones prioritarias y quién es la población beneficiaria?
- ¿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 y UDI en las acciones derivadas de los componentes?
- ¿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)?
- ¿Se atienden las necesidades específicas de diferentes grupos de hombres y mujeres (HSH, TSC, UDI y otros grupos vulnerables)?
- ¿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 géne-

ro, ¿qué acciones y estrategias deberían diseñarse, reformularse o añadirse para que el programa sea más equitativo?

Tomar en cuenta los siguientes factores:

- ¿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?
- ¿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:

- ¿Serían necesarios recursos etiquetados a mujeres/hombres y/o grupos en mayor riesgo y vulnerabilidad? ¿Qué acciones específicas deberían estar etiquetadas?
- ¿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 las 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 del 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, a 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 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 salud, y revelan igualmente cómo la metodología puede comenzar a aplicarse, dependiendo de las condiciones prevalecientes en las unidades administrativas responsables, en términos de las bases de información, la capacitación y la sensibilización en el tema.

PASO I**Revisión del Diagnóstico desde la Perspectiva de la Equidad de Género**

En el caso del Estado de México, también se dispuso de toda la información solicitada por parte del Programa de 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, sí 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 conurbadas, 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, algunas de las cuales, en el caso de las mujeres, incluso quedan embarazadas.
4. A partir de 2003 se tienen datos por municipio. La información disponible por grupo etáreo indica que el grupo mayormente infectado (casos de SIDA) es el que corresponde a las personas de 25 a 34 años, donde se 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 5 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 las 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 de-

tección 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 hijo. Paradójicamente, las acciones del programa estatal inciden mayormente en mujeres, pues un número considerable de estas acciones ocurre a través de las ferias de salud que se organizan, y a ellas acuden principalmente 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 en 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 suficiente y porque se confían al tener un solo compañero sexual. Como no se sienten enfermas no buscan los servicios de salud; de esta suerte, se advierte 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 la 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 HSH.
- ☒ 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 a 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 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 drogas 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 campañas específicas para mujeres de cada grupo (niñas, mujeres casadas y solteras, urbanas, 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/ITS 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 las siguientes:

4. Proporcionar atención integral a personas que viven con VIH.
5. Brindar apoyo emocional diferenciado en hombres y mujeres (asesoría individual y/o de grupo).
6. Ofrecer consulta especializada.
7. Proporcionar medicamentos antirretrovirales.
8. Proporcionar medicamentos para infecciones oportunistas.
9. Proporcionar servicios de laboratorio de seguimiento (carga viral, CD4 y pruebas clínicas).

Las metas y estrategias se resumen en el siguiente cuadro:

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 50 hombres urbanos y 50 rurales, que viven con VIH/SIDA, bajo tratamiento de los servicios especializados de atención del Estado de México.

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:

- o Materiales: 150,000 pesos
- o Equipo y material de grabación: 30,000 pesos
- o 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, y 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

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

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

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

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

- o 200 mil pesos para el diagnóstico comparativo.

PASO 6

INDICADORES

Prevalencia en el uso del condón

Calidad en los servicios de salud

Incremento en la detección de VIH en mujeres embarazadas.

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, considerando 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 fueron 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 cuestionarios 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).

De 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 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** quien 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**, que enfoca su labor a la prevención entre los HSH; **Cadena contra el Sida**, que ofrece despensas a personas infectadas; **Vida de Morelos**, que da asistencia social y en algunos casos apoya para conseguir albergues temporales, y **CIDHAL**, la cual es una organización que desarrolla acciones dirigidas a la mujer. Un 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 se está enfocando 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:

- o UDI:2%.
- o Heterosexuales: 32%.
- o Perinatal: 2%.
- o Sexo prostitución: 16%.
- o Bisexuales: 22%.
- o Homosexuales: 14%.
- o No documentado: 3%.
- o 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 se 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 ser-

vicio sea una persona conocida. El temor es a la identificación y a 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 los aprendido. Esta situación abre muchos espacios de incumplimiento. Por si fuera poco, la infraestructura es inadecuada y no hay un sistema de incentivos. Unos 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 éstos 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 a 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 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.

