

Evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas 2005-2023

Volumen I
Informe final

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

Evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en salud de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas 2005-2023

**Volumen I
Informe final**

Washington, D.C., 2025

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

Evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas 2005-2023

ISBN: 978-92-75-32976-4 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32977-1 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2025

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas 2005-2023. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329764>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

PBE/2025

Fotos: © OPS

Índice

PREFACIO..... v

AGRADECIMIENTOSvii

ABREVIATURASviii

RESUMEN ix

1. ANTECEDENTES.....1

1.1 Contexto..... 1

1.2 Finalidad, objetivos, alcance y usuarios de la evaluación 3

1.3 Metodología, limitaciones y consideraciones éticas 4

2. RESULTADOS 14

2.1 ¿En qué medida se ha integrado la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud? (Pertinencia y coherencia) 14

2.2 ¿En qué medida la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha contribuido a lograr cambios en cuanto a la igualdad de género en la Región? (Eficacia).....26

2.3 ¿En qué medida la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha integrado de forma eficiente la igualdad de género? (Eficiencia)40

2.4 ¿Qué condiciones ha establecido la OPS para garantizar que las consideraciones? (Sostenibilidad)..... 49

3. CONCLUSIONES59

3.1 Nivel estratégico.....59

3.2 Nivel operativo 61

3.3 Nivel institucional 64

4. RECOMENDACIONES..... 66

4.1 Nivel estratégico..... 67

4.2 Nivel operativo 69

4.3 Nivel institucional 70

REFERENCIAS 71

APÉNDICES 72

Figuras

| | | |
|-------------------|--|----|
| Figura 1. | Cronología resumida de la evolución del enfoque de género de la OPS, 1990-2023 | 16 |
| Figura 2. | Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de cooperación con los países de la OPS en la Región de las Américas (información regional sobre los países seleccionados, primer período analizado 2004-2005) | 18 |
| Figura 3. | Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de cooperación con los países de la OPS en la Región de las Américas (información disponible a nivel regional sobre algunos países seleccionados para el análisis de las estrategias de cooperación con el país, segundo período analizado 2017-2024) | 19 |
| Figura 4. | Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de cooperación con los países en los países del Caribe (algunos países seleccionados para el análisis de las estrategias de cooperación con el país, período 2016-2023) | 20 |
| Figura 5. | Consonancia de la cooperación técnica que presta la OPS en materia de salud a nivel de país con su agenda sobre equidad en la salud | 22 |
| Figura 6. | Integración de la igualdad de género de la OPS en su cooperación técnica, por modalidad de cooperación | 24 |
| Figura 7. | Percepción de la participación de la OPS en iniciativas interinstitucionales para integrar la igualdad de género en los programas de cooperación técnica en materia de salud | 32 |
| Figura 8. | Alianzas de la OPS con organizaciones, grupos y redes de la sociedad civil que trabajan por la igualdad de género y los derechos de las mujeres | 48 |
| Figura 9. | Conocimiento de las políticas de la OPS relacionadas con la igualdad de género por parte del personal de la OPS | 50 |
| Figura 10. | Percepción del fortalecimiento de las capacidades técnicas de las representaciones de la OPS en materia de igualdad de género y salud | 53 |
| Figura 11. | Percepción de los esfuerzos de la OPS para concientizar sobre la integración de la igualdad de género en su cooperación técnica en materia de salud | 55 |
| Figura 12. | Percepción de la contribución de la OPS al fortalecimiento de las capacidades técnicas de las organizaciones de la sociedad civil | 56 |

Cuadros

| | | |
|------------------|---|---|
| Cuadro 1. | Entrevistas con informantes clave | 8 |
| Cuadro 2. | Participantes en los debates en grupos de opinión | 8 |

Recuadro

| | | |
|--------------------|----------------------|----|
| Recuadro 1. | Enseñanzas extraídas | 35 |
|--------------------|----------------------|----|

Prefacio

A principios del 2024, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició una evaluación exhaustiva con el propósito de analizar la integración de la igualdad de género en sus actividades de cooperación técnica en la salud. Para realizar esta evaluación, que fue llevada a cabo por un equipo externo e independiente entre febrero y noviembre del 2024, se emplearon métodos de recopilación de datos presenciales y a distancia. El objetivo principal fue evaluar la medida en que se ha incorporado la igualdad de género en la cooperación técnica que presta la OPS y determinar la eficacia y eficiencia de estas actividades en la promoción de la igualdad de género en toda la Región de las Américas.

La evaluación tuvo un propósito doble: realizar una evaluación sumativa (rendición de cuentas) y una evaluación formativa (aprendizaje). Su objetivo fue presentar perspectivas, resultados y recomendaciones valiosas para mejorar la labor permanente que realiza la OPS a fin de integrar la igualdad de género en las iniciativas de salud y para servir de base en la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2026-2031.

La evaluación, que abarcó un amplio ámbito geográfico representativo para la Región de las Américas, incluyó estudios exhaustivos en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago, así como análisis en Brasil, Cuba, México y Uruguay. Este enfoque permitió comprender los diferentes matices de los diversos contextos nacionales, subregionales y regionales.

La evaluación se centró en las medidas adoptadas entre los años 2005 y 2023 en respuesta al compromiso a largo plazo de la OPS con la igualdad de género, como se indica en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, del 2005, y los planes estratégicos de la OPS en el período del 2008 al 2023. La metodología combinó el análisis de la contribución, la teoría del cambio y los modelos de atribución, para así garantizar una evaluación exhaustiva de las iniciativas emprendidas por la OPS.

En el presente informe se presentan los resultados de la evaluación, y se resaltan las dimensiones estratégicas, operativas e institucionales de la integración del género en la OPS. Se destacan además los logros, los desafíos y las enseñanzas extraídas, y se presenta una hoja de ruta para los esfuerzos que se emprendan en el futuro con el fin de impulsar la igualdad de género en materia de salud en toda la Región.



Agradecimientos

El equipo de evaluación externa desea dar las gracias al Equipo de Evaluación de la OPS por la gestión de la presente evaluación, a los miembros del Grupo de Referencia de Evaluación y al personal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la Sede, las representaciones de país y las oficinas subregionales que contribuyeron con su tiempo y asesoramiento a la *Evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud de la OPS en la Región de las Américas 2005-2023*.

El equipo de evaluación externa también desea dar las gracias al personal del Departamento de la OPS de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE), por su orientación y apoyo durante todo el proceso de evaluación. Entre las personas que queremos destacar se encuentran Rony Maza, Director de PBE; Roberto La Rovere, asesor principal de evaluación, gerente de evaluación y responsable de la coordinación y el control interno de la calidad; Luisa Toro-Alzate, Lara Daibert, Lizeth Hernández-Rubio, Kerrie Barker, Sarah Cruz y Oscar Díaz Sotelo del equipo de Evaluación de la OPS.

El equipo externo de evaluación también desea dar las gracias al personal, los asesores y los consultores del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) y de la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural por su compromiso y participación sostenida a lo largo del proceso de evaluación. A nivel de país, el equipo externo de evaluación desea dar las gracias a quienes hicieron posible las actividades de “inmersión profunda” en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago. Esto incluye a los representantes de la OPS/OMS en esos países y a otros miembros del personal de la OPS, en particular a los asesores que asumieron la función de puntos focales en temas de género. El equipo de evaluación externa también agradece la participación de los ministerios de salud, las contrapartes nacionales, así como de asociados, donantes, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas clave que contribuyeron con su tiempo y sus perspectivas.

Este informe ha sido elaborado por el equipo de evaluación externa, compuesto por Enric Grau (jefe de equipo), Cecilia Delaney Méndez (jefa adjunta de equipo), Alejandra Faúndez y Paula Santana (evaluadoras principales y especialistas temáticas), y Elvira Carrió, Fiorella Farje, María Pía Montero y Elizabeth Posada (asistentes de investigación).

Abreviaciones

| | |
|-------------------------|--|
| ACNUR | Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados |
| CARICOM | Comunidad del Caribe |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y El Caribe |
| COMISCA | Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana |
| DHE | Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (OPS) |
| ECP | estrategias de cooperación con los países |
| ENT | enfermedades no transmisibles |
| LGBTI | [personas] lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales |
| MERCOSUR | Mercado Común del Sur |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU- Mujeres | Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida |
| OSC | organización de la sociedad civil |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| VBG | violencia basada en género |
| VIH | virus de la inmunodeficiencia humana |

Resumen

Contexto

La Región de las Américas es cultural y étnicamente diversa, y presenta niveles altos de violencia, inestabilidad política y desigualdad. Los avances en el ámbito de la salud pública en esta Región han reducido la carga de muchas enfermedades infecciosas, lo que ha contribuido al control y la eliminación de algunas de ellas. Sin embargo, la carga de las enfermedades no transmisibles ha aumentado al mismo tiempo, lo que requiere estrategias multisectoriales e integrales en materia de salud que aborden los determinantes de la salud. Además, esta es una de las regiones del mundo en las que el envejecimiento poblacional está avanzando con mayor rapidez: las proyecciones indican que para el 2047 el número de personas mayores en situación de dependencia será mayor que el de niños y niñas. La pandemia de COVID-19 exacerbó las disparidades relacionadas con la salud, que afectaron de manera desproporcionada a las personas en situación de vulnerabilidad, y llevó a retrocesos en cuanto a los logros alcanzados hasta ese momento, lo que puso en riesgo el logro de los objetivos de la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, así como de la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*. La desigualdad en el acceso a la atención de salud fue un factor importante en las elevadas tasas de mortalidad y problemas mentales a causa de la COVID-19 que se registraron en los grupos vulnerables de la Región.

Los sistemas de salud de la Región están fragmentados, lo que crea obstáculos para acceder a una atención de salud equitativa y eficiente, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las personas LGBTI, los pueblos indígenas y las personas migrantes. Persisten las desigualdades de género en materia de salud, ya que la atención de salud de la mujer suele centrarse exclusivamente en la salud sexual y reproductiva, y a menudo se pasan por alto otras cuestiones. Por lo general, las mujeres viven más años que los hombres, pero pasan más tiempo con mala salud, sufren problemas de salud como obesidad, depresión y asma, y deben sufragar costos de salud más elevados. También asumen más a menudo la tarea de cuidar a otras personas, lo que limita sus oportunidades de empleo y acentúa su vulnerabilidad. Los hombres, por su parte, tienen más probabilidades de morir por causas externas y enfermedades como la tuberculosis y la infección por el VIH/sida.

En los marcos internacionales de normas y políticas, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, se han establecido objetivos para lograr la igualdad de género en la salud. Sin embargo, los recientes cambios políticos, sociales y económicos han introducido nuevas dinámicas y nuevos retos para la consecución de estos objetivos en la Región de las Américas. Persisten las brechas en los datos y las dificultades para integrar medidas específicas de género en las políticas públicas, incluidas las de salud, y algunas crisis como la pandemia de COVID-19 las han agravado y puesto aún más de manifiesto.

Antecedentes

A principios del 2024, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contrató a un equipo externo independiente para evaluar la integración de la igualdad de género en sus actividades de cooperación técnica. En la evaluación, que se llevó a cabo entre febrero y noviembre del 2024, se combinaron métodos de recopilación de datos presenciales y a distancia. El objetivo general de la evaluación era analizar en qué medida se ha integrado la igualdad de género en la cooperación técnica que presta la OPS. Como parte de la evaluación se examinó la eficacia con que dicha integración contribuyó a los cambios en relación con la igualdad de género en la Región, y la eficiencia con que la OPS ha estado integrando la igualdad de género en su cooperación técnica. La evaluación tuvo como propósito ser una evaluación sumativa (rendición de cuentas) y formativa (aprendizaje), y presentar análisis, resultados y recomendaciones que contribuyan tanto en los esfuerzos de la OPS por integrar la igualdad de género en materia de salud en la cooperación técnica que presta en apoyo de sus Estados Miembros, como en la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2026-2031.

La evaluación tuvo un amplio alcance geográfico que abarcó toda la Región de las Américas. Se realizaron estudios de “inmersión profunda” en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago, así como análisis menos profundos en Brasil, Cuba, México y Uruguay. Este enfoque sirvió de base para entender los matices de los contextos nacionales, subregionales y regionales. La evaluación se centró en las medidas adoptadas entre los años 2005 y 2023, ya que la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica que presta la OPS en el ámbito de la salud se estableció por primera vez en el 2005 en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y luego, del 2008 al 2023, en los planes estratégicos de la Organización.

Metodología

En la evaluación de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en la salud se combinaron los siguientes enfoques:

- Se utilizó el análisis de la contribución para evaluar sistemáticamente en qué medida se ha incorporado la igualdad de género en las actividades de cooperación técnica de la OPS y la eficacia de las intervenciones de la Organización para producir cambios positivos en los sistemas de salud y las políticas en toda la Región.
- Se elaboró una teoría del cambio para indicar cómo, sobre la base de las políticas y los planes estratégicos de la OPS, la Organización determinaba cuáles eran los caminos para lograr el cambio, las hipótesis y los riesgos, y definía las medidas que debían conducir al logro de los resultados previstos de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*.
- Se utilizó un modelo de atribución para analizar las actividades de cooperación técnica de la OPS a nivel de resultados inmediatos, para evaluar cómo se ejecutaron las actividades planificadas.



Se utilizó un enfoque interseccional e intercultural para considerar de qué manera el género interactúa con otros factores políticos y sociales. Se utilizó un proceso participativo y colaborativo en el que intervinieron diversas partes interesadas en las distintas fases del proceso, con el fin de fomentar la vinculación con los resultados y las recomendaciones.

Los criterios de evaluación se ajustaron a las directrices del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG, por su sigla en inglés): pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad. La evaluación se basó en métodos mixtos y en datos primarios y secundarios, como revisiones documentales, entrevistas, encuestas y grupos de discusión.

La integración del género se analizó en tres dimensiones: 1) una dimensión estratégica (posicionamiento institucional y contribuciones de la OPS); 2) una dimensión operativa (eficacia de la cooperación técnica); y 3) una dimensión institucional (recursos internos para abordar las desigualdades de género). El **Equipo de Evaluación** de la OPS se encargó de supervisar el proceso; se siguieron estrictamente las directrices éticas sobre participación voluntaria, confidencialidad y seguridad de los datos. Las dificultades, como las limitaciones en la disponibilidad de informantes clave y la fragmentación de los datos, se mitigaron mediante estrategias como el rastreo de referencias (muestreo tipo bola de nieve) y la triangulación de datos cualitativos y cuantitativos.

Hallazgos

A continuación, se presentan los hallazgos agrupados por criterio de evaluación.

Pertinencia y coherencia

En un principio, el enfoque de género de la OPS surgió de la necesidad de abordar la salud de la mujer como una categoría distinta dentro de las políticas de salud pública; ejemplo de ello fue el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Con el tiempo, este enfoque evolucionó y la OPS empezó a adoptar definiciones más amplias en cuanto al género, al incorporar conceptos como la interseccionalidad y los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la aplicación de estos conceptos no ha sido pareja a lo largo del tiempo ni en toda la Región.¹

Hay indicios de esfuerzos por integrar las consideraciones de género en el marco más amplio de los determinantes sociales de la salud, abordando dimensiones como la etnicidad, la edad, la discapacidad y la situación migratoria. Sin embargo, persisten algunos desafíos a la hora de poner en práctica estos conceptos en todos los programas de la OPS y de armonizar las actividades de cooperación técnica de la Organización en materia de igualdad de género en la salud con los marcos internacionales de

¹ Véase: Organización Panamericana de la Salud. La mujer, la salud y el desarrollo [documento CSP26/16]. 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, del 23 al 27 de septiembre del 2002. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64490>.

El objetivo del Programa de la OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (1992-2002) era reducir aquellas desigualdades entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El mandato central de este programa era incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas de la OPS, las representaciones de país de la OPS/OMS y los Estados Miembros, a fin de reducir las inequidades de género en la salud en el contexto de los principios de la OPS de equidad y panamericanismo.

derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. La igualdad de género no se ha integrado sistemáticamente en todos los procesos de planificación de la OPS (como los planes estratégicos o las estrategias de cooperación con los países) ni en los programas de la Organización (como los de enfermedades no transmisibles²), lo que ha conducido a una aplicación desigual de las iniciativas de igualdad de género en la Región. Además, las actividades de cooperación técnica de la OPS en materia de igualdad de género han sido poco sistemáticas por la fragmentación en diferentes departamentos de los enfoques para abordar cuestiones como la violencia basada en género (VBG) y los derechos humanos, y los cambios organizacionales que ha registrado la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural a lo largo del tiempo.

Las actividades de cooperación técnica de la OPS solo están parcialmente en consonancia con las prioridades de los Estados Miembros en materia de igualdad de género. Si bien en las estrategias de cooperación con los países se han incorporado elementos relacionados con la igualdad de género, en muchos casos no se ha contado con criterios sistemáticos que faciliten las consultas ni se ha prestado suficiente atención a las desigualdades de género y sus determinantes. Además, la consonancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5 sobre la igualdad de género es limitada, y se hace más hincapié en el ODS 3, relacionado con la buena salud y el bienestar.

Eficacia

Se ha reconocido que la implementación del Programa de la OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo constituyó un hito en la promoción de la igualdad de género en la agenda de salud en la Región. Esto se debe a la movilización de un amplio espectro de entidades y de organizaciones regionales e internacionales, así como al liderazgo de un grupo de profesionales que transformaron las estrategias de trabajo en materia de género y salud en la Región. Más recientemente, la creación del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) ha reforzado aún más el compromiso de la OPS con el fortalecimiento de la interseccionalidad y la colaboración multisectorial necesarias para adoptar un enfoque más integral frente a las desigualdades en el ámbito de la salud, incluidas las de género. Sin embargo, la cooperación técnica que presta la OPS a los Estados Miembros se ha centrado principalmente en los factores de riesgo y los determinantes proximales que afectan a la salud de las personas, mientras que los determinantes distales (como la pobreza, la educación y las estructuras sociales fuera del alcance del sector de la salud) han recibido una atención limitada. Además, los Estados Miembros han dado poca prioridad a los determinantes sociales de la salud y los temas transversales relacionados (así como a la reducción de las asignaciones presupuestarias), lo que ha obstaculizado la aplicación de las estrategias multisectoriales y las estrategias a largo plazo necesarias para hacer frente a las desigualdades sistémicas.

2 Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Volumen I. Informe Final. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58376>.

La OPS ha contribuido a la institucionalización del enfoque de igualdad de género en los sistemas de salud y las instituciones de los países, así como en las organizaciones de la sociedad civil. Se ha centrado en abordar asuntos clave del ámbito de la salud pública (como la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la prevención combinada de la infección por VIH) y en el acceso a la salud por parte de los grupos poblacionales que tienen que hacer frente a diversas barreras en cuanto al acceso y a la exclusión. En la evaluación se determinó que hubo avances programáticos en la prevención de la violencia de género y en la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las mujeres indígenas y la promoción de la agenda de la atención de salud. En los esfuerzos para eliminar barreras y abordar la exclusión por motivos de género, los impulsores del cambio han sido la colaboración interinstitucional y, en algunos países, un enfoque territorial (en lugares prioritarios a nivel subnacional) con la participación de la comunidad por intermedio de organizaciones de la sociedad civil, líderes y autoridades locales.

Las actividades de la OPS en áreas prioritarias a nivel subnacional han permitido documentar las brechas de género en las comunidades en cuanto a la salud (por medio de proyectos específicos), fortalecer la capacidad para abogar por estos esfuerzos del nivel local al central (un enfoque “de abajo hacia arriba”), promover el liderazgo y las redes de mujeres y comunidades para influir en los gobiernos locales, y derivar a servicios especializados (por ejemplo, violencia de género) a quienes los necesiten. En las respuestas a las crisis humanitarias, las actividades de la OPS han contribuido a reforzar el enfoque centrado en la equidad y el objetivo de no dejar a nadie atrás.

La OPS ha introducido enfoques innovadores en la cooperación técnica que han permitido a los Estados Miembros mejorar su respuesta en relación con desigualdades de género que son críticas en la prevención del cáncer en la población adolescente, la producción de vacunas para gestantes y la violencia durante el período perinatal. La exhaustiva generación de datos y la experiencia, el reconocimiento institucional y la participación de la OPS en iniciativas conjuntas (por ejemplo, la iniciativa Spotlight) han



fortalecido los esfuerzos de promoción de la causa emprendidos por la Organización con las contrapartes nacionales y las partes interesadas. En algunos países, estos esfuerzos han contribuido en la creación de departamentos nuevos en los ministerios de salud que se centran en abordar las disparidades de género, adoptar leyes nuevas, garantizar la inclusión de las comunidades indígenas y afrodescendientes en las políticas y programas de salud pública, y promover enfoques multisectoriales.

Eficiencia

Ni en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* ni el plan de acción conexo se incluyó un presupuesto o un plan de financiamiento específicos. El tratamiento de los temas de género, temas transversales en los tres planes estratégicos más recientes de la Organización, han recibido un financiamiento limitado. Además, la disponibilidad de recursos humanos designados específicamente para labores en el ámbito de la igualdad de género ha sido crónicamente escasa y difiere en las distintas representaciones de país de la OPS. Los puntos focales de género, cuando hay uno, suelen estar sobrecargados con múltiples responsabilidades, lo que reduce su capacidad para impulsar el avance de la agenda de la igualdad de género. No obstante, las contribuciones de estos puntos focales de género, cuando hay uno, han sido ampliamente reconocidas.

La OPS ha logrado adaptar sus actividades de promoción de la igualdad de género y cooperación técnica para tener en cuenta los diferentes contextos nacionales y sensibilidades políticas. Ha adoptado la estrategia de mantener una posición equilibrada y técnicamente neutral, lo que le ha permitido abordar asuntos críticos como la VBG y la salud sexual y reproductiva incluso en países con movimientos conservadores.

La integración de los asuntos de género por parte de la OPS en la respuesta a situaciones de emergencia en la salud ha avanzado considerablemente desde la respuesta al huracán Mitch en 1998, que marcó un hito en la integración de un enfoque diferenciado en la respuesta a situaciones de emergencia. Las herramientas de la OPS, como el Sistema de Gestión de Incidentes y las pautas para dar respuesta a situaciones de emergencia teniendo en cuenta el género, han facilitado la inclusión de un enfoque de igualdad de género en los desastres y las epidemias (como la pandemia de COVID-19). A pesar de estos avances, la incorporación de la perspectiva de género en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional por parte de los Estados Miembros ha sido desigual, la recopilación de datos desglosados durante las situaciones de emergencia sigue siendo un reto y algunas herramientas de la OPS no brindan orientación complementaria sobre el desglose y el análisis de los datos en función del género.

En relación con las alianzas, la colaboración de la OPS con entidades como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONU Mujeres y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe ha aumentado la visibilidad de la igualdad de género en la salud, ha fortalecido la promoción de la causa y ha brindado apoyo a los Estados Miembros en los esfuerzos por abordar las desigualdades estructurales. La colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha permitido impulsar la igualdad de género en la salud a escala nacional, regional y mundial, y la Región de las

Américas ha pasado a ser una referencia mundial gracias a innovadoras iniciativas de la OPS como definir indicadores sobre género y salud, y abordar las necesidades de las personas LGBTI. Sin embargo, la colaboración interinstitucional en algunos casos se ha debilitado por la existencia de objetivos divergentes, la competencia por los recursos y el solapamiento de mandatos, sobre todo en ámbitos como la VBG y la salud sexual en la adolescencia. Las alianzas con organizaciones de la sociedad civil han facilitado la adaptación cultural de las intervenciones de salud que tienen en cuenta las cuestiones de género, especialmente en las comunidades desatendidas. Sin embargo, la colaboración con las organizaciones de la sociedad civil ha disminuido: su participación se limita a la elaboración de los planes nacionales de salud o a los grupos consultivos, una de las áreas estratégicas de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*.

Sostenibilidad

La *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (2005) y el plan de acción conexo (2009-2014) no han sido suficientemente reconocidos o adoptados por los equipos de la OPS y los Estados Miembros (la resolución CD46.R16, en la que se insta a los Estados Miembros a implementar esta política, parece haberse ejecutado de forma parcial y desigual en los distintos países), lo que ha limitado su sostenibilidad. La ejecución de la política se ha logrado en parte mediante su incorporación como un enfoque transversal en los documentos de planificación de la OPS (como las estrategias de cooperación con los países, los planes estratégicos y los presupuestos por programas), el establecimiento de alianzas con otras entidades por medio de los marcos de cooperación con los países y la participación en los mecanismos interinstitucionales de género establecidos por las Naciones Unidas dentro de los equipos de país de las Naciones Unidas. Sin embargo, la obsolescencia y la falta de mecanismos de supervisión de estos dos documentos centrales han limitado su sostenibilidad.

La OPS ha mejorado las capacidades de las representaciones de país por medio de la capacitación sobre la igualdad de género en el ámbito de la salud. No obstante, es necesario subsanar algunas brechas en cuanto al alcance, los temas emergentes y la difusión. La OPS ha avanzado considerablemente en la labor de concientizar a su personal sobre la necesidad de integrar la igualdad de género en las actividades de cooperación técnica en todos los programas y políticas de salud. Sin embargo, las limitaciones en cuanto a la participación de las organizaciones de la sociedad civil y al fomento de alianzas a largo plazo con otras organizaciones han debilitado su capacidad para sostener la integración de la igualdad de género a largo plazo.

Conclusiones

Nivel estratégico

1. Concepto y enfoque de género. La OPS ha cambiado su enfoque para reconocer la importancia estratégica de la igualdad de género en sus actividades de cooperación técnica en materia de salud. La OPS ahora reconoce que, además de las mujeres, la gama de grupos sociales que se ven afectados por los constructos de género es más amplia.

2. Posicionamiento y liderazgo de las mujeres en cuanto al género y la salud. La OPS ha logrado convertirse en una organización con liderazgo técnico en cuanto a la igualdad de género en la salud y ha promovido la inclusión de las mujeres en la toma de decisiones en los foros regionales en los que se aborda la salud pública y la salud global. Sin embargo, su posicionamiento y su capacidad para abogar por la igualdad de género en la salud han disminuido gradualmente en los últimos años debido a factores internos y externos, en un ámbito en el que hay una gran diversidad de actores regionales y en el que varios organismos y organizaciones de las Naciones Unidas han intensificado su trabajo y su visibilidad.

3. Alianzas y colaboraciones. Las alianzas establecidas con otros organismos y con organizaciones regionales han sido fundamentales para lograr algunos hitos clave relacionados con el género y la salud en la Región. Estas alianzas también han sido importantes al destacar las desigualdades de género en el sector de la salud e integrarlas en la agenda de la OPS. Sin embargo, las fluctuaciones que se han registrado en algunas alianzas han afectado la capacidad de la OPS de ampliar su cooperación técnica, mantener la rendición de cuentas interna y aprovechar plenamente las capacidades regionales existentes, como redes, universidades y centros colaboradores.

4. Planificación estratégica de la OPS. Desde el 2014, el género se ha considerado un tema transversal en la planificación estratégica de la OPS. Sin embargo, debido a las diferencias en la formulación de indicadores en los tres planes estratégicos más recientes y en los indicadores del marco de seguimiento del plan estratégico ha sido difícil determinar la contribución de cada resultado intermedio a la reducción de las desigualdades de género, el análisis de los resultados y las tendencias a lo largo del tiempo y la obtención de una visión general de los cambios en la desigualdad de género en materia de salud.

Nivel operativo

5. Equilibrio entre los enfoques centrados en el género y los enfoques más amplios. La integración del enfoque de género en las actividades de cooperación técnica de la OPS ha oscilado entre comprenderlo como algo específico centrado en el género y comprenderlo como algo que se integra en marcos más amplios, como los determinantes sociales de la salud, la equidad y los derechos humanos. Con el tiempo, esto ha generado “tensiones” conceptuales y programáticas por las cuales ha sido difícil encontrar un equilibrio adecuado entre seguir prestando cooperación técnica en apoyo del enfoque de los determinantes sociales de la salud y, al mismo tiempo, promover intervenciones centradas y transformadoras con potencial para reducir las desigualdades de género en materia de salud.

6. Capacidad de adaptación. La OPS ha seguido integrando la igualdad de género en la salud en sus actividades de cooperación técnica a pesar de los cambios en el contexto político, social y económico, así como en el contexto sociocultural de los países. A nivel de país, la OPS ha proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros comprometidos con la igualdad de género y a otros que ya no dan prioridad a la agenda de género y en los que abordar derechos y algunas cuestiones críticas sobre el género que repercuten en la salud pública ha sufrido retrocesos.

7. Contribución de la OPS a la igualdad de género en los resultados en el ámbito de la salud. La OPS ha realizado importantes contribuciones programáticas a fin de impulsar el avance en torno a varios temas clave (la VBG, la salud sexual y reproductiva, y el acceso a la atención de salud para los grupos en situación de vulnerabilidad). Se ha reconocido que la generación y el análisis de datos por parte de la OPS son parte del valor agregado que aporta; de hecho, han sido fundamentales para apoyar el análisis de las desigualdades de género en la salud que realizan los Estados Miembros. Sin embargo, a nivel de país persisten retos relacionados con la fragmentación de la información sobre el género y la interseccionalidad, y la necesidad de que haya un mayor desglose de los datos, de optimizar los sistemas disponibles de información de salud y del registro civil, y de usar los datos para la toma de decisiones fundamentadas en materia de salud.

8. Política de la OPS en materia de igualdad de género y plan de acción conexo. Pese a su escasa difusión, la aplicación de la Política de la OPS en igualdad de género y su plan de acción conexo fomentaron la integración de consideraciones de género en los sistemas de salud y las políticas nacionales. Esto ha contribuido al progreso en las cuatro áreas estratégicas de la OPS (evidencia, creación de capacidad, participación de la sociedad civil, e institucionalización y seguimiento) en los Estados Miembros. Sin embargo, la aplicación de esta política y el plan de acción ha sido desigual y fragmentada.

Nivel institucional

9. Organigrama. Desde el 2023, la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural (EG) del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) de la OPS ha fortalecido su papel en la prestación de apoyo técnico transversal a las entidades de la Organización. La nueva configuración de la unidad y del departamento fortalece la operacionalización de los enfoques intersectoriales. Sin embargo, el trabajo en silos y las limitaciones en los recursos pueden restringir la capacidad de esta unidad para promover la igualdad de género en la salud dentro de la Organización, y para fortalecer el posicionamiento de la OPS y sus esfuerzos de promoción de estos temas.

10. Recursos humanos especializados. La OPS cuenta con recursos humanos especializados en materia de género e igualdad a nivel nacional y regional. El personal ha contribuido a que se reconozca la calidad técnica de las actividades de cooperación técnica de la OPS, pero se ha visto desbordado por la amplitud e intensidad de las múltiples solicitudes o condicionado por la incertidumbre en cuanto al financiamiento a corto plazo.

11. Asignación de recursos. Los recursos asignados para la aplicación de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción y otras intervenciones (en el marco de los planes estratégicos o de proyectos específicos) han sido modestos. Además, la dependencia de la OPS de unos pocos donantes en ocasiones ha determinado la prioridad que se da a la igualdad de género en la agenda de salud en las actividades de cooperación técnica de la Organización y a la promoción de temas específicos relativos al género y la salud.

Recomendaciones

Nivel estratégico

R1. Integrar la igualdad de género en los enfoques transversales, los resultados intermedios y los resultados inmediatos del Plan Estratégico de la OPS 2026-2031 (en consonancia con el 14.º Programa General de Trabajo de la OMS) y promover una mayor incorporación de la igualdad de género en las políticas y estrategias nacionales de salud de los Estados Miembros, a fin de fortalecer la visibilidad y el seguimiento de la cooperación técnica de la OPS en materia de igualdad de género y los cambios en la desigualdad de género en la salud a nivel de país:

R1.1. Adoptar un enfoque de “doble vía” (combinando acciones integradas y específicas) para incorporar la igualdad de género en el Plan Estratégico de la OPS 2026-2031 (resultados intermedios y resultados inmediatos) y en todas las entidades de la OPS.

R1.2. Fortalecer las sinergias institucionales y asignar recursos proporcionales al Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) para asegurar que cumpla su función de brindar apoyo técnico a todas las entidades y programas de la OPS.³

R1.3. Promover que los Estados Miembros adopten un enfoque que tenga en cuenta el género como vía para alcanzar la cobertura universal de salud.

³ Si bien se destinan recursos flexibles al Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) para los temas transversales, los recursos no están centralizados.

R2. Elaborar nuevas pautas sobre la igualdad de género en la salud que reflejen la evolución de las cuestiones de género y salud en la Región, las necesidades de los Estados Miembros y las comunidades, y las pautas mundiales de la OMS:

R2.1. Diseñar y poner en marcha un proceso participativo con las principales partes interesadas nacionales y regionales (teniendo en cuenta la diversidad de puntos de vista institucionales, políticos y socioculturales sobre el género en la Región) para facilitar la elaboración de nuevas pautas sobre la igualdad de género en la salud y la actualización del plan de acción.

Nivel operativo

R3. Abogar por que los Estados Miembros den prioridad a las actividades relativas a los determinantes de la salud y mejorar la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones nacionales y regionales, las administraciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil para fomentar la colaboración intersectorial:

R3.1. Optimizar la experiencia, los recursos y las complementariedades entre los asociados clave para fortalecer la atención prestada a los determinantes de la salud, ampliar el alcance programático y la promoción conjunta con los Estados Miembros, e incrementar la eficiencia institucional.

R4. Ampliar la cooperación técnica de la OPS en materia de igualdad de género para llegar a las áreas subnacionales priorizadas a fin de contribuir a generar cambios medibles en cuanto a las desigualdades en la salud y de fortalecer las actividades de promoción a nivel central:

R4.1. Seleccionar áreas y lugares con indicadores críticos en materia de desigualdad en la salud y determinar puntos de entrada locales a fin de diseñar y aplicar intervenciones interseccionales (“proyectos emblemáticos”) centradas en la reducción de las desigualdades y el seguimiento de los cambios en las disparidades de género a lo largo del tiempo.

Nivel institucional

R5. Fortalecer las capacidades y competencias técnicas y operativas del personal de la OPS en todos los niveles (nacional, subregional y regional) para integrar mejor la igualdad de género en las actividades de cooperación técnica de la OPS:

R5.1. Desarrollar las capacidades institucionales para diseñar y aplicar estrategias de cooperación con los países (ECP) en las que se pueda integrar la igualdad de género, asignarle recursos, darle seguimiento y evaluarla.

R5.2. Proporcionar a la Organización conocimientos actualizados y las herramientas necesarias para desarrollar las competencias del personal en materia de igualdad de género e interseccionalidad.

Organización
Panamericana
de la Salud
www.paho.org



1. Antecedentes

1.1 Contexto¹

La Región de las Américas se caracteriza por su diversidad cultural y étnica, y por presentar economías emergentes que enfrentan niveles altos de violencia y agitación política, así como una pronunciada desigualdad. Los avances en el ámbito de la salud pública en esta Región han reducido la carga de muchas enfermedades infecciosas, lo que ha contribuido al control y la eliminación de algunas de ellas. Sin embargo, la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) ha aumentado al mismo tiempo, lo que requiere estrategias multisectoriales e integrales en materia de salud que aborden los determinantes de la salud. Además, la Región presenta uno de los procesos de envejecimiento más rápidos a escala mundial, y las proyecciones indican que para el 2047 la proporción de personas mayores dependientes superará a la población infantil (1).

Los sistemas de salud de la Región están muy fragmentados y segmentados, lo que crea importantes obstáculos a la hora de prestar una atención eficiente y de calidad y de lograr resultados equitativos en materia de salud. Estos retos estructurales se ven agravados por factores históricos, políticos y económicos que limitan aún más el acceso a la atención de salud de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), las poblaciones indígenas, las minorías étnicas, las personas migrantes y las personas refugiadas.

Las desigualdades de género en el ámbito de la salud engloban tanto las afecciones específicas de cada sexo como las que afectan a los sexos de forma diferenciada. La salud de las mujeres en América Latina y el Caribe suele centrarse limitadamente en la salud sexual y reproductiva, por lo que se descuida el amplio espectro de disparidades de salud a las que se enfrentan las mujeres. Si bien en todo el mundo las mujeres tienden a vivir más que los hombres, estas pasan un 25% más de su vida con problemas de salud (2). Las mujeres de la Región presentan mayor incidencia de sobrepeso, enfermedad de Alzheimer, depresión, asma y dengue (3, 4). También se enfrentan a costos más elevados que los hombres en relación con la atención de la salud y asumen el papel de prestadoras de cuidados de sus familias y comunidades, algo que limita sus oportunidades laborales y perpetúa su vulnerabilidad (5). Las altas tasas de mortalidad materna, maternidad adolescente, violencia basada en género (VBG) y femicidio son problemas que persisten.

¹ En el apéndice 2 sobre el contexto [disponible solo en la versión en inglés] se presentan los antecedentes y el contexto de forma más detallada. Los apéndices figuran en el volumen II de esta publicación: Organización Panamericana de la Salud. Evaluation of the integration of gender equality in the Pan American Health Organization's technical cooperation in health in the Americas 2005–2023. Volume II. Annexes [disponible solo en inglés]. Washington, D.C.: OPS; 2025.

Las desigualdades de género también afectan a los hombres, pues registran tasas de mortalidad más elevadas por causas externas, como los traumatismos causados por el tránsito, y por las ENT como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los hombres también son más propensos a presentar una incidencia mayor de tuberculosis, infección por el VIH/sida y enfermedad de Chagas en comparación con las mujeres (6).

En todo el mundo, se han producido importantes hitos normativos e institucionales dirigidos a abordar la desigualdad de género. Entre ellas figuran la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (7) y la *Declaración de Beijing* (8), en las que se subraya el compromiso con la igualdad de género. La adopción de la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015, en la que se hace hincapié en la salud para todas las personas y la igualdad de género como parte de sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), refuerza este compromiso. En la Región de las Américas, la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, activa desde hace más de 45 años, demuestra los continuos esfuerzos por promover la igualdad de género, reforzados por las redes de organizaciones indígenas y afrodescendientes.

Aunque todos los Estados Miembros de la Región han ratificado la Convención, y la igualdad entre mujeres y hombres está refrendada en sus constituciones (9), la prevalencia de discursos conservadores es un reto para las políticas de género. Dichos discursos suelen interrumpir la continuidad de las políticas progresistas durante las transiciones gubernamentales y limitar el avance de las iniciativas de igualdad de género. A pesar del progreso en la mejora del seguimiento, el desglose de datos y la creación de capacidad para abordar las desigualdades de género en la salud (10), persiste una brecha importante en los datos en toda la cadena de valor, como la falta de armonización de las definiciones y de escalas de medición específicas de género y un desglose insuficiente de los datos (1). Alcanzar la igualdad de género en la salud sigue siendo un reto, especialmente durante las crisis y emergencias como la pandemia de COVID-19. Esta última exacerbó las disparidades relacionadas con la salud, lo que afectó de manera desproporcionada a las personas en condiciones de vulnerabilidad y provocó retrocesos en los avances logrados hasta el momento que pusieron en riesgo el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. La desigualdad en el acceso a la atención de salud fue un factor importante en las elevadas tasas de mortalidad y problemas mentales por COVID-19 en los grupos vulnerables de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos de las Naciones Unidas han avanzado en la integración de la igualdad de género en sus planes estratégicos y políticas (11). Desde el 2005, la OPS se ha comprometido a integrar las consideraciones de género en su labor, con el objetivo de lograr la igualdad de género en los resultados de salud y en el desarrollo (12).

1.2 Finalidad, objetivos, alcance y usuarios de la evaluación

El Equipo de Evaluación de la OPS contrató a un equipo de evaluación externo e independiente para evaluar la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud. La evaluación se realizó entre febrero y noviembre del 2024, y combinó las modalidades presencial y a distancia.

1.2.1 Finalidad

La evaluación es de carácter sumativo (rendición de cuentas) y formativo (orientada al aprendizaje institucional), y tiene por objeto proporcionar análisis y resultados para la elaboración del próximo plan estratégico de la OPS y para su labor sobre igualdad de género y salud.

1.2.2 Objetivo

El objetivo de la evaluación fue analizar la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en la salud. En la evaluación se estimó en qué medida la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en materia de salud ha contribuido a lograr cambios en la igualdad de género en la Región, en colaboración con los Estados Miembros y otros asociados. En la evaluación se documentaron logros, retos, brechas y buenas prácticas, y se detectaron oportunidades para mejorar el trabajo de la OPS en materia de igualdad de género y salud en los países y la Región. En el apéndice 1 se brinda un glosario completo de términos [disponible solo en la versión en inglés].

1.2.3 Alcance

Alcance geográfico: la evaluación abarcó la Región de las Américas. El equipo de evaluación realizó tres “inmersiones profundas” en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago, y otros análisis menos profundos en Brasil, Cuba, México y Uruguay. Para la evaluación también se consideraron los tres ámbitos institucionales de la cooperación técnica de la OPS en materia de salud: regional, subregional (Caribe, Centroamérica y América del Sur) y nacional. El alcance geográfico de la evaluación no incluyó Canadá ni Estados Unidos de América.

Alcance temporal: la evaluación abarca el período comprendido entre el 2005 y el 2023, con un enfoque más profundo en la cooperación técnica más reciente prestada por la OPS, debido a que los datos e informantes clave sobre los primeros años eran limitados. Estos primeros años se reconstruyeron mediante un examen documental y entrevistas con profesionales de la OPS activos durante el primer decenio del 2000 que aún estaban disponibles para participar en el proceso de evaluación.

Alcance temático: La evaluación se centró en estimar la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud en la Región de las Américas. En el análisis se dio prioridad a los resultados de los tres Planes Estratégicos de la OPS incluidos en el período de evaluación, y en la aplicación de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (2005) y su plan de acción conexo (2009-2014).

Aunque en la evaluación se ofrece un panorama general de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud, el análisis de los tres planes estratégicos se centró en los siguientes elementos:

- Plan Estratégico 2008-2012: objetivo estratégico 7 (determinantes sociales y económicos);
- Plan Estratégico 2014-2019: área programática 3.3 (género, equidad, derechos humanos y etnicidad) y área programática 3.4 (determinantes sociales de la salud);
- Plan Estratégico 2020-2025: resultado intermedio 18 (determinantes sociales y ambientales de la salud), resultado intermedio 19 (promoción de la salud y acción intersectorial) y resultado intermedio 26 (temas transversales: equidad, género, etnicidad y derechos humanos).

Fuera del ámbito de evaluación: los siguientes temas o áreas institucionales no formaron parte del ámbito de la evaluación: 1) políticas, planes o proyectos de los Estados Miembros, sistemas nacionales de salud y otros actores que abordan las desigualdades de género y los determinantes sociales de la salud; 2) la contribución de la OPS a la feminización del personal médico en los sistemas nacionales de salud; 3) el desempeño de departamentos, unidades o personal específicos de la OPS, y 4) las políticas o iniciativas de la OPS en materia de recursos humanos, en especial las relacionadas con la paridad de género, el equilibrio entre la vida laboral y familiar, o el desarrollo profesional.

1.2.4 Usuarios

Los principales usuarios de la evaluación son el Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud; la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural; la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud, y el Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación de la OPS. La Gerencia Ejecutiva de la OPS, los diferentes departamentos y unidades de la Organización y las representaciones de país son los usuarios secundarios. Se tuvo en cuenta el carácter transversal de las cuestiones de género como uno de los determinantes sociales de la salud y la igualdad de género como parte de la política, los enfoques de planificación y las disposiciones institucionales.

1.3 Metodología, limitaciones y consideraciones éticas

1.3.1 Enfoque de la evaluación

En la evaluación se adoptó un enfoque basado en la teoría mediante un análisis de las contribuciones para examinar la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud. A partir de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y el plan de acción conexo y de los planes estratégicos de la OPS, en la evaluación se reconstruyó una teoría del cambio (apéndice 6) sobre la base de distintos documentos de planificación de la Organización, que muestran la manera en que se movilizaron recursos (técnicos, humanos, financieros, logísticos) y se ejecutaron



actividades para brindar apoyo a los Estados Miembros mediante diversas modalidades de cooperación técnica.² Es importante señalar que el seguimiento de los resultados y los efectos es una responsabilidad compartida entre la OPS, los Estados Miembros y sus asociados. Este enfoque colaborativo se aplicó mediante el uso de una perspectiva de contribución, de manera de determinar en qué medida la cooperación técnica de la OPS ha producido cambios positivos en los sistemas, las políticas, las estrategias, los programas o los servicios nacionales de salud. Se adoptó un modelo de atribución para la examinar los resultados.

En la evaluación se reconoce que el género es un concepto dinámico y en evolución, que se interpreta de forma diferente según los distintos contextos sociales, culturales y políticos de la Región. La perspectiva interseccional fue esencial en el proceso de evaluación, ya que ofrece un marco integral para examinar la dinámica de poder dentro de las estructuras sociales —como el racismo, el clasismo y el sexismo— y para evaluar de qué manera estos sistemas se entrecruzan para influir en los resultados de salud en función de las posiciones e identidades sociales de las personas. Al adoptar un enfoque intercultural, el equipo de evaluación reconoció la diversidad cultural de las sociedades y comunidades de la Región.

En la evaluación se aplicó un enfoque de indagación apreciativa y de huella ligera, por lo que se maximizó el uso de los datos secundarios disponibles y se minimizó la carga de generar nueva información primaria. Además, en la evaluación se fomentó un proceso participativo y de colaboración, en el que intervinieron las principales partes interesadas y se ofrecieron oportunidades para recabar opiniones. Este enfoque mejoró la comprensión del proceso por las partes interesadas y aumentó su apropiación de los resultados y las recomendaciones.

² El equipo de evaluación externa definió las modalidades de cooperación técnica de la OPS como los enfoques y mecanismos específicos a través de los cuales la Organización presta asistencia técnica a sus Estados Miembros en la Región de las Américas. Estas modalidades están diseñadas para fortalecer los sistemas de salud, mejorar los resultados en materia de salud pública y abordar los retos de salud en consonancia con los objetivos regionales y mundiales en el ámbito de la salud. Incluye servicios de asesoramiento, creación de capacidad, fortalecimiento institucional, transferencia de conocimientos, becas e intercambios, y apoyo a la ejecución de proyectos.