Acciones prioritarias y población beneficiaria de cada componente

Componente	Acciones/beneficiarios
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. Promoción y distribución de condones a la población en general, garantizando a grupos con prácticas de riesgo (HSH y MTSC)

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 Campañas de vacunación contra hepatitis B para donadores, personal de salud y grupos de riesgo 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.
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. Acciones para asegurar el abasto del medicamento para el personal de salud. Mejoramiento de la vigilancia epidemiológica Mejoramiento de calidad en el servicio 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, casas 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.

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, que reproducen 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 ocurren 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.

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 CEN-SIDA 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 el primer límite del diagnóstico es que 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 o grupo 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 la 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 heterosexual y que hay una mayor incidencia en hombres.

- ☞ Aún cuando hay muchos UDI, a estos no 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 las 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 en 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.⁷

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)⁸

⁷ La epidemia ha seguido la tendencia nacional que ubica una proporción hombre-mujer de 6:1.

⁸ Las autoridades del Programa no tienen datos certeros sobre qué proporción de hombres y de mujeres se acercan a solicitar los servicios de detección del virus y/o tratamiento, sólo saben que esto varía en distintos centros de salud (no se sabe en qué ciudades o municipios)

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.

- ☞ Las inequidades recaen en el simple hecho de que no hay información desagregada por sexo y 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 prue-

bas 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 a 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 maternizada 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 equidad 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 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 la siguiente:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR
Prevención Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Información por grupos específicos (folletos y trípticos): <ul style="list-style-type: none"> -UDI y sus parejas -Mujeres y UDI -Mujeres jóvenes -Mujeres de la maquila -HSH -Reclusas y reclusos -Migrantes (familias en zonas fronterizas y de tránsito). 	<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) 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) 	<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.

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 VIH, género y derechos humanos 	
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. 	1) Número de casos nuevos por sexo 2) Número de equipo distribuido por ONG's
Prevención Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir centrífugas 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 	1) Número de mujeres embarazadas seropositivas detectadas en comunidades rurales
Fortalecimiento Institucional	<ul style="list-style-type: none"> de sífilis y VIH a través de promotoras comunitarias • Capacitación en el llenado de registros • Capacitación en la norma oficial para prestadores de servicios de salud y laboratorios, así como hospitales y médicos privados. 	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

- BUDLENDER, Debbie, 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.
- BUDLENDER, Debbie, and SHARP, Ronda, How to do a gender-sensitive budget analysis: contemporary research and practice. Ed. Commonwealth Secretariat/Australian Agency for International Development, Sydney 1998.
- CAGATAY, Nilufer, et. al., Budgets as if People Mattered: Democratizing Macroeconomic Policies, Nueva York, UNDP, 2000. Disponible en línea www.undp.org/seped/publications/conf_pub.html
- CAGATAY, Nilufer, 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.
- 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.
- 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.
- _____, 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.

- 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.
- GÓMEZ, Ricardo, Imaginar el futuro: políticas públicas, crecimiento económico y equidad. En Macroéconomie, 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 Macroéconomie, 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.
- IAZOLA 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.

- 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-UAM, 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.
- 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 desarrolla-

da 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).
- 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 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.
- 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

Esta Guía se imprimió en los
Talleres de Fomark, S.A. de C.V. en México D.F.
Junio de 2004. La edición consta de 3,000 ejemplares.



Salud



Contigo
es posible



SECRETARÍA DE
SALUD



fundar
Centro de Análisis e Investigación



INSTITUTO NACIONAL
DE MUJERES Y POLÍTICAS DE
GÉNERO
MÉXICO



equidad de género
CONSULTORÍA, TRABAJO Y DESARROLLO A.C.