1.3.2 Criterios y preguntas de la evaluación

Las preguntas de la evaluación se organizaron según los criterios de pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad, en consonancia con las pautas del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG, por su sigla en inglés). Este marco, que comprende el diseño y las preguntas de la evaluación, sirvió de base para recopilar y analizar los datos. Las subpreguntas iniciales de la evaluación se perfeccionaron para abordar los problemas detectados durante la fase inicial y para especificar su alcance. Las principales preguntas de la evaluación fueron las siguientes:³

- ¿En qué medida se ha integrado la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud? (Pertinencia y coherencia)
- ¿En qué medida la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha contribuido a producir cambios en la igualdad de género en la Región? (Eficacia)
- ¿En qué medida la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha integrado de forma eficiente la igualdad de género? (Eficiencia)
- ¿Qué condiciones ha establecido la OPS para garantizar que las consideraciones relativas a la igualdad de género en la cooperación técnica en materia de salud que brinda se mantengan en el tiempo? (Sostenibilidad)

1.3.3 Diseño metodológico

La evaluación se estructuró en torno a una serie de preguntas y subpreguntas de evaluación (véase la matriz de la evaluación en el apéndice 5 [en inglés]). La integración de la igualdad de género se analizó en tres dimensiones: estratégica, operativa e institucional. En la dimensión estratégica se determinaron las contribuciones y los logros a nivel macro, como el posicionamiento institucional de la OPS, los cambios en los sistemas o las políticas, y las asociaciones. La dimensión operativa reflejó el desempeño de la OPS y para ello se centró en la eficacia de las diversas modalidades o proyectos de cooperación técnica sobre la igualdad de género y la salud. Por último, en la dimensión institucional se evaluaron la organización y los recursos internos de la OPS para abordar las desigualdades de género e institucionalizar políticas sensibles al género, para lo que se utilizaron datos sobre presupuestos, personal o financiamiento.

En la evaluación se utilizó un enfoque de métodos mixtos para la recopilación de datos, por lo que se recurrió a fuentes primarias y secundarias en un formato híbrido (presencial y a distancia).

1.3.4 Herramientas de recopilación de datos

Examen documental

Con el apoyo del Equipo de Evaluación de la OPS, el equipo de evaluación externa recopiló un conjunto de documentos internos de la Organización a nivel regional,

³ Véase la matriz de la evaluación en el apéndice 5 [en inglés].

subregional y de país (como estrategias, políticas, planificación, informes y documentos técnicos; datos presupuestarios de los tres planes estratégicos, y datos de proyectos de la OPS), así como publicaciones e informes externos (por ejemplo, de los ministerios de salud, de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, y de asociados, donantes, universidades y organizaciones de la sociedad civil). Se examinaron más de 300 documentos (65% de la OPS y 35% externos).

Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

Los informantes clave se seleccionaron mediante un muestreo intencionado entre los distintos tipos de organizaciones identificadas. Las entrevistas al personal de la OPS y a diversas organizaciones incluyeron organismos de las Naciones Unidas, instituciones nacionales, la sociedad civil, donantes, universidades, centros colaboradores y especialistas. La recopilación de datos consistió en entrevistas individuales, en pares o en pequeños grupos, lo que arrojó un total de 165 entrevistas a informantes clave (129 mujeres, 36 hombres), como se muestra en el cuadro 1. Durante la fase de recopilación de datos, se utilizó una técnica de bola de nieve para identificar a más informantes clave. Este método proporcionó información sobre la labor de la OPS en relación con la igualdad de género en la cooperación técnica que brinda en materia de salud durante los primeros años del período evaluado.

Cuadro 1. Entrevistas con informantes clave

| Tipo de parte interesada | Mujeres | Hombres | Total |
|--|------------|-----------|------------|
| Sociedad civil | 16 | 1 | 17 |
| Donante | 5 | 0 | 5 |
| Experto, universidad y centro de investigación | 14 | 2 | 16 |
| Contraparte nacional | 37 | 10 | 47 |
| Personal de la OPS | 38 | 22 | 60 |
| Naciones Unidas y organizaciones internacionales | 19 | 1 | 20 |
| Total | 129 | 36 | 165 |

Fuente: Equipo de evaluación.

Encuesta en línea al personal de la OPS

Se realizó una encuesta a la gerencia y al personal de la Sede de la OPS y de sus representaciones de país para conocer sus opiniones y percepciones sobre la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS. La encuesta, realizada en agosto y septiembre del 2024, sirvió para triangular la información recopilada en las entrevistas, los grupos focales y el análisis documental. La encuesta se envió a 169 profesionales y se obtuvieron 46 respuestas (27%), desglosadas en 28 mujeres, 17 hombres y 1 participante que optó por no identificarse. La encuesta se estructuró en torno a las siguientes secciones: consonancia e interseccionalidad; la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (2005) y su plan de acción conexo (2009-2014); generación de datos; creación de capacidad y capacitación; asociaciones; mejores prácticas; movilización de recursos, y recomendaciones. El informe completo de la encuesta figura en el apéndice 7 [en inglés].

Debates en grupos de opinión

Se organizaron tres grupos de opinión con el Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE), con los puntos focales de género, equidad y etnicidad de las representaciones de país, y con los asesores técnicos. Participaron 22 profesionales, de los que el 73% (16) eran mujeres y el 27% (6) hombres, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Participantes en los debates en grupos de opinión

| Grupo focal | Mujeres | Hombres | Total |
|---|---------|---------|-------|
| Determinantes sociales de la salud | 4 | 0 | 4 |
| Puntos focales de género, equidad y etnicidad | 6 | 4 | 10 |
| Asesores técnicos | 6 | 2 | 8 |
| Número total de participantes | 16 | 6 | 22 |

Fuente: Equipo de evaluación.

Aplicación del escáner para medir la integración de la perspectiva de género (versión adaptada)

Se adaptó y aplicó el escáner de integración de la perspectiva de género⁴ para evaluar la integración de la igualdad de género en las iniciativas y proyectos de cooperación. Por lo tanto, fue necesario ajustar el diseño de la herramienta original para garantizar la pertinencia y la eficacia de su sistema de puntuación.⁵ Con este escáner adaptado, el equipo de evaluación analizó una muestra de las estrategias de cooperación con los países (ECP) de la OPS y de los proyectos financiados mediante contribuciones voluntarias. Para estos últimos, el equipo de evaluación recopiló información sobre 309 proyectos financiados con contribuciones voluntarias y examinó una muestra aleatoria de 60 proyectos. Sin embargo, la información que el equipo de evaluación recibió sobre cada proyecto se centraba principalmente en acuerdos entre las partes, adendas y muy pocos planes de trabajo detallados, lo que significó que los datos eran insuficientes para aplicar con eficacia el escáner como herramienta analítica en relación con los proyectos.

En cuanto a las ECP, el equipo de evaluación recopiló 83 estrategias, que representaban a casi todos los países y territorios de la Región (excepto Puerto Rico y Curazao), comprendían diferentes períodos desde el 2004 en adelante y abarcaban los tres últimos planes estratégicos. A partir de esta recopilación inicial, el equipo de evaluación seleccionó una muestra aleatoria de 42 estrategias.



⁴ El escáner de integración de la perspectiva de género es una herramienta voluntaria y de autoaplicación que se emplea para evaluar el nivel de integración de la perspectiva de género en programas y proyectos, desarrollada por la consultora Inclusión y Equidad.

⁵ Véase en el apéndice 8 la aplicación del escáner de género [en inglés].

Análisis en profundidad realizados en algunos países seleccionados

En coordinación con el Equipo de Evaluación y las representaciones de país de la OPS, el equipo de evaluación realizó tres estudios exhaustivos⁶ sobre la labor de la OPS en materia de igualdad de género y salud en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago. La decisión de realizar tres estudios exhaustivos en estos tres países se basó en su representatividad de las distintas subregiones (América del Sur, Centroamérica y Caribe de habla inglesa), las características sociodemográficas y de los sistemas de salud, y el interés y la disponibilidad de las representaciones de país y de los asociados nacionales para participar en el proceso de evaluación. También se consideraron Argentina, Brasil y México, pero resultaron inviables debido a factores contextuales e institucionales como elecciones nacionales, compromisos previos de las representaciones de país de la OPS u otras limitaciones. Los análisis detallados incluyeron visitas a los tres países en junio del 2024, durante las cuales el equipo de evaluación entrevistó a responsables de la toma de decisiones, expertos técnicos y funcionarios de la OPS, los ministerios de salud y otros sectores gubernamentales. También colaboraron redes y organizaciones de la sociedad civil (OSC), donantes y equipos de las Naciones Unidas en los países para ampliar la documentación, recopilar datos nacionales y subnacionales, y conocer mejor la participación de los asociados subnacionales y de las organizaciones de base sobre el terreno. En los casos de Brasil y México, se realizó un número limitado de entrevistas con las partes interesadas nacionales por medio de la red de contactos profesionales del equipo de evaluación externa.

1.3.5 Análisis y validación de los datos

El equipo de evaluación basó su análisis en los datos del análisis documental, las entrevistas, los debates en grupos de opinión, las encuestas, las observaciones sobre el terreno y el escáner de integración de la perspectiva de género. En los casos en que había datos desglosados, se tuvieron en cuenta criterios como la edad y el género, conforme a las pautas establecidas por el UNEG, la OPS y el *Plan de acción para todo el sistema de las Naciones Unidas sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres*.

La triangulación de la información sirvió como ejercicio central de validación, con resultados y conclusiones organizados según la pregunta de la evaluación y triangulados por tipo de datos (primarios y secundarios), método de recopilación, fuente de la información, o tipo de informante, y evaluador. La colaboración de un equipo multidisciplinario reforzó la triangulación al igual que la interpretación y el análisis equilibrados.

El análisis temático de los datos cualitativos se llevó a cabo mediante el uso de una estructura de codificación en ATLAS.ti para organizar y validar los datos de cada una de las preguntas principales de la evaluación. Los datos cuantitativos se analizaron con Excel y PowerBI para determinar los avances respecto de los resultados previstos. Todos los datos se analizaron para obtener evidencia que sirviera para sustentar las conclusiones y recomendaciones en las tres dimensiones: estratégica, operativa e institucional.

⁶ Los estudios exhaustivos en los países son análisis minuciosos que se centran en países concretos para explorar diversos aspectos de su contexto socioeconómico, político, cultural y de desarrollo. En esta evaluación, la atención se centró específicamente en la labor de la OPS sobre la igualdad de género en la cooperación técnica que presta en materia de salud.

Al término de las visitas a Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago, los miembros de mayor rango del equipo de evaluación externa se reunieron con los equipos de las representaciones de país de la OPS para analizar los temas emergentes y presentar brevemente los resultados y conclusiones preliminares. Un taller entre el personal de la OPS y el equipo de evaluación externa complementó el proceso de validación de las conclusiones y priorización de las recomendaciones.

1.3.6 Garantía de calidad y gestión de la evaluación

La garantía de calidad siguió la política y el manual de evaluación de la OPS, así como las normas del UNEG y las pautas de la comunidad de evaluación, en particular, de la red de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. El proceso lo realizó internamente el equipo de evaluación y de forma externa el Equipo de Evaluación de la OPS.

El equipo de externo de evaluación veló por la coherencia interna y la calidad de todos los resultados, de conformidad con las normas del Equipo de Evaluación de la OPS. Se celebraron reuniones periódicas para supervisar los avances y abordar con prontitud cualquier problema. Se comprobó la fiabilidad y adaptabilidad de las herramientas de recopilación de datos en distintos contextos. Los miembros de mayor rango del equipo examinaron de forma interna todos los resultados para garantizar su adecuación a los objetivos y las normas. A lo largo de la evaluación se mantuvo una comunicación fluida y transparente con el Equipo de Evaluación de la OPS. Esta unidad supervisó y orientó la evaluación colaborando con el equipo externo, gestionó aspectos administrativos, comunicó a las partes interesadas, aseguró que los encargados de la evaluación recibieran los datos necesarios, proporcionó orientación técnica y examinó y garantizó la calidad de los informes intermedios y finales.

Un grupo de referencia de evaluación conformado por especialistas de la OPS, personal directivo y representantes de los países proporcionó asesoramiento, orientación y garantía de calidad para el informe inicial y el informe final de la evaluación.

Las representaciones de país de la OPS desempeñaron un papel clave en los preparativos logísticos y administrativos para apoyar la buena ejecución de la evaluación. Aportaron documentación, datos e información, facilitaron la recopilación de datos nacionales mediante la organización de reuniones y entrevistas con informantes clave, y coordinaron los comentarios sobre los resultados de la evaluación en los países.

1.3.7 Pautas éticas

La evaluación se realizó de acuerdo con las *Directrices éticas para evaluaciones* definidas por el UNEG (2020) y se ajustó a los principios de la política de la OPS sobre evaluación, incluidos, entre otros, los de imparcialidad, independencia, utilidad, calidad, transparencia, credibilidad, ética y profesionalismo. Además, la evaluación estuvo en consonancia con las pautas sobre la integración de los principios de igualdad de género y derechos humanos establecidas en el *Manual del UNEG para las evaluaciones del trabajo normativo en el Sistema de las Naciones Unidas*.

El equipo de evaluación buscó sistemáticamente la participación voluntaria o el consentimiento informado de todas las personas entrevistadas. El Comité de Revisión Ética de la OPS aprobó las herramientas de recopilación de datos. Además, el equipo de evaluación externa adoptó los siguientes principios: 1) respeto a la dignidad y la diversidad, 2) anonimato y confidencialidad, 3) seguridad de los datos, 4) rendición de cuentas, y 5) integridad e independencia.

1.3.8 Retos y medidas de mitigación

En el proceso de evaluación surgieron varios retos que se abordaron con las estrategias de mitigación acordadas por el Equipo de Evaluación de la OPS y el equipo de evaluación externa. Estos retos incluyeron las interrupciones causadas por las elecciones gubernamentales en varios países durante el trabajo de campo y la escasa disponibilidad de informantes clave debido a compromisos previos de las representaciones de país de la OPS. Otros problemas fueron la fragmentación de las fuentes de información, un alcance temporal demasiado amplio y la dificultad de contactar al personal de la OPS de los primeros años del período de la evaluación. Para superar estos obstáculos, el Equipo de Evaluación de la OPS y el equipo de evaluación externa se coordinaron estrechamente para gestionar la programación de las misiones sobre el terreno y las entrevistas con informantes clave en los países seleccionados, y adaptaron su enfoque en respuesta a factores institucionales y externos.

Esta colaboración dio lugar a una propuesta revisada que incluyó dos países de importancia estratégica en la Región, México y Brasil, aunque con un análisis menos detallado que las inmersiones profundas. El equipo de evaluación externa utilizó un enfoque de “bola de nieve” para identificar a los informantes clave que habían desempeñado funciones importantes anteriormente pero que ya no estaban en el servicio activo, al tiempo que aprovechó sus redes profesionales para ampliar el grupo de personas entrevistadas en Brasil y México.

Para mejorar los índices de respuesta a la encuesta, el equipo supervisó y realizó un seguimiento de las personas encuestadas. El análisis de las desigualdades de género en el ámbito de la salud se apoyó en diversas fuentes de información, lo que ayudó a abordar el problema de fragmentación de los datos nacionales. El escáner de integración de la perspectiva de género se adaptó para analizar las ECP, aunque su aplicación a los proyectos de cooperación técnica se enfrentó a limitaciones derivadas de una documentación insuficiente. A sabiendas de la necesidad de triangular los datos cualitativos, el equipo de evaluación externa mitigó la dependencia de la información autodeclarada cotejando los datos de múltiples fuentes para garantizar la validez de los resultados.

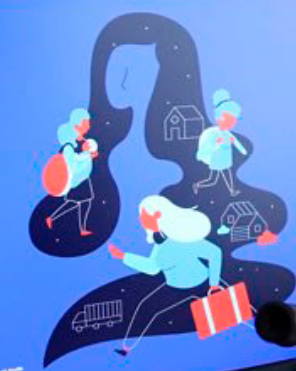
INTERNATIONAL WOMEN'S DAY

Access to health for migrant women

7 MARCH 2018
ROOM 8

WOMENSDAY

PAHO



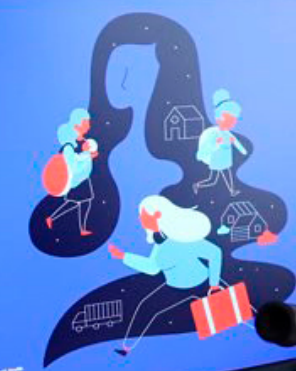
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



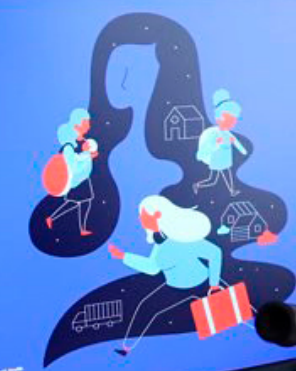
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



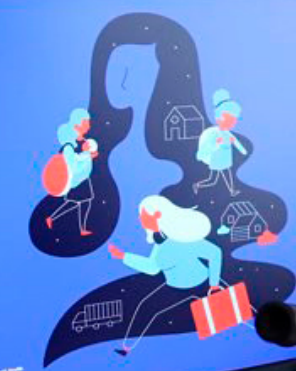
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



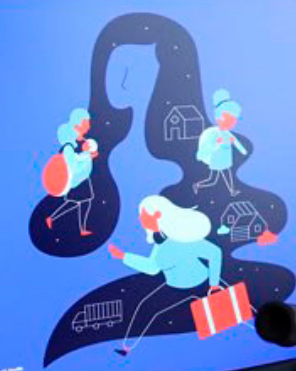
WOMENSDAY

PAHO



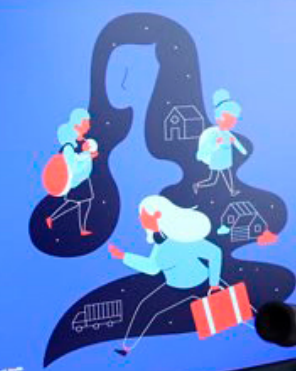
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



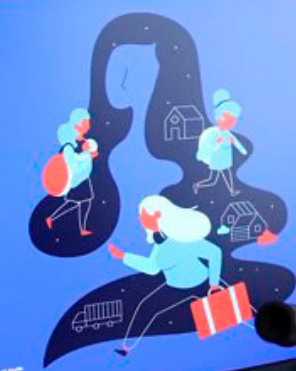
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



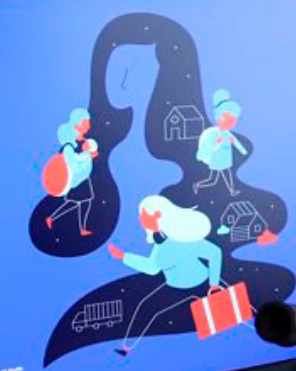
WOMENSDAY

PAHO



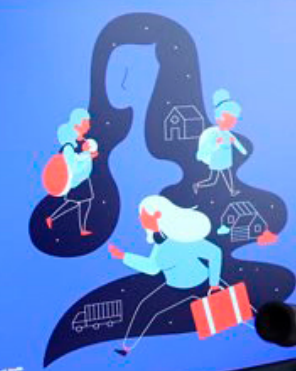
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



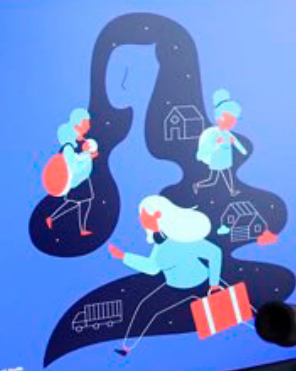
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



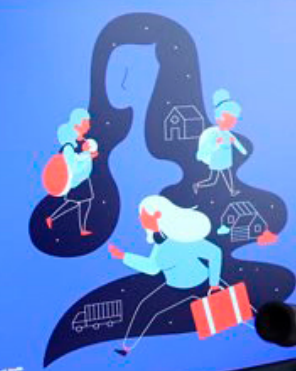
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



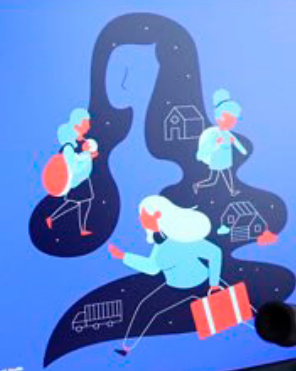
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



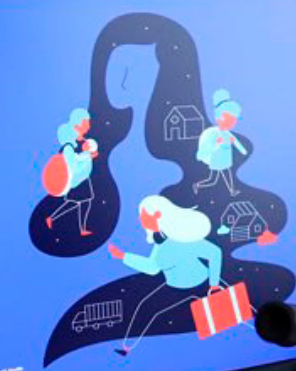
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



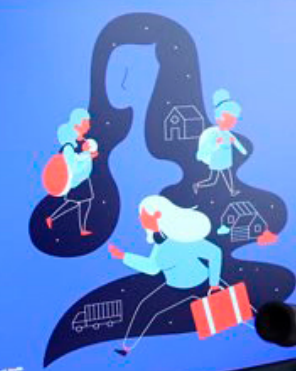
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



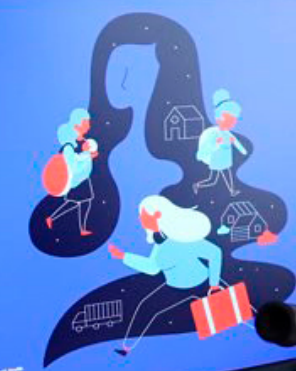
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



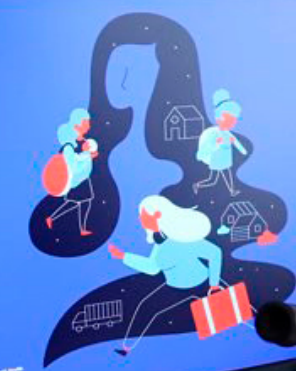
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



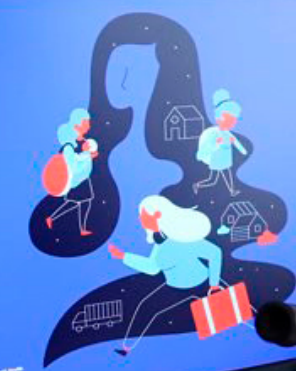
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



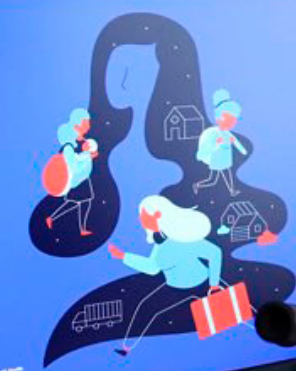
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



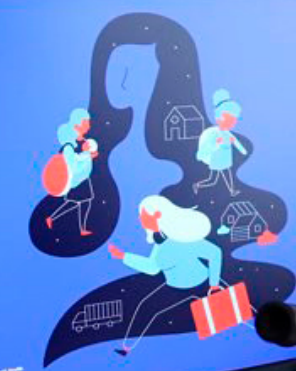
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



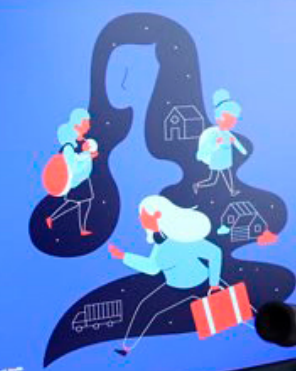
WOMENSDAY

PAHO



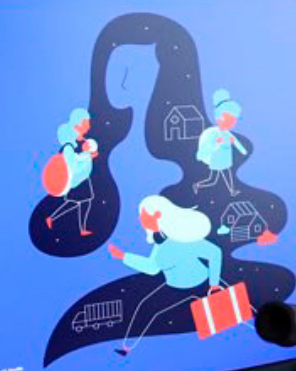
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



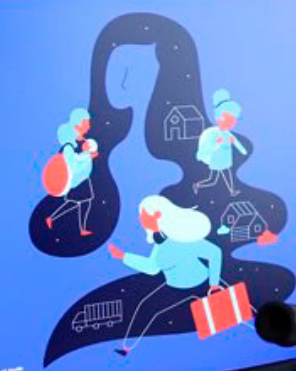
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



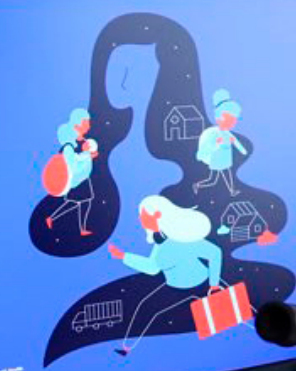
WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO



WOMENSDAY

PAHO

2. Resultados

2.1 ¿En qué medida se ha integrado la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud? (Pertinencia y coherencia)

2.1.1 ¿En qué medida ha evolucionado la definición de género utilizada por la OPS a lo largo del tiempo, en consonancia con el concepto de género a lo largo del tiempo en el sistema de las Naciones Unidas?

Resultado 1. La OPS ha elaborado una definición de género adaptable y evolutiva. Su definición inicial marcó la transición de un enfoque centrado en la salud de las mujeres —como el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo— a otro más inclusivo. Este cambio no solo refleja una transformación conceptual, sino que también allana el camino para una definición más amplia que englobe conceptos relacionados con la diversidad de género.

Desde sus orígenes, la definición de género utilizada por la OPS surgió de la necesidad de identificar, reconocer y dar visibilidad a las mujeres como un grupo objetivo específico de los programas de salud pública con los gobiernos asociados. Este objetivo se tornó más complejo a medida que evolucionaba el concepto de género. En el contexto de las estrategias de lucha contra la pobreza en toda la Región, las políticas dirigidas a las mujeres se centraron inicialmente en su papel de madres, y comenzaron a recibir prioridad como grupo en situación de vulnerabilidad. Este enfoque de las políticas y programas públicos se denominó “mujeres y desarrollo”.⁷ El enfoque favoreció la “teoría de los roles” frente a la “teoría de la división sexual del trabajo y las relaciones de poder” como marco explicativo de la desventaja de las mujeres y la discriminación contra ellas, y se creó un conjunto de herramientas dirigidas exclusivamente a las mujeres, especialmente a las de ingresos bajos. Dentro de las Naciones Unidas, se establecieron unidades específicas para tratar todo lo asociado a “las mujeres y el desarrollo” como parte de su arquitectura institucional, y la OPS formó parte de este proceso.⁸ La Organización se hizo eco de estos primeros debates y adaptó su diseño institucional para crear un área específica y pionera con dotación de personal y presupuesto, producir conocimiento por medio de publicaciones especializadas a cargo de especialistas de la Región, e incorporó estos enfoques a algunos de los proyectos de cooperación en curso para fortalecer capacidades y articular asociaciones.

⁷ El enfoque de las mujeres y el desarrollo se basaba en las estrategias tradicionales de bienestar social y dio lugar a una cooperación y una serie de políticas y programas en los que se consideraba a las mujeres según tres supuestos clave: 1) las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo; 2) la maternidad se considera la principal función de las mujeres, y 3) la crianza infantil y el cuidado de la familia se consideran las contribuciones más importantes de las mujeres al desarrollo.

⁸ Véase en el apéndice 3 la cronología, en la que se muestran algunos hitos normativos e institucionales importantes [en inglés].

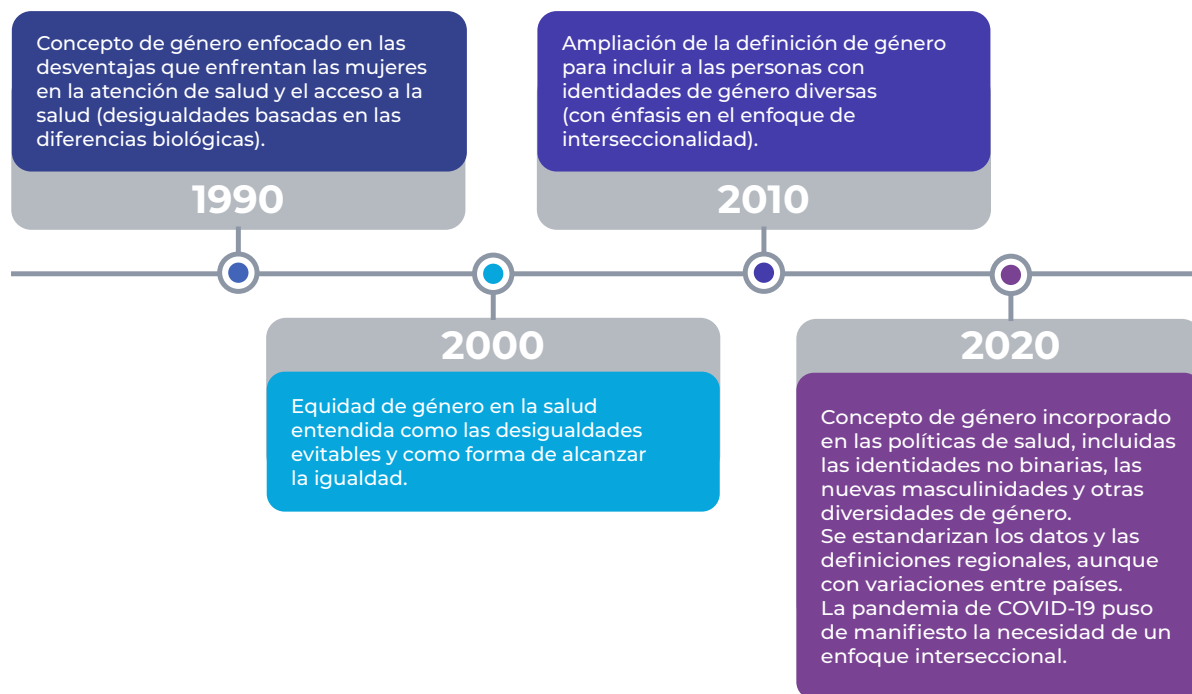
En los últimos años, la OPS ha incorporado enfoques más inclusivos y conceptos más precisos para ir más allá de la igualdad de género e incluir la diversidad de género en los diferentes países, como se desprende de los documentos examinados y de las respuestas de las personas entrevistadas. Sin embargo, en el sector de la salud no hay consenso sobre cómo hacer que estos enfoques sean más operativos y sobre el alcance de dichos conceptos. Esta cuestión va más allá de la visibilidad, el reconocimiento y la determinación de los retos específicos en los países. También se observa que estos cambios han dejado de lado los objetivos de transformación estructural inherentes al enfoque de género aplicado en las etapas iniciales.

En particular, la OPS establece y negocia las prioridades estratégicas en el marco de las ECP⁹ que se acuerdan con los ministerios de salud y con una amplia variedad de actores y asociados nacionales. En este sentido, las prioridades de las políticas públicas están bajo la influencia de las perspectivas de los actores clave en desarrollo en los países, el marco normativo y de políticas públicas sobre la salud y la igualdad de género, y las percepciones, actitudes y prácticas sociales sobre cómo se construyen social y culturalmente las categorías de género, las relaciones de poder entre los géneros y el espacio que la diversidad de género y el papel de los grupos LGBTI tienen en la agenda pública. En la siguiente cronología (figura 1) se presentan los cuatro períodos clave en la evolución de la definición de género aplicada por la OPS entre 1990 y el 2023.¹⁰

⁹ Las estrategias de cooperación con los países (ECP) proporcionan un marco para el entendimiento común y la priorización política de las estrategias en los países. Estas estrategias son definidas de manera conjunta por la OPS y los ministerios de salud como asociados estratégicos en los países con los que trabaja la Organización. Estos documentos se refieren principalmente a las políticas de salud pública, las políticas y estrategias para el desarrollo, y las políticas sociales más relevantes para esta importante hoja de ruta.

¹⁰ Véase también la cronología en el apéndice 3, en la que se muestran algunos hitos normativos e institucionales importantes [en inglés].

Figura 1. Cronología resumida de la evolución del enfoque de género de la OPS, 1990-2023



Fuente: Equipo de evaluación, sobre la base de documentos de la OPS.

Resultado 2. Algunos conceptos clave¹¹ como equidad de género, igualdad de género, determinantes sociales e interseccionalidad se entienden de forma generalizada en la OPS; sin embargo, esta comprensión ha sido poco sistemática y ha evolucionado con el tiempo en diversos contextos institucionales, de política y de planificación.

La **igualdad de género** garantiza a todas las personas el derecho a disfrutar de todos los derechos humanos sin discriminación por razones de género. No significa que hombres y mujeres sean iguales o que las mujeres deban llegar a ser como los hombres para tener los mismos derechos. Por el contrario, implica tratar a hombres y mujeres de forma idéntica o diferente para eliminar la discriminación por razones de género. La **equidad de género**, por su parte, se centra en un trato justo en función de las necesidades individuales, y para ello se utilizan enfoques diferenciales. La principal diferencia es que la igualdad de género es una obligación legal que requiere que los Estados adopten medidas específicas para eliminar la discriminación, mientras que la equidad de género aborda las necesidades prácticas.¹²

¹¹ Véase en el apéndice 1 el glosario de términos y definiciones [en inglés].

¹² Por ejemplo, en las medidas para abordar la responsabilidad exclusiva de las mujeres en el trabajo doméstico no remunerado asociado con los cuidados de salud se puede abogar por salarios para aquellas mujeres que son a la vez las principales prestadoras de cuidados y jefas de familia. Sin embargo, en estas medidas no se reconoce que la carga que supone cuidar a otras personas genera discriminación, no solo por la falta de remuneración, sino también porque da lugar a menos tiempo libre, refuerza las relaciones de subordinación con la pareja y excluye a quienes prestan cuidados de los beneficios asociados al trabajo remunerado, como la capacitación y los ascensos. Un enfoque de igualdad de género aboga por la redistribución de las responsabilidades domésticas y de cuidados para garantizar que ninguna persona tenga una carga desproporcionada y que tanto hombres como mujeres puedan equilibrar equitativamente su vida familiar y laboral.

Bajo estas premisas, la evolución de la definición y conceptualización del género en la OPS,¹³ como se refleja en diversos documentos de planificación y políticas, se ha armonizado progresivamente con los conceptos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los resultados y conclusiones de los informes de progreso relativos a la aplicación de la igualdad de género de carácter institucional en las políticas de salud de ambas organizaciones (OMS y OPS) revelan temas comunes. Las principales diferencias radican en dos ámbitos. En primer lugar, el enfoque general de los documentos: mientras que la OMS esboza áreas de acción para las regiones, la OPS define actividades más específicas adaptadas al contexto regional. En segundo término, los documentos más recientes de la OMS parecen adoptar una perspectiva más amplia de las desigualdades en la salud, incluidas las de género. Sin embargo, no todas las ECP en la Región de las Américas incorporan plenamente las pautas más recientes de la OMS —en particular, la actualización del 2023—, en las que se hace hincapié en consideraciones de género más exhaustivas, en la participación y en un enfoque basado en los derechos que va más allá del enfoque tradicional centrado en la salud materna. Esta diferencia se hace evidente en la escasa consideración de las observaciones y comentarios generales de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,¹⁴ y otros tratados conexos de derechos humanos en materia de estrategia, formulación de políticas y planificación.

El análisis de las ECP seleccionadas del 2004 al 2015 y del 2016 al 2024¹⁵ mediante el uso del escáner de integración de la perspectiva de género reveló que el género solo se integró durante el primer período analizado (figura 2). El escáner clasificó estas ECP como “indiferente a las cuestiones de género” (o “ciegas al género”), lo que indica una falta sistemática de reconocimiento del carácter multidimensional de las desigualdades, incluidos factores como la clase social, la etnicidad, la religión, la edad, la orientación sexual, la identidad de género y la discapacidad o diversidad funcional. Aunque los datos desglosados por sexo y otras variables ocupan un lugar más destacado en la mayoría de los países, aún falta un análisis sólido de los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de género.

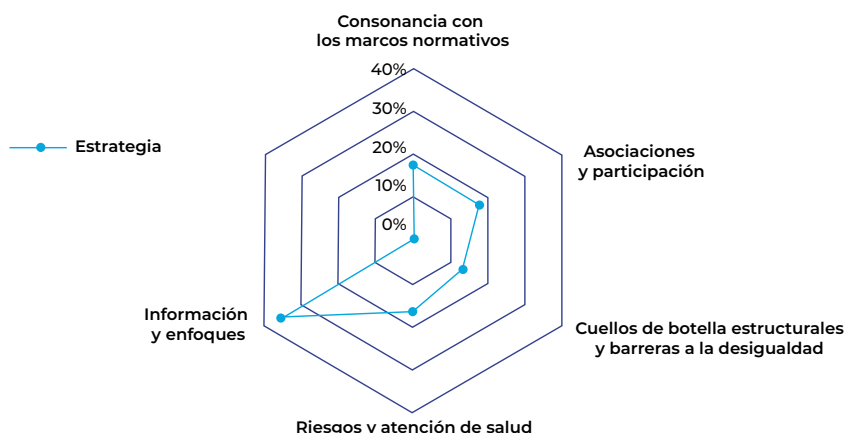
¹³ Véase en el apéndice 1 el glosario de términos y definiciones [en inglés].

¹⁴ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer es uno de los tratados internacionales de derechos humanos. Se centra específicamente en las mujeres para garantizar sus derechos y libertades fundamentales sobre la base del principio de igualdad entre hombres y mujeres en todas las esferas de la vida. Este instrumento se basa en dos principios fundamentales: el de igualdad y no discriminación, con el objetivo de lograr una igualdad sustantiva mediante la eliminación de la discriminación, la mejora de la condición jurídica y social de las mujeres y la transformación de las relaciones y los estereotipos de género. Exige a los Estados Partes que apliquen cambios normativos y reformas de las políticas públicas en todos los sectores, incluido el sanitario, y que informen periódicamente sobre su cumplimiento.

¹⁵ Los países seleccionados para el examen de las estrategias de cooperación con los países fueron: Argentina, Barbados y los países del Caribe oriental, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Chile, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela (República Bolivariana de).

Figura 2: Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de la OPS de cooperación con los países (información disponible a nivel regional sobre algunos países seleccionados para el análisis de las estrategias de cooperación con el país, primer período analizado 2004-2005)

La clasificación de la estrategia es **19,6%** indiferente a las cuestiones de género

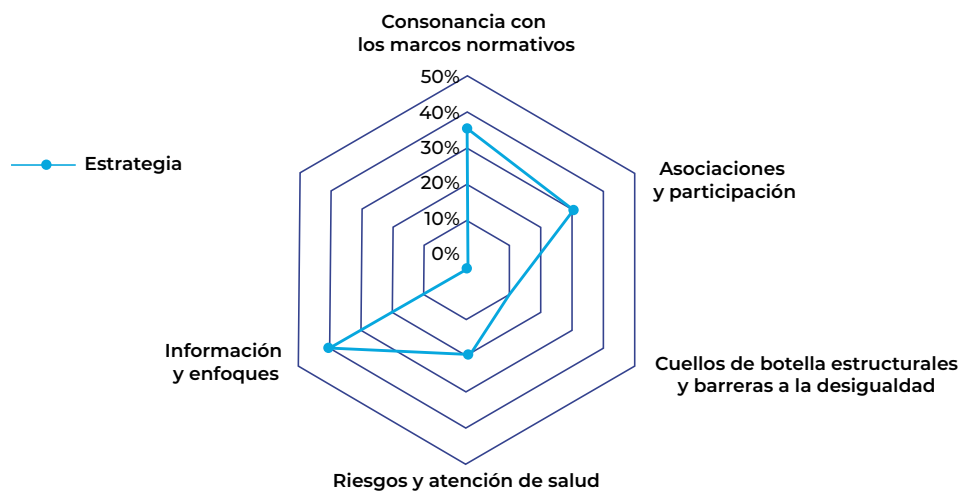


Fuente: Equipo de evaluación, con base la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las ECP en los dos últimos períodos.

En el siguiente período (a partir del 2017), la inclusión del enfoque de género en las ECP se observa cierto progreso, aunque algunos países aún presentan retrasos importantes. Los resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género indican un cambio desde las ECP “indiferentes a las cuestiones de género” a las que aún se encuentran “limitadas” en cuanto a la integración de la perspectiva de género (figura 3). Los avances y retrocesos son evidentes en este segundo período. Esto indica que las pautas institucionales más precisas mejoran la comprensión y la aplicación de los nuevos conceptos al contexto de cada país. Además, es necesario estandarizar algunos conceptos y enfoques para que los países puedan avanzar en función de sus capacidades y análisis y, a la vez, respetar las normas previstas.

Figura 3: Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de la OPS de cooperación con los países (información disponible a nivel regional sobre algunos países seleccionados para el análisis de las estrategias de cooperación con el país, segundo período analizado 2017-2024)

La clasificación de la estrategia es **27,3%** limitada en cuanto al género

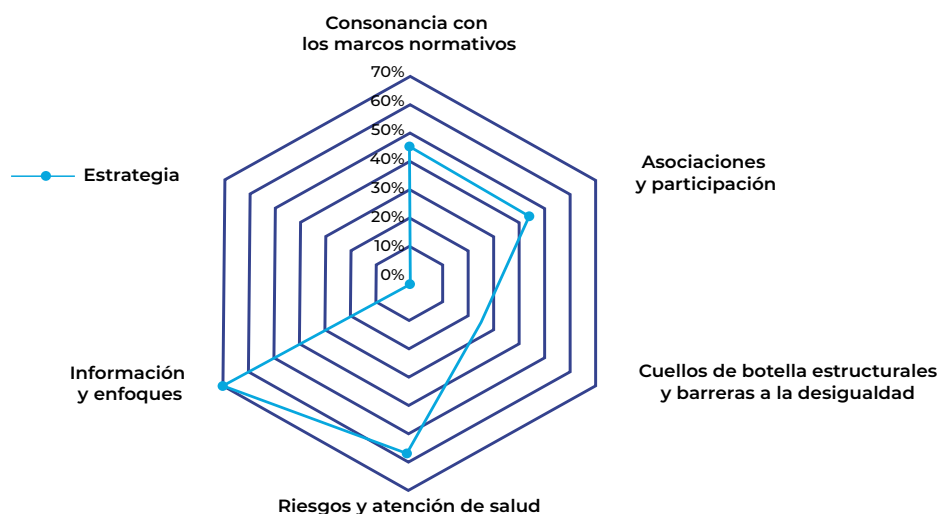


Fuente: Equipo de evaluación, con base en la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género en las ECP en los dos últimos períodos.

El examen de las ECP en los países del Caribe entre el 2016 y el 2023 arrojó un promedio de 51% en el escáner de integración de la perspectiva de género, definido como “sensible al género” (figura 4), ya que en ellas se consideran las desigualdades de género y se responde proactivamente para superar dichas desigualdades y lograr la igualdad de género, los derechos, la autonomía y el empoderamiento de las mujeres. Las dimensiones de “información y enfoques” y “consideración de los riesgos y acceso a la salud” fueron las que obtuvieron los mejores puntajes en la aplicación del escáner.

Figura 4: Resultados de la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género a las estrategias de la OPS de cooperación con los países del Caribe (algunos países seleccionados para el análisis de las estrategias de cooperación con el país, período 2016-2023)

La clasificación de la estrategia es **51,0%** sensible al género



Fuente: Equipo de evaluación, con base en la aplicación del escáner de integración de la perspectiva de género en las ECP en los dos últimos períodos.

2.1.2 ¿En qué medida la cooperación técnica de la OPS en materia de salud se ha vinculado a la agenda de equidad de la Organización y ha adoptado un enfoque interseccional?

Resultado 3. La OPS ha puesto en marcha iniciativas sobre políticas, planes y pautas institucionales para operacionalizar la interseccionalidad en la cooperación técnica en la salud a fin de movilizar recursos. Sin embargo, todavía persisten dificultades para lograr una operacionalización y aplicación claras, sistemáticas y estandarizadas en todas las representaciones de país.

La atención prestada recientemente a la interseccionalidad ha surgido de la evolución de los estudios feministas, en los que se examinan de forma crítica la categorización del género y las mujeres como grupo homogéneo, de manera de profundizar en el análisis de las desigualdades sistémicas y estructurales. En el marco del enfoque de los determinantes sociales de la salud, es posible determinar la compleja interacción de múltiples desigualdades y sus intersecciones. En este caso, el análisis de género sirve de eje para comprender cómo interactúan las diversas formas de desigualdad. Pero, aunque la OPS ha puesto en marcha iniciativas sobre políticas y pautas institucionales, la aplicación de la interseccionalidad no ha sido sistemática en todas las ECP. Esta limitación es evidente en las ECP más recientes, ajustadas a las pautas de la OMS.

La OPS ha adoptado el enfoque de los determinantes sociales de la salud y ha abogado por la aplicación de la interseccionalidad mediante la formulación de políticas institucionales específicas para las personas LGBTI y, en menor medida, para las personas afrodescendientes y los Pueblos Indígenas. En varios países, las ECP han abordado algunas dimensiones cruciales como la etnicidad, la edad, la discapacidad y la migración. Por ejemplo, el Estado Plurinacional de Bolivia se centra en las desigualdades derivadas de la etnicidad y el género, Trinidad y Tabago aborda cuestiones relacionadas con el género, la discapacidad y la preparación para situaciones de desastre, Panamá pone el énfasis en las preocupaciones que afectan a las comunidades afrodescendientes y las minorías étnicas, Brasil incorpora la etnicidad y el género a sus estrategias, y México hace hincapié en las necesidades de las personas en situación de desplazamiento y migración.

Además, la definición de igualdad de género articulada en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género y su plan de acción conexo* no se ha operacionalizado de manera sistemática y uniforme en todas las fases del ciclo de los proyectos ni en las diversas dimensiones institucionales. Como resultado, los documentos institucionales son razonablemente familiares para el personal de la OPS y, en menor medida, para sus asociados. Si bien la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* se ha traducido en herramientas prácticas para movilizar recursos y elaborar propuestas para los donantes —principalmente centradas en la VBG—, su aplicación en el seguimiento de la ejecución de los proyectos es todavía limitada.

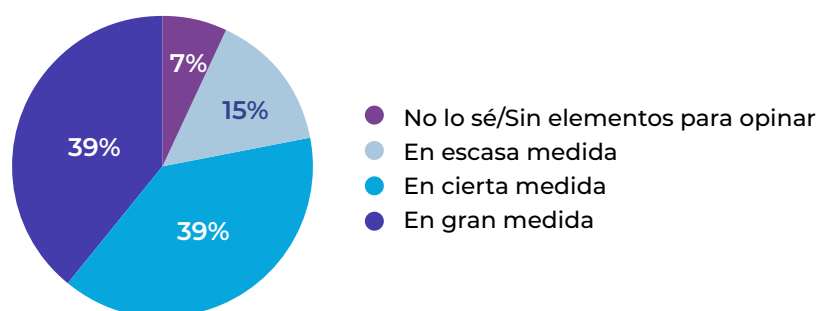
La Agenda Regional de Género se ha llevado adelante a lo largo de los últimos 47 años bajo los auspicios de las conferencias regionales sobre la mujer. Un momento crucial en esta evolución se produjo en el 2017 con la introducción de la Estrategia de Montevideo, surgida de diálogos políticos de alto nivel sobre cuestiones de género entre los países, la sociedad civil y las Naciones Unidas.¹⁶ Sin embargo, aún no está claro de qué manera estos procesos regionales han configurado el diseño de la agenda de la OPS sobre la equidad en la salud y su cooperación técnica. En muchos países, el enfoque de los determinantes sociales de la salud coexiste con un marco epidemiológico y, a menudo, no cuenta con las sinergias y el diálogo estratégico necesarios para comprometerse eficazmente con la Agenda Regional de Género.

¹⁶ En la Estrategia de Montevideo se estableció un diagnóstico compartido de cuatro nodos estructurales de desigualdad en las Américas y se definió un plan integral para abordar estas desigualdades en 11 áreas temáticas.

Aunque algunos países han logrado incorporar la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* como hoja de ruta para sus políticas de salud pública, principalmente en el marco del ODS 3,¹⁷ la adopción de marcos internacionales y regionales de derechos humanos, como los órganos creados en virtud de tratados como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, solo se ha producido en contadas ocasiones. Esto concuerda con la evaluación de la cooperación técnica de la OPS sobre las enfermedades no transmisibles, en la que se llegó a la conclusión de que se habían perdido oportunidades de utilizar los instrumentos de derechos humanos para avanzar en el cumplimiento de la agenda sobre las enfermedades no transmisibles y de una mayor colaboración entre la Sede de la OMS y la Oficina del Asesor Jurídico de la OPS.¹⁸

Figura 5: Consonancia de la cooperación técnica que presta la OPS en materia de salud a nivel de país con su agenda sobre equidad en la salud

¿En qué medida la cooperación técnica de la OPS en materia de salud a nivel de país está en consonancia con su agenda sobre equidad en la salud?



Nota: N = 46.

Fuente: encuesta al personal de la OPS.

En la figura 5 se ilustran las percepciones de las personas encuestadas con respecto a la consonancia de la cooperación técnica de la OPS en materia de salud a nivel de país con su agenda sobre equidad en la salud. Una mayoría considerable, el 78% (n = 36), indicó que la cooperación técnica se ajustaba a la agenda en gran medida o en cierta medida. Por el contrario, el 15% de quienes respondieron la encuesta (n = 7) percibían que la consonancia era escasa. No se observaron diferencias de género significativas en las respuestas.¹⁹

¹⁷ De las entrevistas realizadas con informantes clave se desprende que el trabajo en torno a la Agenda 2030 se ha centrado principalmente en el ODS 3 y no tanto en una perspectiva integral de todos los ODS con sus respectivas metas e indicadores.

¹⁸ La Oficina del Asesor Jurídico de la OPS cuenta con un Asesor sobre salud y derechos humanos.

¹⁹ Véase en el apéndice 7 la encuesta de percepción del personal de la OPS [en inglés].

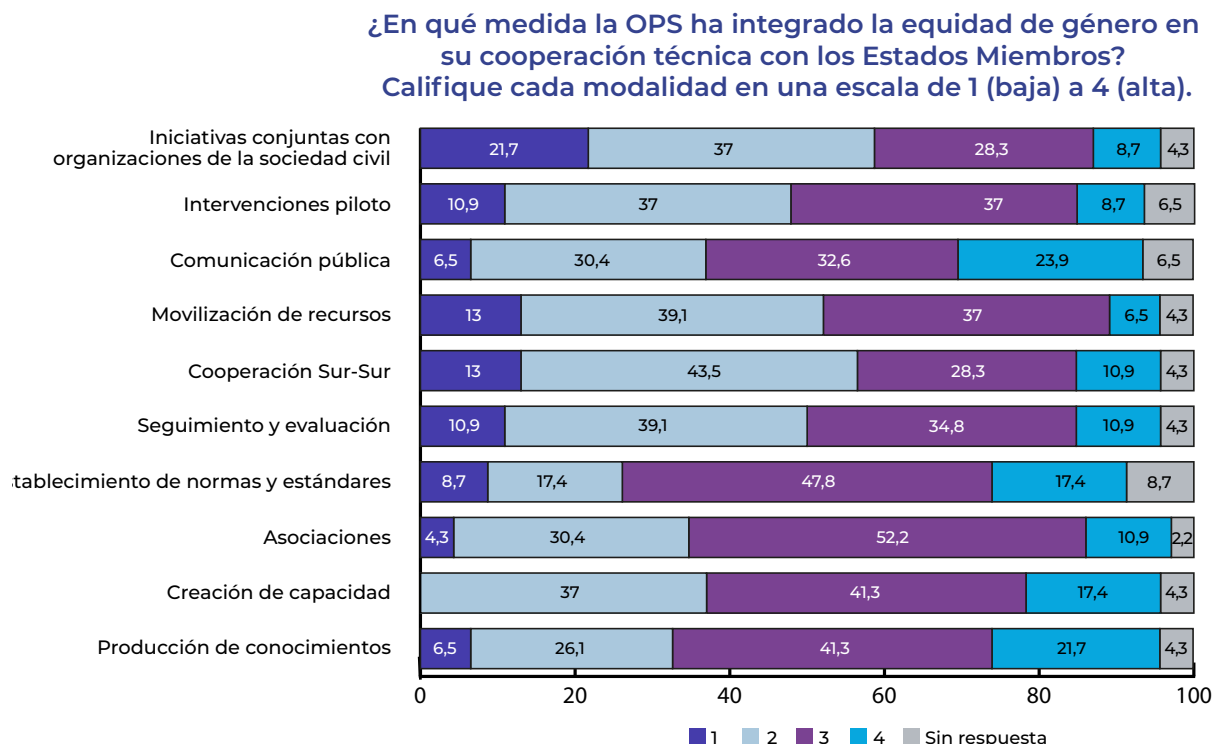
2.1.3 ¿En qué medida la estructura, las políticas y los productos de la Organización han integrado la igualdad de género en la cooperación técnica en salud de la OPS?

Resultado 4. La OPS ha sido pionera en la integración de la igualdad de género en su marco institucional, sus asignaciones presupuestarias y sus asociaciones. Ha avanzado notablemente en la integración de la igualdad de género mediante el establecimiento de normas y estándares, la producción de conocimiento y la comunicación pública como modalidades clave de la cooperación técnica. Sin embargo, pese a la aplicación de diversas políticas y planes institucionales, la integración no se ha reflejado sistemáticamente en los tres últimos planes estratégicos analizados. Además, la unidad de referencia de la Organización para la igualdad de género y la salud (ahora la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural [EG]) se ha trasladado del nivel de la gerencia superior al nuevo Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE), lo que ha afectado la función y visibilidad de EG dentro de la Organización.

Actualmente, el trabajo de la OPS sobre igualdad de género y salud se organiza con un área específica dentro de DHE y puntos focales en los países que abarcan las cuestiones de género, la equidad y la etnicidad. Es importante mencionar que no todas las representaciones de país cuentan con un punto focal designado para estos temas. Las cuestiones críticas relacionadas con la igualdad de género y la salud, como la VBG y el enfoque basado en los derechos humanos, se han fragmentado en otras áreas funcionales, lo que en ocasiones dificulta la coordinación de medidas integrales entre el personal de las distintas unidades, departamentos y representaciones de país.

La igualdad de género se ha integrado con más énfasis en algunos componentes específicos del proceso de planificación. Sin embargo, esto no se aplica de manera sistemática ni uniforme en todas las fases de la planificación y la ejecución, y hay importantes variaciones entre los países y los distintos períodos. Asimismo, la documentación de los datos correspondientes a los proyectos de la OPS en los distintos países es fragmentada, con diversos efectos adversos para el seguimiento de la ejecución. También se han detectado algunas limitaciones en la operacionalización de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y el plan de acción conexo, y en la generación de datos, especialmente a nivel subnacional. Además, las normas mínimas de las ECP se aplican de forma poco sistemática, sobre todo en los documentos normativos, manuales y guías más recientes. En la encuesta del personal de la OPS, quienes participaron han calificado **el establecimiento de normas y estándares, la producción de conocimientos y la comunicación pública como las modalidades de cooperación técnica en las que la OPS ha integrado más eficazmente la igualdad de género** (figura 6). Por el contrario, las iniciativas conjuntas con las OSC, la cooperación Sur-Sur y la movilización de recursos se señalaron como las áreas con los niveles más bajos de integración de la igualdad de género.

Figura 6: Integración de la igualdad de género de la OPS en su cooperación técnica, por modalidad de cooperación



Referencias: 1 En escasa medida; 2 En cierta medida, pero persisten algunas brechas; 3 En gran medida; 4 No lo sé/Sin elementos para opinar.

Fuente: encuesta al personal de la OPS.

2.1.4 ¿En qué medida los proyectos e iniciativas de cooperación técnica de la OPS están en consonancia con las necesidades y prioridades de los Estados Miembros en materia de igualdad de género?

Resultado 5. La cooperación técnica para la igualdad de género solo se ha ajustado de forma parcial a las necesidades definidas por los Estados Miembros. De modo similar, el análisis de la situación y la formulación de las ECP y los proyectos solo se han ajustado parcialmente a las prioridades de los Estados Miembros en materia de igualdad de género y a los estándares y las pautas regionales sobre integración de la perspectiva de género.

En las ECP examinadas, las referencias a las políticas de igualdad de género o a la Agenda 2030²⁰ no han sido sistemáticas. La amplitud y las características de las consultas nacionales también han variado, ya que el abanico de necesidades y prioridades definidas ha contado con distintos niveles de participación de la sociedad civil, el sector académico y el Estado.

²⁰ La *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030* (ASSA2030) es el plan que acordaron los Estados Miembros para implementar los ODS relativos a la salud en la Región.

En consecuencia, si bien en las ECP se ha integrado la igualdad de género de diversas formas y en distintos niveles, esta integración no es sistemática ni uniforme, ya que no hay normas mínimas establecidas para la consulta, la participación, las asociaciones y la elaboración de estrategias. Además, diferentes países expresaron su preocupación por el papel y el mandato de las oficinas de los coordinadores residentes para integrar las consideraciones de género de manera transversal en los marcos nacionales de cooperación. Dicha integración es un componente crítico y obligatorio de la formulación de las nuevas ECP, ya que facilita que la coordinación y colaboración interinstitucionales sean más claras y que haya oportunidades de creación de capacidad.

2.1.5 ¿En qué medida se ha armonizado la cooperación técnica de la OPS en materia de salud con el ODS 5 de la Agenda 2030, orientado a lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas?

Resultado 6. La cooperación técnica de la OPS se ha armonizado con la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, con especial énfasis en el ODS 3, orientado a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, a la vez que también se aborda en menor medida el ODS 5.

Según los datos recogidos en las entrevistas y la encuesta, **la consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se ha centrado principalmente en el ODS 3 y la aplicación de sus metas e indicadores**, que hacen hincapié en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades.²¹ En cierta medida, también hay un cierto grado de consonancia el ODS 5, cuyo propósito es lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Este enfoque ha implicado la aplicación de metas e indicadores centrados en eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas —como parte de la Iniciativa Spotlight— y garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva —en estrecha colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas como el UNFPA y ONUSIDA—, así como los derechos reproductivos.

Aunque más limitada, la consonancia con el ODS 5 se ha centrado principalmente en dos áreas clave: la VBG y los derechos sexuales y reproductivos. Además, la encuesta muestra que el 59% de quienes respondieron la encuesta indicaron que esta consonancia ha sido limitada, lo que pone de relieve ciertas brechas que aún deben abordarse. En las entrevistas se analizó en mayor detalle este punto y se hizo hincapié en la debilidad del enfoque a la hora de trabajar para avanzar en torno a la Agenda 2030, que requiere un panorama más completo de todos los ODS, sus metas e indicadores.

²¹ Con el ODS 3 se busca abordar un amplio abanico de temas de salud mundiales, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, el fin de las epidemias de enfermedades transmisibles como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y la lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. En el ODS 3 también se hace hincapié en la mejora de la salud mental, la reducción de los traumatismos causados por el tránsito, la lucha contra el abuso de sustancias psicoactivas, la reducción de las muertes y enfermedades causadas por la contaminación, y el fortalecimiento de la gestión mundial de los riesgos de salud.

2.2 ¿En qué medida la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha contribuido a lograr cambios en cuanto a la igualdad de género en la Región? (Eficacia)

2.2.1 ¿Ha sido eficaz la cooperación técnica de la OPS en materia de salud para abordar los determinantes sociales de la salud implicados en las desigualdades de género en la salud?

Resultado 7. El enfoque de los determinantes sociales de la salud, que incluye las cuestiones de género, ha formado parte de la planificación estratégica y la cooperación técnica de la OPS durante el período que se está evaluando y se ha materializado en importantes hitos que demuestran su relevancia para el trabajo de la Organización. Dentro de este enfoque, la cooperación técnica de la OPS ha promovido políticas y programas de salud pública para abordar los factores de riesgo y los determinantes proximales que afectan a la salud de las personas. Sin embargo, ha tenido limitaciones a la hora de promover las estrategias y los enfoques multisectoriales necesarios para abordar los determinantes distales de la salud, que van más allá de las competencias del sector de la salud y requieren la implicación sostenida de múltiples administraciones públicas.²²

El enfoque de los determinantes sociales de la salud se ha incorporado de forma sistemática en los planes estratégicos de la OPS y se lo ha vinculado a las desigualdades de género en diferentes períodos (2008-2013, 2014-2019, 2020-2025). Asimismo, en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014) de la OPS se promovió la aplicación del informe final de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud y la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, que son los instrumentos que rigen el marco conceptual y los indicadores para el seguimiento de la igualdad de género y salud en la Región de las Américas.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud cobró impulso mundial con la creación de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. En el plano regional, en la publicación de la OPS *Transversalización de género en la salud: avances y desafíos en la Región de las Américas* se reconoció la centralidad cada vez mayor de los determinantes de la salud en la agenda mundial. En el caso de la OPS, el trabajo asociado a estos determinantes se ha visto reforzado con la adopción del enfoque de “la salud en todas las políticas”²³ y, más recientemente, con la creación del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud.

²² Los factores que afectan a la salud suelen describirse como “proximales” (en sentido descendente o que afectan directamente a la salud) o “distales” (en sentido ascendente o que afectan indirectamente a la salud).

²³ HIAP es un abordaje a las políticas públicas transversal a todos los sectores que considera sistemáticamente las implicaciones en la salud de las decisiones, busca sinergias y evita impactos dañinos en la salud, para mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

En otros marcos internacionales, en particular en los ODS, también se ha subrayado la importancia del enfoque de los determinantes sociales de la salud y se ha reconocido que muchos de los factores que influyen en la salud no están directamente relacionados con el sector de la salud.²⁴

La integración de la labor en torno a la igualdad de género en la OPS ha estado estrechamente vinculada a los marcos de los determinantes sociales de la salud y la equidad en materia de salud, y se centra sobre todo en abordar los determinantes proximales de la salud. Se trata de factores que afectan directamente a la salud individual, como las condiciones materiales, los comportamientos y el acceso a la atención de salud. Si bien estos factores son fundamentales para avanzar en la igualdad de género y la salud, la cooperación técnica de la OPS proporcionada a los Estados Miembros ha tenido un impacto más limitado en las políticas o acciones públicas destinadas a mitigar o reducir los determinantes distales de la salud, como la pobreza, la educación y las estructuras sociales que alimentan las desigualdades de género en el plano social. Estos determinantes están fuera del ámbito del sector de la salud (y por lo tanto fuera del campo de acción de la OPS) y requieren la participación y la contribución de diversas instituciones gubernamentales responsables de otras políticas públicas (por ejemplo, desarrollo, economía, empleo, vivienda, protección social, educación). Según el modelo de los determinantes sociales de la salud, estos determinantes distales, a menudo denominados “las causas de las causas”, son esenciales para abordar las desigualdades sistémicas y lograr una equidad duradera en materia de salud. Sin embargo, las dificultades del sector de la salud para liderar o promover las medidas multisectoriales a mediano o largo plazo necesarias para abordar las causas fundamentales de las desigualdades se han descrito ampliamente, y se ha señalado que los ministerios de salud o los actores en este ámbito no suelen tener el mandato, la experiencia o los recursos adecuados.

Según las entrevistas y el análisis documental, el enfoque de la OPS de los determinantes sociales de la salud ha favorecido la detección de temas emergentes que se expresan en la desigualdad de género, como el trabajo no remunerado en relación con la salud y su cuantificación en las cuentas nacionales, así como la carga que recae en las mujeres como prestadoras de servicios de salud. **A pesar de los avances de la OPS en la vinculación de la igualdad de género con los determinantes sociales de la salud, aún persisten algunos retos a la hora de abordar estos factores estructurales más profundos, que requieren cambios sociales y políticos integrales más allá del sector de la salud.** El papel del trabajo intersectorial se calificó como vital en las entrevistas y el análisis documental, dado que muchas formas de abordar las desigualdades de salud están fuera del alcance del sector de la salud. Los datos recogidos de distintas fuentes destacaron los retos de la colaboración intersectorial en la elaboración de políticas, las respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas de las distintas instituciones y niveles de gobierno.

24 ODS 1 relativo a la pobreza, ODS 2 relativo al hambre y ODS 4 sobre educación de calidad.

Resultado 8. La integración de la igualdad de género en el marco de los determinantes sociales de la salud, tanto en la estructura institucional como en los programas y proyectos de la OPS, así como la escasa prioridad que los Estados Miembros dan a los estos determinantes en los planes estratégicos de la OPS, diluyen el potencial que ofrecen como herramienta para promover resultados más inclusivos y transformadores en materia de salud. La escasa prioridad concedida a los resultados en cuanto a los determinantes sociales de la salud y los recursos limitados obstaculizan gravemente la aplicación de las medidas intersectoriales y sostenidas necesarias para abordar las causas de fondo de las desigualdades.

La integración de la igualdad de género en la estructura institucional y los marcos estratégicos de la OPS, en particular a través de su posicionamiento en DHE, refleja el **reconocimiento de las desigualdades de género como un determinante social clave de la salud**. En cuanto a la planificación estratégica, el vínculo entre la igualdad de género y los determinantes sociales de la salud muestra fluctuaciones durante el período estudiado. En el *Plan Estratégico 2020-2025*, la igualdad de género es uno de los tres ejes del marco conceptual (teoría del cambio), incluido en el resultado intermedio 26 centrado en los temas transversales (equidad, género, etnicidad y derechos humanos). Asimismo, la OPS ha puesto en marcha programas y proyectos enmarcados en los determinantes sociales de la salud en sus diversas modalidades de cooperación técnica (evidencia, creación de capacidad, asociaciones, marcos, formulación de normas, seguimiento y ejecución de proyectos). En los dos planes estratégicos anteriores de la OPS, la igualdad de género se incluyó en el objetivo estratégico 7 (2008-2012) y en el área programática 3 (2014-2019) relacionados con los determinantes sociales. **Sin embargo, aunque los determinantes sociales de la salud están claramente integrados en la planificación estratégica de la OPS, reciben escasa prioridad en la definición de las prioridades regionales con los Estados Miembros (lo que a su vez implica una escasa asignación presupuestaria).** Este es uno de los factores que dificultan la consolidación de un enfoque integral, multisectorial y a largo plazo inherente al abordaje de los determinantes de la salud.

Desde una perspectiva programática, si bien el marco de los determinantes sociales de la salud ofrece una perspectiva amplia para abordar las inequidades en la salud, las cuestiones de género tienden a estar integradas en determinantes más amplios (por ejemplo, la educación, el empleo, la etnicidad, la vivienda), lo que limita su eficacia como enfoque independiente y específico. Además, la aplicación del enfoque de género dentro de la OPS se ha ceñido a menudo a los roles de género tradicionales, por lo que se ha centrado particularmente en las necesidades de salud de las mujeres que se ajustan a las expectativas sociales convencionales (por ejemplo, la maternidad). En cambio, otras cuestiones críticas de salud —como el aborto, la sexualidad de las mujeres (especialmente en el caso de las adolescentes), la menopausia, las masculinidades, la salud mental de los hombres y la atención de salud de las personas LGBTI— han sido poco abordadas en los programas y proyectos de la OPS. Por ejemplo, la evaluación de la cooperación técnica de la OPS en torno a las enfermedades no transmisibles indicó que la igualdad de género no estaba bien integrada en la cooperación técnica de la OPS sobre dichas enfermedades. Otro ejemplo, en este caso relacionado con las intervenciones de salud para las personas LGBTI, muestra que la cooperación técnica de la OPS ha estado principalmente vinculada a la respuesta a la epidemia de la infección por el VIH. Los consultorios respetuosos de

las personas LGBTI establecidos en varios países se han enfocado en la prevención de enfermedades como la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y han contribuido a reducir la discriminación en los servicios de salud, pero no han abordado de forma integral los derechos y las necesidades de salud de esta población. Varias personas entrevistadas señalaron que las nuevas masculinidades y las necesidades específicas de los hombres no se han integrado o abordado suficientemente en el enfoque de género de la OPS y en las políticas de igualdad de género de los Estados Miembros. A pesar de las iniciativas pioneras (por ejemplo, en Brasil), la falta de atención a las necesidades específicas de los hombres en materia de salud ha provocado, en algunos contextos, una “resistencia pasiva” a las políticas de igualdad de género en la salud.

2.2.2 ¿Cuáles fueron los principales logros, factores favorables, mejores prácticas y enseñanzas que influyeron en la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud?

Principales logros

Resultado 9. La OPS ha contribuido a la institucionalización de enfoques de igualdad de género en los sistemas de salud, las instituciones nacionales y las OSC, centrándose en cuestiones críticas de la salud pública (por ejemplo, salud sexual y reproductiva, VBG, prevención combinada de la infección por el VIH) y acceso a la salud para grupos de población expuestos a barreras de acceso y exclusión (por ejemplo, Pueblos Indígenas, personas afrodescendientes, personas migrantes y personas LGBTI).



La contribución de la OPS a los logros programáticos se destaca en cuestiones de género de larga data, como la salud sexual y reproductiva, la VBG, la infección por el VIH y el trabajo doméstico no remunerado. Estos esfuerzos ponen de relieve la importancia de la colaboración interinstitucional y de un enfoque territorial para lograr y documentar cambios en las desigualdades de género en comunidades desatendidas. **Se han encontrado avances programáticos en la prevención y respuesta a la VBG (con iniciativas recientes y bien documentadas en Colombia y Uruguay durante la evaluación), así como en la salud sexual y reproductiva, con especial atención a las mujeres indígenas y la promoción de la agenda de cuidados.**

En colaboración con otras organizaciones, entre ellas ONU Mujeres, la CEPAL, el UNFPA, redes de mujeres y organizaciones de profesionales de la salud, la OPS ha producido datos sobre el trabajo de cuidado no remunerado (2020) para promover la agenda de la economía del cuidado. También ha promovido la visión de una sociedad que presta cuidados con igualdad de género, vinculado a los sistemas nacionales de salud, lo que destaca la importancia de contabilizar la prestación de cuidados en las cuentas nacionales y se aborda la sobrecarga del papel de quienes prestan cuidados en una Región en la que el 73% de los profesionales de la salud son mujeres.

La colaboración interinstitucional y, en algunos países, un enfoque territorial (en lugares subnacionales prioritarios) que implica la participación de la comunidad por medio de las OSC, líderes y autoridades locales han sido motores del cambio para reducir las barreras de acceso y la exclusión por razones de género. En Panamá, por ejemplo, la OPS ha brindado apoyo a las actividades de las organizaciones de trabajadoras domésticas, que están particularmente expuestas a la vulnerabilidad debido a su condición de migrantes y trabajadoras de la economía informal. El apoyo de la OPS a los actores locales (municipios, organizaciones no gubernamentales, comunidades, mujeres líderes de localidades de la zona fronteriza entre Colombia y Venezuela [República Bolivariana de] afectadas por la violencia [por ejemplo, Cúcuta]) ha permitido fortalecer el trabajo multisectorial para apoyar y proteger a las sobrevivientes de la VBG, mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva, consolidar el liderazgo local y documentar las mejoras en el acceso a los servicios.

La presencia en el territorio y la promoción de la participación comunitaria en los países donde la OPS ha contado con la capacidad y los recursos (por ejemplo, Brasil, Colombia y Panamá) han fortalecido la coordinación de la respuesta local a situaciones críticas y su legitimidad para influir en el nivel central. Las acciones de la OPS en las áreas prioritarias subnacionales han permitido documentar las disparidades de género en cuanto a la salud en las comunidades (a través de proyectos específicos), fortalecer la capacidad de promoción vertical desde el nivel local hacia el central, promover el liderazgo y las redes comunitarias y de mujeres para influir en las administraciones locales, y derivar a servicios especializados (por ejemplo, de respuesta a la VBG). En la respuesta a problemas humanitarios (por ejemplo, migración y desplazamiento forzado, violencia, desastres, epidemias), las acciones de la OPS sobre el terreno han contribuido a reforzar el enfoque de equidad y a “no dejar a nadie atrás”.

Resultado 10. La OPS ha introducido innovaciones en su cooperación técnica (con promoción de nuevas herramientas, tecnologías y áreas temáticas) que han permitido a los Estados Miembros mejorar su respuesta a algunas desigualdades de género críticas en la prevención del cáncer en adolescentes, la producción de vacunas para mujeres embarazadas y la violencia durante el período perinatal.

Mediante las entrevistas y el análisis documental, en la evaluación se documentaron algunas intervenciones innovadoras apoyadas o promovidas por la OPS a través de su cooperación técnica en áreas clave de la igualdad de género en materia de salud en la Región. Las innovaciones que figuran a continuación no excluyen que pueda haber otras innovaciones relevantes en el trabajo de la OPS sobre igualdad de género y salud en los últimos 15 años. Estas se presentan como medidas que han recibido un grado alto de reconocimiento:

- **Formulación e indicadores de género y salud:** la OPS fue pionera en la formulación de un conjunto de indicadores relativos al género y la salud para orientar el trabajo de los sistemas nacionales de salud a la hora de abordar las brechas de género en los análisis de salud y de elaborar políticas y herramientas inclusivas.
- **Prevención del cáncer en adolescentes:** en el marco del trabajo sobre escuelas saludables y la colaboración intersectorial entre los ministerios de salud y educación, la OPS apoyó una iniciativa en Trinidad y Tabago para concientizar y ayudar a las niñas a detectar problemas de salud como el cáncer de mama. Esta intervención evolucionó hacia un enfoque más amplio que incluyó a adolescentes de ambos sexos. En la mayor parte de los países de la Región, la colaboración entre los sectores de la salud y la educación ha permitido promover la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes (además de diversos temas de prevención de enfermedades, embarazo precoz y salud mental, entre otros.). En el 2023, 47 países y territorios de la Región habían introducido la vacuna contra el VPH en su calendario nacional (92% de los países y territorios de la Región).
- **Enfoque de género e inclusión de las embarazadas en la producción de vacunas y los ensayos clínicos:** en lo que ha sido la experiencia más relevante de colaboración entre la OPS y el sector privado que se detectó en la evaluación, y en atención a una brecha crítica en la respuesta vacunal a patógenos emergentes y reemergentes (las necesidades de las embarazadas y su progenie), la OPS ha apoyado el desarrollo de ensayos clínicos en embarazadas (un grupo históricamente excluido de muchos estudios de vacunas). Asimismo, la OPS también ha participado en el análisis y definición de pautas para promover orientaciones éticas en la investigación biomédica de vacunas (por ejemplo, Grupo de Trabajo PREVENT, 2018). En coordinación con los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la OPS ha abogado por introducir un enfoque de género en la producción de vacunas, promover la paridad de género en la industria, elaborar módulos específicos sobre género y fortalecer las competencias de los recursos humanos.
- **Mayor comprensión de la violencia en el proceso reproductivo:** la OPS ha brindado apoyo a los actores nacionales del sector de la salud en la elaboración de nuevos enfoques y herramientas para detectar formas de violencia que antes no eran explícitas, como en el período perinatal (violencia reproductiva). Se han generado conocimientos y formulado indicadores para dar visibilidad a esta forma de violencia (por ejemplo, en Trinidad y Tabago).

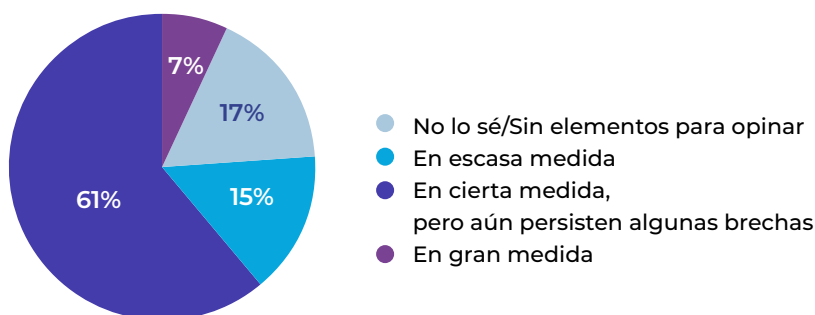
Factores favorables

Resultado 11. El establecimiento de alianzas y asociaciones ha funcionado como facilitador clave para promover el compromiso en materia de igualdad de género y salud de los ministerios de salud y, en algunos casos, de los mecanismos nacionales para el avance de las mujeres.

La existencia de mecanismos de colaboración interinstitucional con ONU Mujeres, el UNFPA, la CEPAL y otras redes afines ha facilitado la coordinación y el progreso en esta área. Más de la mitad de las personas encuestadas (61%, $n = 28$) perciben positivamente la participación de la OPS en iniciativas interinstitucionales para incorporar la igualdad de género, aunque con algunas brechas (figura 7). Además, el compromiso sostenido de los principales donantes ha sido crucial para promover las iniciativas de igualdad de género y salud.

Figura 7: Percepción de la participación de la OPS en iniciativas interinstitucionales para integrar la igualdad de género en los programas de cooperación técnica en materia de salud

¿En qué medida considera que la OPS ha participado en iniciativas interinstitucionales para integrar la igualdad de género en los programas de salud?



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

Buenas prácticas

- **Promover la colaboración de múltiples partes interesadas en la elaboración de planes de salud contribuye a incorporar plenamente una perspectiva de igualdad de género.** En Uruguay, este enfoque participativo se aplicó en el plan quinquenal de salud, que incluyó diálogos con funcionarios, personas usuarias de los servicios de salud y organizaciones sociales para garantizar un enfoque de inclusión de género en las decisiones sobre las políticas. La OPS y los demás organismos del sistema de las Naciones Unidas han reconocido los 15 años de colaboración de Uruguay con el Colectivo Ovejas Negras y otras organizaciones para integrar con eficacia la diversidad sexual en la política de atención primaria de salud. Este reconocimiento destacó el impacto, la calidad de la evidencia, la sostenibilidad y el potencial de replicación. La OPS ha utilizado la experiencia de trabajo con otros asociados para elaborar el primer módulo sobre salud sexual y diversidad en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.



- **La armonización de la medicina biomédica y la tradicional ha validado prácticas de parto culturalmente seguras y ha mejorado las actividades de prevención de enfermedades, sobre todo para las comunidades indígenas.** La inclusión e integración de la medicina tradicional, complementaria e integradora en los sistemas de salud para promover servicios de salud interculturales e inclusivos (iniciativa que lidera la OPS en el plano internacional dentro del marco de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* de la OPS y la labor de BIREME), ha contribuido a lo siguiente: 1) reducir las inequidades en la salud materno infantil, 2) promover el empoderamiento de las mujeres, 3) promover modelos de atención del parto con perspectiva intercultural, y 4) favorecer la calidad, la atención oportuna y la aceptabilidad de los servicios de salud. En México, el modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con un enfoque humanizado, intercultural y seguro está vigente desde el 2008. En Argentina, la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro se ha probado en el Gran Chaco, lo que ha permitido integrar el enfoque intercultural en la atención del embarazo, parto y posparto de mujeres de diferentes grupos étnicos. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras y Perú, los “diálogos de saberes”²⁵ y el trabajo con las parteras tradicionales han incluido temas como la planificación familiar, el control prenatal, la detección de signos de peligro en las embarazadas y la atención del parto.

²⁵ Recientemente, se ha adoptado la metodología de los “diálogos de saberes” para eliminar el tracoma como parte de la Iniciativa de la OPS para la Eliminación de Enfermedades. En Colombia, se llevó a cabo un “diálogo de saberes” con mujeres y hombres de la comunidad pijao para comprender sus prácticas sexuales y su opinión sobre los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la enfermedad de Chagas. Con estos diálogos se logró aumentar la participación en las pruebas de detección de la enfermedad de Chagas congénita.

- **La metodología para el análisis de género e interseccionalidad**, elaborada por la OPS con financiamiento del Gobierno de Canadá y basada en la herramienta Gender-Based Analysis Plus (GBA+, por su sigla en inglés) diseñada por el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá, incorporó un enfoque de interseccionalidad. De conformidad con este enfoque, se tuvieron en cuenta otras identidades sociales, como la etnicidad, la orientación sexual, la edad y la discapacidad mental o física, para analizar la manera en que algunos grupos poblacionales experimentan las políticas e iniciativas gubernamentales. En enero del 2024, se impartió capacitación sobre esta metodología en los países del Caribe (Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago), y se aplicó en los planes de inmunización de Haití y Jamaica.

Además de estas buenas prácticas, en el recuadro 1 se presenta una selección de enseñanzas extraídas de una evaluación temática de varios organismos de las Naciones Unidas y de las entrevistas realizadas durante la evaluación.

Recuadro 1. Enseñanzas extraídas*

- **Liderazgo y asignación de recursos:** un fuerte liderazgo personal y de gestión, junto con la asignación estratégica de recursos para la igualdad de género, actúan como catalizadores y aceleradores del cambio al invertir en una arquitectura de género en toda la Organización. Sin una asignación de recursos considerable y específica en los distintos niveles de la Organización, es poco probable que las iniciativas para la igualdad de género tengan efectos fundamentales y de aplicación.
- **Estructura institucional:** una estructura institucional eficaz que vincula el trabajo entre el equipo de género y los equipos de programación y planificación presupuestaria, apoyada en una planificación con indicadores y una asignación presupuestaria específica, ha sido esencial para avanzar en los objetivos sobre la igualdad de género.
- **Participación de organizaciones no gubernamentales:** la participación activa de organizaciones no gubernamentales y movimientos sociales—incluidos los grupos feministas, de personas afrodescendientes e indígenas—ha fomentado una mayor adecuación a las prioridades locales, la consonancia con los marcos éticos, la rendición de cuentas externa y la sostenibilidad.
- **Colaboración interinstitucional:** la colaboración entre instituciones ha ampliado la capacidad institucional y las actividades de promoción, y la evidencia ha sido fundamental para orientar las acciones transformadoras en materia de igualdad de género y salud.
- **Adaptación contextual:** el uso de diferentes puntos de entrada para adaptar la labor por la igualdad de género a distintos contextos institucionales, políticos y socioculturales ha ayudado a aprovechar las oportunidades, suscitar interés, armonizar las iniciativas con las prioridades nacionales y mitigar la posible resistencia a los cambios normativos y en cuanto a los derechos.
- **Herramientas operativas y capacitación:** la disponibilidad de herramientas operativas de fácil uso y la capacitación continua de los grupos de profesionales de la OPS y de los sistemas nacionales de salud son todavía fundamentales a la hora de trasladar la aplicación de las políticas de género al ámbito local y mantener el progreso.
- **Pautas de aplicación:** la elaboración de pautas para incorporar la perspectiva de género en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de la OPS ha servido de apoyo técnico a los países de la Región.

* Basadas en datos recogidos en entrevistas con informantes y en “Case study 8: Institutional integration of gender across all technical programs, Member State health programs, and the Pan American Health Organization,” en: Riha J, Ravindran TKS, Atiim GA, Remme M, Khanna R. What works in gender and health in the United Nations: Lessons learned from cases of successful gender mainstreaming across five United Nations agencies. Kuala Lumpur: Universidad de las Naciones Unidas; 2021. Disponible en <https://unu.edu/iigh/collection/what-works-gender-and-health-united-nations-case-study-series>.

2.2.3 ¿Cuáles fueron los principales retos, brechas, obstáculos y consecuencias que influyeron en la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud? En particular, ¿en qué medida los factores externos (por ejemplo, posiciones políticas o políticas públicas que no apoyan la promoción de la igualdad de género) han limitado la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud?

Resultado 12. La OPS se ha encontrado con dificultades institucionales (cultura de la Organización, trabajo compartimentado, competencia entre temas transversales, falta de recursos) y externas (falta de consenso sobre el concepto de género, variabilidad en la recopilación de datos, roles y normas tradicionales de género, y preeminencia del enfoque biomédico) que han limitado la integración efectiva de la igualdad de género en su cooperación técnica.

Los principales factores internos que obstaculizan la integración efectiva de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS, según lo indicaron numerosos informantes (y también descritos en documentos internos), incluyen: 1) la presencia de actitudes “tradicionales” en la cultura de la Organización; 2) el trabajo fragmentado entre unidades o equipos (“trabajo en silos”) implicados en acciones o proyectos relacionados con la igualdad de género y la salud; 3) las prioridades contrapuestas entre los temas transversales y los resultados del Plan Estratégico; y 4) la falta de asignación de recursos específicos para la integración de la igualdad de género.²⁶ Por ejemplo, la OPS ha adoptado, en distintos momentos, una política y un plan de acción en materia de género, una política y un plan de acción en materia de etnicidad y una política y un plan de acción en materia de derechos humanos. **Esta fragmentación de temas interconectados para la labor en torno a la igualdad de género y la salud se refleja en el funcionamiento interno de la Organización (los temas clave relacionados con la igualdad de género en la salud —por ejemplo, derechos humanos, VBG— se ubican en diferentes departamentos o unidades), en la forma en que la OPS brinda cooperación técnica a los ministerios de salud e interactúa con los actores del sector de la salud involucrados en el tema de la igualdad de género.**

Entre las dificultades externas detectadas figuran la falta de consenso sobre el concepto de género, la variabilidad entre los países en cuanto a la recopilación de datos, la persistencia de roles y normas tradicionales de género, y la preeminencia del enfoque biomédico en el sector de la salud. El enfoque de género se utiliza a menudo de forma superficial o errónea, ya que opera con un conjunto de conceptos o categorías que se solapan, pero que no interactúan. Se ha tendido a construir una política de género centrada en temas específicos que serían representativos de los conceptos (por ejemplo, interseccionalidad, interculturalidad) cuando deberían ser conceptos que permitan análisis integrales y estructurales de las condiciones de vida de las personas y comunidades.

²⁶ Véase el análisis presupuestario en la sección sobre eficiencia.

2.2.4 En la cooperación técnica de la OPS en la salud, ¿se han utilizado eficazmente los sistemas de recopilación de datos, seguimiento y evaluación para supervisar el progreso, tomar decisiones fundamentadas y ajustar estrategias para aumentar la igualdad de género en la salud?

Resultado 13. La OPS ha sido pionera en promover el análisis de la salud, el género y las desigualdades en sus plataformas y publicaciones, y en otras organizaciones. Ha logrado proporcionar una amplia gama de bases de datos de alta calidad desglosadas por país, sexo y edad, que se han convertido en herramientas regionales de referencia para los actores del sector de la salud. Sin embargo, todavía persisten brechas en el desglose y el intercambio de datos y en la mejora del uso de datos rutinarios a nivel nacional.

La OPS ha preparado un número cada vez mayor de estudios, bases de datos y plataformas de información que han incluido variables pertinentes para analizar las desigualdades de género en la salud. Las bases de datos y plataformas regionales se han actualizado, ampliado y mejorado periódicamente (por ejemplo, Salud en las Américas, la serie de la OPS sobre género y salud pública, el informe sobre sociedades justas y las publicaciones como *Evaluación de la política de equidad en la salud en la Región de las Américas*, *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud*, *Género, salud y desarrollo en las Américas: Indicadores básicos 2011* y *Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe*, entre otras). En el 2007, la OPS adoptó la *Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas*, en la que se establecieron pautas para desglosar la información por sexo y edad para todos los sistemas de información (revisada en el Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022). En 2010, se incorporó el desglose de datos por sexo y edad en las ECP. Posteriormente, en 2012, se llevó adelante un análisis de género en el sector de la salud a nivel regional y de país.

Hay un documento marco consolidado de indicadores esenciales para hacer el seguimiento del progreso hacia la igualdad de género en la salud, en consonancia con los ODS y la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030* (ASSA2030).²⁷ Todos estos esfuerzos han permitido a la OPS poner a disposición de los países, profesionales, equipos de investigación y actores del sector de la salud una serie histórica de datos homogéneos y de calidad (y herramientas para su uso) sobre indicadores de salud en lo que se ha convertido en la principal plataforma de información de salud de la Región con cierto grado de desglose (sexo, edad, subregión y nivel nacional). Los “indicadores básicos” y algunas de las herramientas creadas por la OPS son instrumentos de referencia para los países y profesionales.

El desarrollo de plataformas y la producción de datos han permitido crear análisis de las desigualdades sanitarias a nivel regional, entre subregiones y países, para un conjunto específico de indicadores y, de forma limitada, dentro de los países (ámbito subnacional). **A pesar de los avances en la producción y el análisis de datos, todavía persisten algunas brechas en el desglose de datos a nivel subnacional y en la integración de un enfoque**

²⁷ Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e indicadores para monitorear la igualdad de género en la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51785>.

de género no binario e interseccional para caracterizar mejor las desigualdades de género en materia de salud en los sistemas de información de salud. Según la encuesta de la evaluación, una cuarta parte de las personas encuestadas (28%, $n = 13$) consideraba que el desglose de datos no se promovía lo suficiente en los sistemas nacionales de información de salud, y el 50% ($n = 23$) reconocía que sí se promovía, pero señalaba que aún quedaban brechas que debían subsanarse.

Resultado 14. La OPS ha brindado apoyo a los Estados Miembros para que produzcan datos desglosados. Para ello, ha trabajado de forma estrecha con los sistemas estadísticos nacionales, los ministerios de justicia, la CEPAL y otros organismos, a fin de garantizar que todos los países informen las estadísticas vitales desglosadas por sexo (al menos los nacimientos y las defunciones). Sin embargo, no se ha avanzado lo suficiente en la optimización de los datos disponibles de los registros civiles para producir indicadores adicionales pertinentes sobre las desigualdades de género en la salud (por ejemplo, tasas de fertilidad, embarazos en adolescentes) ni en su vinculación con los sistemas nacionales de información.

Existe un amplio acuerdo sobre el papel que desempeña la OPS junto con otras organizaciones en las estadísticas vitales (resolución sobre registro civil y estadísticas vitales del 2002, *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022*). Sin embargo, ha sido escaso el uso de otros parámetros de los registros civiles para ir más allá del desglose por sexo o para generar modelos y proyecciones para grupos de población específicos. Ha habido una limitación similar a la hora de utilizar datos epidemiológicos o sistemas de información de salud para profundizar en el análisis de las condiciones de salud. A veces, el reto no reside en la falta de datos, sino en su infrutilización.



Recientemente, la OPS ha participado en un proyecto para analizar las estadísticas vitales en Brasil desde la perspectiva de los determinantes de la salud y la aplicación de nuevas tecnologías. También ha renovado su colaboración con organizaciones especializadas (Vital Strategies²⁸) para mejorar el uso de datos en las medidas de política (por ejemplo, estadísticas vitales y registros de cáncer, determinantes comerciales de la salud, prevención de lesiones y VBG). Además, la Región cuenta también con excelentes capacidades de investigación y análisis sobre desigualdades y equidad en la salud: en la Región hay más de 180 centros colaboradores de la OPS/OMS, muchos de ellos vinculados a destacadas universidades y centros de investigación con vasta producción científica sobre desigualdades y equidad en la salud (por ejemplo, el Centro Internacional para la Equidad en la Salud en la Universidad Federal de Pelotas [Brasil], el grupo de colaboración para la equidad en la salud en la región en la Escuela de Salud Pública de Tulane, y la Red de las Américas para la Equidad en Salud, entre otros), con los que la OPS colabora principalmente sobre la base de proyectos a corto plazo o planes de trabajo anuales. **Las sinergias entre la OPS, los sistemas nacionales de salud y estos centros especializados en la Región para optimizar las capacidades instaladas a fin de producir evidencia (o un mejor uso de los datos disponibles) y el análisis parecen tener un desarrollo modesto.**

Resultado 15. Las recomendaciones de los informes de progreso y de la evaluación interna de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo se han aplicado de forma desigual. Cabe destacar que la OPS no consideró la recomendación de renovar la política (indicada en los informes del 2015 y 2020).

La Organización ha producido informes de progreso (2012 y 2020) y una evaluación interna (2015) de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo. El seguimiento (autoinformado) de dicha política y su plan de acción muestra avances en el desglose de datos por sexo y edad, el desarrollo de capacidades nacionales, la integración de indicadores y de la perspectiva de género en los sistemas nacionales de salud, y la elaboración de análisis y publicaciones. En cuanto a los retos, en los informes de la OPS se señaló la discontinuidad de los órganos asesores de la Organización para la implementación de políticas (por ejemplo, el Grupo Técnico Asesor en Cuestiones de Género dejó de funcionar en el 2013), la escasa movilización de recursos y la participación moderada de la sociedad civil en las iniciativas de igualdad de género que reciben apoyo de la OPS y en las estrategias y políticas nacionales de salud.

En general, en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo se definió un conjunto de indicadores de seguimiento destinados a medir la ejecución de actividades o productos, pero no a medir los cambios en las desigualdades de género en materia de salud en la Región. Estos indicadores de seguimiento han sido de escasa utilidad para la medición cuantitativa de la eficacia de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (similar a lo que ha ocurrido con los indicadores de los planes estratégicos relacionados con la igualdad de género en la salud).

28 Vital Strategies. Nueva York: Vital Strategies; 2025. Disponible en: <https://www.vitalstrategies.org/>.

2.3 ¿En qué medida la cooperación técnica de la OPS en materia de salud ha integrado de forma eficiente la igualdad de género? (Eficiencia)

2.3.1 ¿En qué medida se han ajustado o asignado recursos (financieros, humanos, técnicos o de otro tipo) para integrar la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud?

Resultado 16. La *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo no recibieron financiamiento específico para su implementación, mientras que el presupuesto asignado a los temas transversales ha sido modesto. Además, la consideración de las cuestiones de género como tema transversal (integrado en todos los resultados y entidades de la OPS) ha hecho muy difícil cuantificar y dar visibilidad a los recursos y medidas dedicados a la igualdad de género en toda la Organización.

Desde el 2014, los temas transversales no forman parte del ejercicio de priorización de los resultados del Plan Estratégico de la OPS por parte de los Estados Miembros. El financiamiento de los temas transversales se ha hecho a través de fondos flexibles, precisamente para garantizar que dichos temas no se vean afectados por la priorización de los resultados. Aun así, con la información disponible, en la evaluación no se ha logrado cuantificar el volumen de financiamiento (y de recursos en general) destinado por la Organización al trabajo sobre la igualdad de género y la salud. Además, el financiamiento que la OPS ha recibido en varias ocasiones para iniciativas directamente vinculadas con la igualdad de género y la salud no se ha implementado como parte del resultado intermedio 26 (Plan Estratégico vigente), sino como parte de otros resultados intermedios. Asimismo, no ha sido posible cuantificar los recursos movilizados (ni darles visibilidad) en otros resultados intermedios para medidas que contribuyan a reducir las desigualdades de género. Una de las limitaciones de la incorporación de una perspectiva de género en las organizaciones y programas es la dificultad para registrar y ver el grado de aplicación de dicha incorporación y para documentar las aportaciones o efectos de las medidas implementadas sobre desigualdades de género.

Resultado 17. Los recursos humanos asignados específicamente a la labor sobre la igualdad de género en la Sede y en las representaciones de país han sido crónicamente escasos y variables a nivel nacional.

Esta escasez de recursos humanos ha dado lugar a diferencias en los enfoques y a una intensidad de trabajo variable entre los países, a una sobrecarga de trabajo para los puntos focales de género y a fluctuaciones en el apoyo técnico prestado por los puntos focales de género al personal de la OPS, a las contrapartes nacionales, a las partes interesadas y a los proyectos.

Los cambios en el organigrama de la OPS, con la creación en el 2023 del nuevo Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud y la reorganización de la Unidad de Equidad y Género, no han ido acompañados de recursos adicionales, lo que ha limitado su capacidad para brindar apoyo a la incorporación de la perspectiva de género en todas las entidades de la OPS, y a dar seguimiento y evaluar el impacto de los programas o las iniciativas orientados a reducir las inequidades de género en la salud. En los países, la capacidad institucional de la OPS varía mucho entre las Oficinas: mientras que algunas cuentan con puntos focales designados, otras recurren a consultores externos, en función de la disponibilidad de fondos vinculados a proyectos específicos. En los casos en que hay un punto focal de género en las representaciones de país, suelen tener otras responsabilidades, por lo que su disponibilidad de tiempo para impulsar la igualdad de género en la agenda de salud ha sido limitada, lo que es poco eficiente. En los países, el valor agregado de los puntos focales de género, en los casos en que hay uno, ha recibido amplio reconocimiento del personal de la OPS y las partes interesadas externas.

2.3.2 ¿En qué medida la Organización ha apoyado el uso eficiente de los recursos institucionales para abogar por la igualdad de género en sus Estados Miembros?

Resultado 18. Los esfuerzos de promoción de la igualdad de género en la salud que la OPS lleva adelante con los Estados Miembros se han canalizado principalmente a través de altos cargos en la Sede y en las representaciones de país. Sin embargo, la Organización no ha proporcionado recursos específicos (humanos o financieros) para poner en marcha una estrategia específica de promoción de la igualdad de género integral y sostenida en el tiempo a nivel regional, nacional o subnacional.

Las actividades de la OPS de promoción de este tema parecen haberse convertido en parte de los roles y funciones de la Gerencia Ejecutiva, la Unidad de Equidad de Género en la Sede y los representantes en los países. En el caso de las representaciones de país, los puntos focales de género también han asumido cierta labor de promoción en el plano técnico como componente inherente a sus funciones frente a los actores nacionales. En el plano técnico, la OPS ha creado algunas herramientas para llevar adelante actividades de promoción de la igualdad de género, como el conjunto de herramientas para la promoción de las cuestiones de género y la infección por el VIH/sida, y el conjunto de herramientas de promoción de la equidad de género en la salud (2002). Sin embargo, en la evaluación no fue posible documentar el grado de uso o los resultados de las dos únicas herramientas de promoción relacionadas con la igualdad de género que elaboró la OPS durante el período cubierto en la evaluación. Además, la estructura presupuestaria de los planes estratégicos de la OPS, basada en la presupuestación por resultados (programas básicos) y por programas especiales, no ha permitido medir cuánto financiamiento se asignó específicamente a las actividades de promoción, a pesar de que la promoción de la igualdad de género en la salud está incorporada al trabajo de todos los resultados y entidades de la OPS.



Resultado 19. Los conocimientos especializados de la OPS y su participación en iniciativas conjuntas (por ejemplo, la Iniciativa Spotlight) han legitimado las actividades de promoción de la igualdad de género de la Organización ante sus contrapartes nacionales y las partes interesadas nacionales y regionales en el sector de la salud. En algunos países, estas actividades de promoción han contribuido a la creación de nuevos departamentos dedicados a abordar las brechas de género en los ministerios de salud, a la adopción de nuevas leyes, a la inclusión de las comunidades indígenas y afrodescendientes en las políticas o programas de salud pública y a la promoción de enfoques multisectoriales.

El apoyo de la OPS ha contribuido a la creación de departamentos o unidades de género en varios ministerios de salud (por ejemplo, en Argentina, Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile, Cuba, El Salvador, Haití, Jamaica, República Dominicana, Uruguay y Venezuela [República Bolivariana de]), observatorios de género (por ejemplo, en Chile) o la creación de mecanismos intersectoriales (por ejemplo, un grupo interministerial entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Derechos Humanos y el Ministerio de las Mujeres en Brasil, y la coordinación entre los sectores de salud, educación, servicios sociales y justicia para casos de VBG en otros países).

La labor de promoción de la OPS ha contribuido a la adopción de leyes progresistas que reconocen el derecho de las mujeres a alcanzar el grado más alto de salud en consonancia con las normas internacionales. Por ejemplo, la Iniciativa Spotlight promovió cambios para responder a la VBG en el Caribe. En Cuba, la Ley de Salud Pública y el Código de Familia incluyen el acceso universal a la salud reproductiva, la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo y el acceso a servicios de reproducción asistida no solo para parejas heterosexuales. La promoción de políticas públicas ha permitido que

las iniciativas de salud con sensibilidad de género lleguen a las comunidades indígenas y afrodescendientes de algunos países a través de la colaboración intersectorial y el enfoque de los determinantes sociales de la salud. En Brasil, Colombia y Panamá (entre otros países), la OPS se centró en las mujeres afrodescendientes para abordar la discriminación por razones étnicas y de género.

2.3.3 ¿En qué medida la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud se llevó a cabo de manera oportuna y adaptable?

Resultado 20. La adaptación de la cooperación técnica de la OPS (incluida la promoción) a una amplia variedad de contextos nacionales ha sido decisiva para encontrar puntos de entrada diferentes, aunque coherentes, a fin de continuar el trabajo técnico con los Estados Miembros para reducir las desigualdades de género en la salud.

Por un lado, la necesidad de encontrar una posición equilibrada y técnicamente neutral ha permitido a la OPS trabajar de forma sostenida en cuestiones críticas sobre igualdad de género y salud. Por otro lado, ha dificultado que la Organización se posicione y se pronuncie sobre cuestiones delicadas en países con movimientos conservadores, en los que han prevalecido las opiniones y normas tradicionales de género, y ha habido oposición a abordar temas como los derechos sexuales y reproductivos o la VBG. En algunos países, la prevalencia de normas y valores sociales conservadores y tradicionales se ha combinado con una falta de concientización sobre la igualdad de género en los grupos de profesionales de la salud, lo que ha complicado la puesta en marcha de medidas que incluyan una perspectiva de género en los servicios de salud (por ejemplo, la interrupción voluntaria del embarazo o el acceso de las personas LGBTI al tratamiento de la infección por el VIH/sida). Frente a estos escenarios desfavorables, la promoción adaptada a las realidades nacionales ha sido clave para vencer la resistencia política en contextos en los que las cuestiones de género han encontrado oposición. En tales casos, las actividades de promoción adaptables y el uso del marco de los ODS han sido fundamentales para encontrar un terreno común con los gobiernos y, a la vez, cumplir el mandato de la OPS de promover la igualdad de género.

Resultado 21. Ha habido una evolución positiva en la integración de la igualdad de género en la respuesta a las emergencias, que se ha reflejado en la creación de herramientas y en un mayor desglose de los indicadores, y que permitió un análisis diferenciado durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, una mayor integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS durante las emergencias de salud pública se ha visto limitada por la escasa integración de una perspectiva de género en los planes nacionales de preparación y respuesta ante emergencias, y las dificultades para recopilar datos desglosados en tiempos de crisis.

La respuesta al huracán Mitch (1998) se ha señalado como un hito clave para la integración de la igualdad de género en la salud por parte de la OPS durante la respuesta nacional a una emergencia. Desde entonces, la OPS ha integrado progresivamente el enfoque de género en algunos de sus mecanismos y herramientas fundamentales de respuesta a las emergencias, como el Sistema de Gestión de Incidentes, el desglose de datos durante brotes epidémicos o desastres, y la capacitación sobre cuestiones de género y situaciones

de desastre para los equipos de asesoramiento en emergencias y profesionales de la salud. Algunas publicaciones como *Consideraciones clave para integrar la igualdad de género* en la respuesta a los desastres y las emergencias de salud respaldan estos esfuerzos. Sin embargo, hay algunas brechas en las herramientas principales de la OPS de respuesta a emergencias, como la evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastres (EDAN), que no incluye una perspectiva de género, la necesidad de desglose por género (y otras variables clave), ni análisis desglosados. En general, los planes y mecanismos nacionales de preparación y respuesta ante emergencias y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en los Estados Miembros no han incorporado sistemáticamente la perspectiva de género.

2.3.4 ¿En qué medida las colaboraciones y la cooperación y coordinación interinstitucionales han contribuido a una mayor eficiencia en la integración de la igualdad de género en las diferentes funciones de la cooperación técnica de la OPS en materia de salud?

Resultado 22. El Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo²⁹ que funcionó hasta principios de los años 2000, ha sido reconocido como un hito en la promoción de la agenda de igualdad de género en la salud en la Región gracias a la movilización de un amplio espectro de organismos, organizaciones regionales e internacionales, y al liderazgo de un grupo de profesionales que transformaron las estrategias de trabajo en género y salud en la Región.

La colaboración y coordinación entre organismos (como la OPS, el UNFPA, ONU Mujeres y el PNUD), organizaciones regionales (como la CEPAL), instituciones financieras internacionales (como el Banco Mundial), el sector académico (como la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO], el Colegio de México, la Universidad de Alicante), la sociedad civil (como la Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD]), instituciones filantrópicas (como la Fundación Rockefeller) y donantes (como los gobiernos escandinavos) han dado como resultado la producción e intercambio de conocimientos sobre la igualdad de género y la salud. Esto ha facilitado la difusión de productos informativos sobre cuestiones de género, salud y desarrollo, el diseño de instrumentos intersectoriales de capacitación y el progreso regional en iniciativas sobre la estimación del trabajo no remunerado de las mujeres. La estrategia de desarrollar procesos participativos en los que intervienen diversas partes interesadas fue una de las características más valiosas del programa. En estos procesos, el liderazgo técnico e institucional de la OPS mejoró la capacidad interinstitucional en cuestiones de género y aumentó la visibilidad de la Organización.

²⁹ El objetivo del Programa de la OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (1992-2002) era reducir aquellas desigualdades entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El mandato central de este programa era incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas de la OPS, las representaciones de país de la OPS/OMS y los Estados Miembros, a fin de reducir las inequidades de género en la salud en el contexto de los principios de la OPS de equidad y panamericanismo. Para más información, véase: Organización Panamericana de la Salud. La mujer, la salud y el desarrollo [documento CSP26/16]. 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, del 23 al 27 de septiembre del 2002. Washington, D.C.: OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64490>.

Resultado 23. El liderazgo y la participación de la OPS en los grupos de trabajo de los equipos de las Naciones Unidas en los países, las colaboraciones interinstitucionales y las colaboraciones con organizaciones regionales han dado mayor visibilidad a cuestiones clave relativas a la igualdad de género en la salud en los Estados Miembros, han reforzado la legitimidad de la promoción político-institucional de la OPS y del sistema de las Naciones Unidas y han generado un efecto multiplicador para fortalecer las capacidades regionales y nacionales.

En particular, el Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres de ONU Mujeres y la Organización de los Estados Americanos ha sido un espacio para establecer alianzas con organismos multilaterales en el que la OPS se ha centrado en la participación de las mujeres en la salud, las desigualdades de género dentro de las profesiones de la salud y la promoción del liderazgo de las mujeres en puestos de toma de decisiones en los sistemas de salud. Otros ejemplos de coordinación y colaboración interinstitucional son la Iniciativa Spotlight (con el UNFPA) y la iniciativa Todos las Mujeres, Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC, por su sigla en inglés). Las actividades en colaboración han permitido analizar las disparidades en materia de salud por medio de estudios regionales, como *La salud de las mujeres y de los hombres en las Américas: Perfil 2009*,³⁰ y los resúmenes estadísticos nacionales y subregionales del Consejo Asesor Andino de Altas Autoridades de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (CAAAMI) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA).

Según los datos de la OPS, la Plataforma de Colaboración Regional de las Naciones Unidas mostró avances sustanciales en la respuesta multisectorial a la VBG en la Región, con un 80% de los Estados Miembros que han incluido la lucha contra la violencia hacia las mujeres en sus planes o políticas de salud, y un 60% que cuentan con procedimientos operativos estandarizados, pautas o directrices nacionales.³¹ Otras colaboraciones interinstitucionales relevantes, reconocidas y documentadas por informantes internos y externos, son las que se dan entre ONUSIDA y la OPS sobre la infección por el VIH, con el UNFPA en servicios de salud reproductiva, con la Organización Internacional para las Migraciones y el ACNUR en apoyo a migrantes y refugiadas (entre otras entidades). Los organismos de las Naciones Unidas y los equipos de las Naciones Unidas en los países también han valorado la contribución de la OPS a los comités interinstitucionales de género y al seguimiento interinstitucional conjunto del progreso hacia el ODS 5 dentro de estos equipos.

En Cuba, por ejemplo, la OPS destinó recursos a apoyar el trabajo del grupo interinstitucional de género, a fin de colaborar con el Parlamento en la promoción de políticas y leyes innovadoras sensibles al género. En contextos de crisis y gran vulnerabilidad, como la pandemia de COVID-19, la violencia en Colombia y las cuestiones relacionadas

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. La salud de las mujeres y los hombres en las Américas: Perfil 2009. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49070>.

³¹ Plataforma de Colaboración Regional de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe. Perfil regional de género para América Latina y el Caribe. [Ciudad de Panamá]: Naciones Unidas; 2024:76. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2025-02/es-perfilregionaligualdadgenero-alc_26marzo24.pdf.

con la migración y el desplazamiento, la cooperación interinstitucional en el marco de los grupos de acción de las Naciones Unidas en los países ha contribuido a abordar los problemas estructurales de género a nivel de la comunidad. Dicha cooperación se ha centrado en retos como el embarazo en adolescentes, la VBG y los efectos diferenciales de las epidemias y pandemias.

Resultado 24. El funcionamiento y las sinergias en la cooperación interinstitucional se han visto afectados por dificultades de coordinación, desajustes en los objetivos sobre igualdad de género y salud entre organismos, competición, diferentes prioridades y recursos, y cierto solapamiento entre mandatos.

Si bien la OPS puede adoptar un enfoque de integración de la igualdad de género en todos los programas de salud, otros organismos pueden dar prioridad a otras cuestiones de salud pública, lo que eclipsa a veces las medidas específicas para la igualdad de género. Se han detectado superposiciones de mandatos, principalmente en áreas como la VBG y la salud sexual y reproductiva de adolescentes, que han dado lugar a veces a actividades fragmentadas a pesar del mandato de las Naciones Unidas de trabajar juntos (“Unidos en la acción”). Dicha fragmentación ha dificultado en algunos contextos la formulación de una estrategia común para abordar los retos de la desigualdad de género, lo que puede haber provocado ineficiencias y la pérdida de oportunidades. Además, coordinar las actividades de múltiples organizaciones ha resultado complejo cuando coexisten múltiples intervenciones en materia de salud y cada organización tiene sus propios objetivos, plazos y formas de trabajar.

Resultado 25. La colaboración entre la OPS y la OMS ha contribuido a amplificar el trabajo sobre la igualdad de género en la salud a nivel nacional, regional y mundial, gracias al intercambio de herramientas y experiencias entre el nivel regional y mundial y entre las subregiones. En cuanto a la OPS, el trabajo y posicionamiento sobre la igualdad de género en la Región ha sido un referente para que la OMS transfiera experiencias innovadoras a otras regiones. Sin embargo, algunas brechas en la complementariedad entre ambas organizaciones han dificultado la incorporación de una perspectiva de género más cohesionada entre los niveles central y regional, y en las iniciativas mundiales en materia de salud.

La labor conjunta de la OPS y la OMS ha presentado sinergias en cuestiones de alcance mundial (por ejemplo, las herramientas de evaluación de la equidad en la salud y la Red Mundial de Conocimientos para la Equidad en la Salud). La promoción de la igualdad de género en la salud que lleva adelante la OPS coloca a la Región por delante de muchas otras regiones de la OMS. Este avance obedece principalmente al mandato recibido de los Estados Miembros de la Región, a resoluciones regionales específicas y a las capacidades técnicas de la OPS. **A pesar de algunos contextos nacionales e institucionales conservadores en la Región de las Américas, la OPS ha promovido avances que no se han producido a nivel mundial ni en otras regiones.** Por ejemplo, la labor de la OPS con las personas LGBTI no se ha desarrollado en otras regiones, y la OPS, en colaboración con sus Estados Miembros, ha convertido a la Región en pionera en la definición de indicadores relativos al género y la salud.



Sin embargo, las partes interesadas nacionales desconocían o no entendían con claridad los mecanismos de comunicación y coordinación entre la OPS como Oficina Regional de la OMS para las Américas y la Sede de la OMS en algunos momentos e intervenciones relacionadas con la igualdad de género. Varios informantes señalaron que la comunicación entre ambos niveles puede variar en función del tipo de proyecto o actividad. En otras evaluaciones recientes de la OPS también se han señalado brechas en la complementariedad y las sinergias entre la OPS y su función como Oficina Regional para las Américas de la OMS y la Sede de la OMS en Ginebra.

Resultado 26. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han desempeñado un papel destacado en el despliegue de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo en las intervenciones de salud culturalmente adaptadas³² a los países y en la institucionalización del enfoque de género dentro de la Organización. Sin embargo, la colaboración entre la OPS y las OSC, tanto programática como institucionalmente, ha disminuido de forma progresiva a pesar de los casos o proyectos eficaces nacionales o subnacionales.

La colaboración con las OSC ha fortalecido la eficiencia de la cooperación técnica de la OPS al aprovechar los conocimientos locales, facilitar el acceso a las comunidades y brindar conocimiento experto en promoción. Estas colaboraciones ayudan a integrar la igualdad de género en el núcleo de las intervenciones de salud, especialmente entre las comunidades expuestas a factores de exclusión y vulnerabilidad. En estos contextos, la OPS ha contribuido a dotar al personal de salud y a líderes de la comunidad

³² La adaptación cultural consiste en modificar sistemáticamente un tratamiento o protocolo de intervención basado en la evidencia para tener en consideración el idioma, la cultura y el contexto de cada paciente. En la *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS se reconocen las diferencias que existen entre los distintos grupos étnicos, tanto entre los países como dentro de ellos, así como la necesidad de un enfoque intercultural de la salud desde la igualdad y el respeto mutuo, para contribuir así a mejorar los resultados en materia de salud y a avanzar hacia la salud universal.

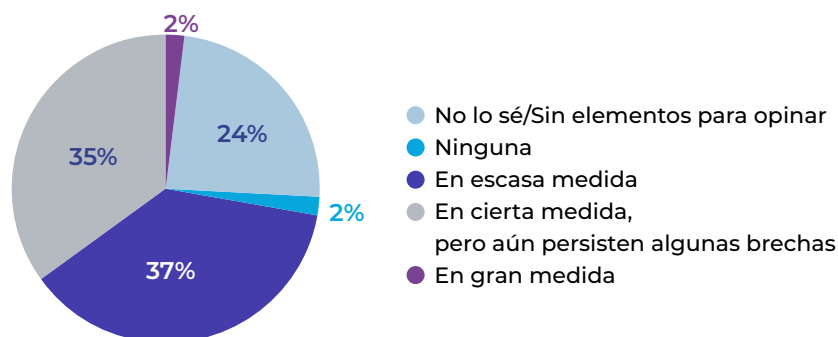
de los conocimientos necesarios para reconocer y abordar las disparidades de género en el acceso a la atención de salud en zonas rurales y desatendidas, en las que los sistemas de salud tradicionales no han abordado adecuadamente las necesidades específicas de las mujeres. En las zonas rurales y las comunidades indígenas, la colaboración con las OSC ha ayudado a poner en marcha programas de salud sensibles al género, culturalmente apropiados, inclusivos e impulsados por la comunidad (por ejemplo, partería tradicional, redes de apoyo para supervivientes de VBG, trabajo doméstico no remunerado y mujeres migrantes) y a fortalecer el liderazgo.

Sin embargo, la participación de la sociedad civil en los planes nacionales de salud o en los grupos consultivos ha sido limitada y, en la mayor parte de los países de la Región, aún no se han consolidado los mecanismos para garantizar su participación en las políticas y los presupuestos de salud pública. Los resultados de la encuesta corroboran que las asociaciones con la sociedad civil se perciben como una de las áreas de acción más débiles (figura 8); el 37% de las personas consultadas afirmaron que la Organización no ha promovido de forma suficiente las asociaciones con OSC, grupos y redes que trabajan por la igualdad de género y los derechos de las mujeres.

Los temas de igualdad de género en la salud no han ocupado un lugar destacado en las alianzas y asociaciones entre la OPS y las organizaciones, redes y grupos del movimiento feminista, la población afrodescendiente y los Pueblos Indígenas de la Región. No obstante, hubo varias iniciativas con redes de la sociedad civil sobre temas prioritarios de salud pública de los países o subregiones en los que se han considerado las cuestiones de género en el marco de los determinantes sociales de la salud. En el Caribe, por ejemplo, las alianzas con la sociedad civil, como la Coalición Caribe Saludable, se han centrado en prevenir las enfermedades no transmisibles, especialmente en promover una alimentación sana y prevenir la obesidad infantil. Esta iniciativa comenzó en el 2008 y en ella participaron más de 65 OSC, otros organismos regionales como la Comunidad del Caribe (CARICOM) y organismos de las Naciones Unidas.

Figura 8: Alianzas de la OPS con organizaciones, grupos y redes de la sociedad civil que trabajan por la igualdad de género y los derechos de las mujeres

¿En qué medida la OPS ha forjado alianzas con organizaciones, grupos y redes de la sociedad civil que trabajan por la igualdad de género y los derechos de las mujeres?



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

Resultado 27. Las relaciones estables entre la OPS y los principales donantes en temas de género e igualdad han sido cruciales en su capacidad para promover y aplicar medidas en favor de la igualdad de género en los sistemas de salud. Sin embargo, el programa y la capacidad de la Organización en esta área han dependido excesivamente de un pequeño número de donantes, lo que a veces ha planteado problemas en cuanto a la continuidad de las actividades a largo plazo y la armonización de los enfoques de la labor por la igualdad de género.

El financiamiento recibido principalmente de países escandinavos, Canadá, España y Estados Unidos de América han sido fundamentales para desplegar la agenda de la OPS de igualdad de género. Sin embargo, han generado retos de sostenibilidad y divergencia de prioridades y enfoques. El trabajo sobre igualdad de género y salud se ha asociado a menudo con proyectos (y financiamiento) de corta duración, lo que ha supuesto una limitación a la hora de lograr transformaciones significativas en las desigualdades de género en la salud y consolidar las condiciones y capacidades para garantizar la apropiación local. Por ejemplo, Canadá ha sido reconocido como Estado Miembro líder en promover la igualdad de género, los derechos a la salud sexual y reproductiva, la interseccionalidad, la diversidad de género y los enfoques feministas. España ha apoyado el trabajo sobre género y salud conforme a un enfoque intercultural en Centroamérica. **En algunas ocasiones, sin embargo, las visiones y posiciones de los donantes, los Estados Miembros y la OPS no han coincidido plenamente.**

En algunas cuestiones delicadas (por ejemplo, el derecho al aborto), la OPS ha sabido adoptar y negociar posiciones basadas en la evidencia y en la salud pública para mantener el equilibrio institucional y técnico frente a donantes y Estados Miembros con prioridades y sensibilidades diferentes. El financiamiento plurianual y sostenido ha propiciado cambios internos en la Organización (por ejemplo, en herramientas y formas de trabajo) y ha sido decisivo para intervenir en algunos países seleccionados para reducir las barreras al acceso, o poner en marcha servicios de salud inclusivos en contextos que requieren estrategias a mediano y largo plazo.

2.4 ¿Qué condiciones ha establecido la OPS para garantizar que las consideraciones relativas a la igualdad de género en la cooperación técnica que brinda en materia de salud se mantengan en el tiempo? (Sostenibilidad)

2.4.1 ¿Qué estrategias o mecanismos ha puesto en marcha la OPS para garantizar la institucionalización y los efectos duraderos de la cooperación técnica en materia de salud para abordar la igualdad de género?

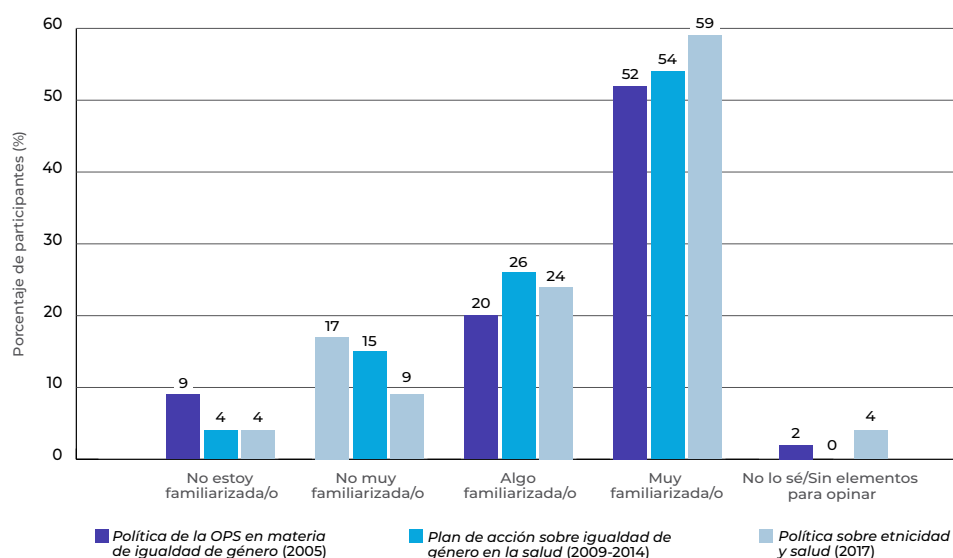
Resultado 28. La *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (2005) y su plan de acción conexo (2009-2014) presentaron problemas de difusión, ya que no han sido suficientemente conocidos ni adoptados por los equipos de la Organización y los Estados Miembros, lo que ha limitado su institucionalización. La institucionalización

de esta política se ha logrado parcialmente mediante su incorporación como enfoque transversal en los documentos de planificación de la OPS (por ejemplo, las ECP, los planes estratégicos, los presupuestos por programas), el establecimiento de alianzas con otros organismos por medio de los marcos de cooperación con los países y la participación en los mecanismos interinstitucionales de género de las Naciones Unidas dentro de los equipos de las Naciones Unidas en los países.

Las estrategias y los mecanismos implementados han abarcado una amplia variedad de actividades destinadas a promover la igualdad de género y la inclusión de identidades diversas, como las políticas sobre igualdad de género, etnicidad y las personas LGBTI. Entre estas actividades, la adopción de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* (2005) y su plan de acción conexo (2009-2014), y la creación de áreas institucionales específicas con distintos niveles de dependencia funcional y jerárquica permitieron la integración de la igualdad de género en distintos niveles de la planificación estratégica, aunque con variaciones entre planes estratégicos a lo largo del tiempo. No obstante, como se señaló en los debates en grupos de opinión, la aplicación efectiva de estas políticas requería un amplio proceso de difusión, aprendizaje y creación de capacidad en todos los ámbitos y niveles de la Organización, los Estados Miembros y entre los asociados clave.

Figura 9: Conocimiento de las políticas de la OPS relacionadas con la igualdad de género por parte del personal de la OPS

La OPS ha elaborado diversas políticas, estrategias y planes en materia de igualdad de género. Por favor, indique su nivel de familiaridad con las siguientes iniciativas:



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

En la figura 9 se muestra que el personal encuestado estaba, en general, más familiarizado con la *Política sobre etnicidad y salud* que con los instrumentos de políticas y planificación diseñados explícitamente para la igualdad de género, sobre todo porque se trataba de procesos con características y contextos diversos. Adicionalmente, dentro de los grupos de discusión realizados, se observó que el proceso involucrado en el diseño de esta política y la convocatoria de especialistas y antiguos referentes técnicos de la OPS han contribuido a una difusión más sólida.

La integración de la igualdad de género en la Organización se refleja en diversas herramientas y recursos puestos a disposición de las representaciones de país. Sin embargo, estos recursos no se han adoptado de manera uniforme en todo el ciclo de programación. Las entrevistas indican el uso generalizado de herramientas que facilitan el análisis de género en el diseño de programas y propuestas para los donantes. Aunque esta documentación no es formalmente sistemática, las personas entrevistadas demostraron utilizar estas herramientas y familiaridad con ellas.

La *Política de la OPS en materia de igualdad de género* resultó pertinente para posicionar este tema en toda la Organización, con pautas y ejemplos claros que ayudaron a entender la igualdad de género y a integrarla en la cooperación técnica. Por otro lado, la Unidad de Ciencia y Conocimiento para el Impacto ha creado una plataforma para recopilar las enseñanzas extraídas en ocho atributos clave, uno de los cuales se centra en los temas transversales: equidad, género, diversidad cultural y derechos humanos. Según la entrevista con un informante clave, esta iniciativa se puso en marcha en el 2023 y todavía se estaba perfeccionando en el momento de la evaluación. La metodología y la plataforma de buenas prácticas y enseñanzas extraídas pretenden documentar experiencias basadas en la evidencia, en lugar de limitarse a etiquetar algo como “mejor práctica”. La atención se centra en analizar de qué manera contribuyen estas prácticas a la sostenibilidad, la adaptabilidad y otros atributos críticos.

Además, y mediante entrevistas, grupos de discusión, exámenes documentales y encuestas, se han encontrado varios factores que afectan a la sostenibilidad. La resolución CD46.R16 (2005), en la que se instaba a los Estados Miembros a aplicar la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, en colaboración con los sectores gubernamentales pertinentes, el sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y las partes interesadas de la sociedad civil, se ha aplicado de forma parcial y desigual en los distintos países y en función de las circunstancias locales y de los momentos políticos e institucionales. Una cuestión clave es el carácter obsoleto de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, que se diseñó en un contexto regional muy diferente. Desde su creación, se han producido numerosas transformaciones institucionales y regulatorias en varios países que deben tenerse en cuenta, junto con las enseñanzas extraídas durante este período. Además, persisten las dificultades para lograr un consenso sobre el alcance y la aplicación operativa del concepto de igualdad de género en la Organización. También existe confusión entre los conceptos de igualdad de género y equidad de género y su alcance, y se ha observado una falta de mecanismos específicos de seguimiento de estas políticas.

La actual *Política de la OPS en materia de igualdad de género* no incluye definiciones claras y comunes ni medidas específicas que aborden las necesidades de las personas LGBTI, en particular de las personas transgénero y queer. En algunos contextos nacionales, como el Estado Plurinacional de Bolivia, el enfoque de igualdad de género ha evolucionado más allá del ámbito original de la política: el país ha introducido el concepto de “despatriarcalización”, que incluye una perspectiva de género más amplia y define las dimensiones de la opresión que afectan a mujeres, hombres y diversidades sexuales.

La persistencia de normas sociales y de género tradicionales todavía plantea importantes retos a la hora de aplicar las políticas de igualdad de género en los países, sobre todo en los programas de salud sexual y reproductiva y de educación sexual integral en el entorno escolar. Esta resistencia suele derivar de opiniones sociales muy arraigadas sobre los roles de género, que pueden dificultar la obtención de un apoyo generalizado a tales iniciativas.

Resultado 29. La obsolescencia y la falta de mecanismos de seguimiento y evaluación de los dos instrumentos centrales para integrar la igualdad de género en la salud (la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* [2005] y su plan de acción conexo [2009-2014]) han limitado su sostenibilidad.

A pesar de que fue adoptado mediante una resolución, el plan de acción no proporcionó un marco de seguimiento sistemático para medir el progreso hacia la igualdad de género. Aunque el Plan Estratégico reconoce las cuestiones de género como prioridad, este enfoque no se ha integrado lo suficiente en la estructura de la Organización.

Hubo importantes limitaciones a la hora de aplicar el plan de acción. Uno de los principales factores es su carácter obsoleto, al haberse concebido en un contexto diferente como una resolución sin estrategias adecuadas para su aplicación ni mecanismos sostenidos de seguimiento y evaluación. Además, la falta de capacitación y concientización del personal técnico dificultó las perspectivas de sostenibilidad de estas iniciativas.

Resultado 30. La OPS ha mejorado las capacidades de las representaciones de país mediante la capacitación en igualdad de género y salud para que su personal aplique la política y los planes, pero aún quedan brechas por subsanar en cuanto al alcance, los temas emergentes y la difusión.

La OPS ha promovido la creación de capacidad en relación con la igualdad de género y la salud en las representaciones de país por medio de diversos mecanismos, entre ellos: 1) la designación de puntos focales temáticos para brindar asistencia técnica y apoyo a la representación, 2) el dictado de cursos virtuales, y 3) la contratación de consultores *ad hoc* en algunos casos.

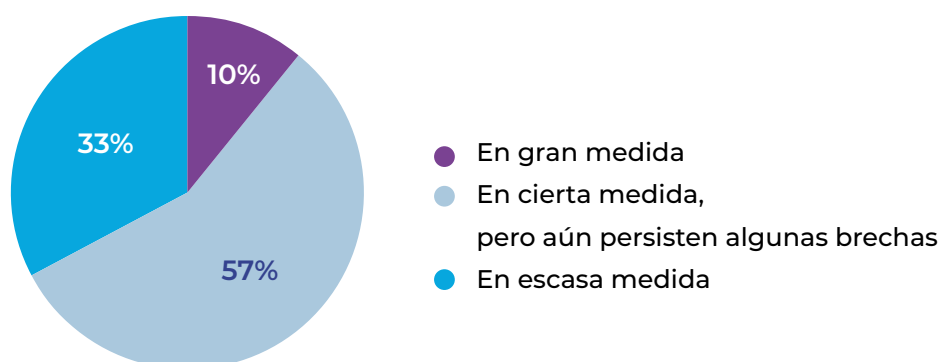
En primer lugar, la OPS ha establecido puntos focales de género, etnicidad y equidad en las diferentes representaciones de país, acompañados de un manual y herramientas para facilitar la inclusión de la igualdad de género en la detección y formulación de proyectos de cooperación técnica. Además, se han ofrecido cursos en línea para aumentar las capacidades en materia de igualdad de género y salud, y se han elaborado publicaciones específicas para complementar estas iniciativas.

En segundo lugar, un análisis del Curso Virtual de la OPS de Autoaprendizaje de Género y Salud: Conocimiento, Análisis y Acción indicó un crecimiento significativo de la participación del 2016 al 2024. Las inscripciones aumentaron de 13 187 en enero del 2020 a 39 875 en julio del 2024, en gran parte debido a la mayor visibilidad y formación en línea durante la pandemia de COVID-19. En consecuencia, el número de certificados otorgados pasó de 8371 a 24 904, lo que pone de manifiesto los elevados índices de finalización y la participación positiva. El curso ha ampliado su alcance de 42 a 106 países, y la mayoría de sus participantes proceden de México, Argentina, Colombia y Ecuador. Predominan las mujeres, sobre todo de menos de 35 años, entre los participantes, lo que subraya el interés del curso por la igualdad de género.

En tercer lugar, en contextos en los que la Oficina no disponía de las capacidades técnicas adecuadas para proporcionar acompañamiento técnico al país, como en el caso de Uruguay, se estudiaron alternativas conjuntas, que implicaban la contratación de consultores y especialistas locales en género y salud. Sin embargo, a pesar de las iniciativas mencionadas y de los esfuerzos realizados, solo el 10% de quienes respondieron la encuesta afirmaron que las representaciones de país habían fortalecido sus capacidades en igualdad de género y salud. El 57 % de los encuestados declaró que las capacidades técnicas institucionales e individuales se habían fortalecido en cierta medida, mientras que el 33 % señaló que el desarrollo de capacidades había sido insuficiente (figura 10).

Figura 10: Percepción del fortalecimiento de las capacidades técnicas de las representaciones de país de la OPS en materia de igualdad de género y salud

¿En qué medida la OPS ha fortalecido las capacidades técnicas de las representaciones de país en materia de igualdad de género y salud?



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

Los procesos de fortalecimiento de las capacidades técnicas de las representaciones de país involucran, además del apoyo técnico de la Sede, a los puntos focales de género de las representaciones de país, o a los puntos focales de otros organismos de las Naciones Unidas, como ONU Mujeres, que se centran en la integración de la perspectiva de género en el sistema de las Naciones Unidas, la contratación de servicios de consultores expertos y el acceso a capacitación especializada. En dicho aspecto, la plataforma virtual ha desempeñado un importante papel, aunque constituye solo una de las posibles estrategias de capacitación. En este sentido, de la encuesta se desprende que el 54% de quienes respondieron declararon haber recibido capacitación en igualdad de género³³ en los 24 meses anteriores. Cabe destacar que el 46% las personas encuestadas indicaron no haber participado en ningún tipo de capacitación sobre igualdad de género y salud en los 24 meses anteriores. Las entrevistas con varias representaciones de país indicaron que la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y el plan de acción conexo no están integrados en los contratos o términos de referencia de los equipos técnicos, ni hay un requisito de capacitación obligatoria como parte del proceso de contratación. Aunque hay una plataforma virtual que ofrece una amplia gama de cursos en línea sobre diversos aspectos de la igualdad de género y la salud, esta no forma parte de un plan de capacitación integral con indicadores de seguimiento que permitan registrar el progreso con eficacia.

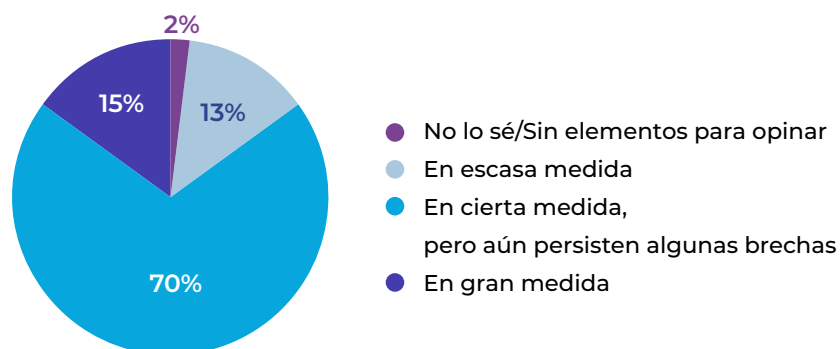
Resultado 31. La OPS ha avanzado considerablemente en la concientización de su personal sobre la importancia de integrar la igualdad de género en la cooperación técnica en todos los programas y políticas de salud. Sin embargo, no se ha hecho un esfuerzo suficiente por colaborar con los actores de la sociedad civil, un aspecto crucial para reforzar su papel de promoción y garantizar una participación sostenida en las estrategias y los programas de salud a largo plazo.

La concientización y la movilización sociales son cruciales para garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos en la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en materia de salud. Mediante diversas estrategias, estos esfuerzos abordaron las normas sociales y de género que repercuten en la transformación de las desigualdades de género en la salud pública. Según los datos de la encuesta (figura 11), el 70% de las personas encuestadas indicaron que la OPS ha creado conciencia en cierta medida sobre la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en materia de salud en todas sus representaciones de país en la Región, aunque todavía persisten algunas dificultades y obstáculos. Estas dificultades se refieren a la creación de consenso en torno al uso y el alcance del concepto de igualdad de género en el diseño y la aplicación de programas de forma integrada y sistemática, y no de manera voluntaria o *ad hoc*. Esto es especialmente importante dado el papel clave que desempeñan los Estados Miembros en la configuración de las políticas y normas públicas nacionales, proceso en el que las estrategias de cooperación con los países sirven de hoja de ruta para los esfuerzos conjuntos con la OPS.

³³ Los temas incluyen: análisis de género en la salud, formulación de políticas de salud con perspectiva de género, integración de la igualdad de género en la gestión del ciclo de los programas, comprensión básica de la igualdad de género y la salud, interseccionalidad en la salud, salud y derechos sexuales y reproductivos, VBC y salud, competencia cultural y género, y compromiso comunitario y género, entre otros.

Figura 11: Percepción de los esfuerzos de la OPS para concientizar sobre la integración de la igualdad de género en su cooperación técnica en materia de salud

¿En qué medida la OPS ha concientizado sobre la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica en la salud en la Región de las Américas?



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

En general, las redes y OSC que trabajan por los derechos de las mujeres y los derechos de las personas afrodescendientes y los Pueblos Indígenas han desempeñado un papel menos prioritario en los marcos de asociación a lo largo del ciclo de programación. Las OSC y los movimientos sociales no solo ofrecieron perspectivas territoriales y comunitarias complementarias de las que pueden carecer las estructuras estatales, sino que también desempeñaron un papel fundamental a la hora de impulsar las actividades de promoción y movilización social encaminadas a lograr cambios a largo plazo en las normas y prácticas sociales que perpetúan la desigualdad de género. También contribuyeron a que los Estados rindieran cuentas sobre el seguimiento y el reporte a los mecanismos de derechos humanos, la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* —además del ODS 3— y la reciente Cumbre del Futuro, en la que se reafirmó que el compromiso con la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas es un requisito previo esencial para el desarrollo sostenible.³⁴

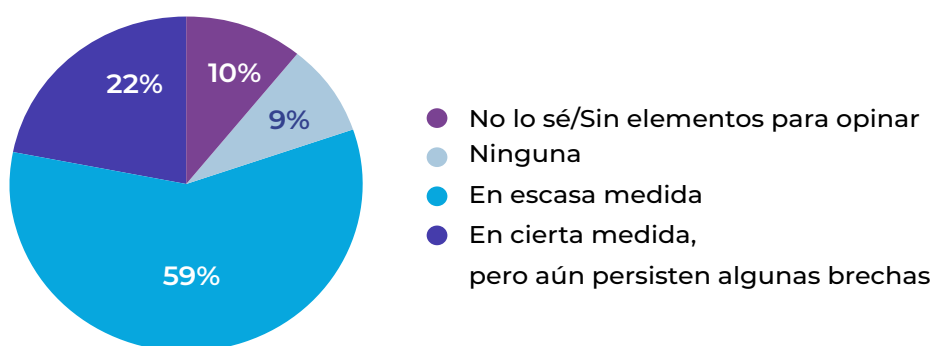
Las alianzas y asociaciones con redes, grupos y organizaciones de la sociedad civil no se han traducido sistemáticamente en procesos que fomenten su capacidad en materia de igualdad de género y salud. Aunque se han celebrado consultas con la sociedad civil durante la elaboración de las ECP, no se les ha dado prioridad. La mayoría de quienes respondieron la encuesta (figura 12) consideran que la OPS no ha contribuido lo suficiente a fortalecer las capacidades de las OSC. En cambio, otros organismos de las Naciones Unidas, como el UNFPA, han asumido un papel más activo en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de las redes de la sociedad civil para la promoción y la movilización social, sobre todo en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la prevención de la mortalidad materna.

³⁴ Esto se refleja en los principios rectores, los compromisos y las acciones de la Cumbre del Futuro. En este sentido, en la acción 8 se insta a garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos, y a acelerar la erradicación de todas las formas de violencia sexual y de género. Además, en la acción 31 se destaca la necesidad de aprovechar los avances tecnológicos y de innovación para abordar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, mientras que en la acción 43 se insta a revitalizar la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.

El valor agregado de la OPS para las organizaciones de la sociedad civil ha sido más evidente en la Iniciativa Spotlight para eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas, un programa multilateral con apoyo de la Unión Europea, en el que las OSC han desempeñado un papel crucial debido a sus estrechos vínculos con las comunidades implicadas en las intervenciones y a su potencial para defender cambios normativos e institucionales. En este contexto, se ha hecho hincapié en la labor subnacional y comunitaria como factor clave para lograr resultados sostenibles.

Figura 12: Percepción de la contribución de la OPS al fortalecimiento de las capacidades técnicas de las organizaciones de la sociedad civil

¿En qué medida considera que la OPS ha contribuido a fortalecer las capacidades técnicas de las organizaciones de la sociedad civil?



Fuente: encuesta al personal de la OPS.

Resultado 32. Durante el período abarcado por la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, se extrajeron enseñanzas en diferentes áreas esenciales para garantizar la sostenibilidad de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la Organización.

Se han realizado diversos esfuerzos para documentar los procesos de aprendizaje institucional en materia de igualdad de género y salud. Por un lado, hubo una enorme producción documental durante el período analizado, que el Equipo de Evaluación de la OPS registró en una síntesis de la evidencia que se consideró en este proceso de evaluación. Por otro lado, en las entrevistas con informantes clave y la encuesta realizada también se señalan enseñanzas que deben considerarse como insumos en la actualización de políticas y planes para que este aprendizaje fortalezca la sostenibilidad de los logros.

Para alcanzar una integración significativa de la perspectiva de género en la cooperación técnica en materia de salud es necesario un compromiso sostenido con la capacitación, la creación de capacidad y la asignación de recursos de manera continua. El proceso debe ser adaptable, estar abierto a nuevos enfoques y demostrar sensibilidad a los retos culturales, sociales y políticos. Promover la igualdad de género implica abordar las dinámicas de poder y las normas sociales profundamente arraigadas, lo que exige alianzas y enfoques estratégicos sólidos para hacer frente a las reacciones adversas.

Además, la generación de evidencia y datos desglosados es crucial para incidir en las políticas públicas y fomentar la transformación social a largo plazo. La colaboración interinstitucional, la cooperación Sur-Sur y las alianzas con la sociedad civil son vitales para integrar la igualdad de género como cuestión transversal en la cooperación técnica. A pesar del progreso alcanzado en varios países, sobre todo en ámbitos como la atención de salud para el personal, la atención prenatal y la planificación familiar, la plena integración de la igualdad de género se mantiene como un reto. El éxito dependerá de que se amplíen las asociaciones entre múltiples partes interesadas y se garantice que la igualdad de género no se considere una mera cuestión técnica, sino un elemento esencial de todas las iniciativas de salud, con el apoyo de políticas internas sólidas que defiendan la igualdad de género como un valor fundamental.



3. Conclusiones

3.1 Nivel estratégico

1. Concepto y enfoque de género. La OPS ha cambiado su enfoque para reconocer la importancia estratégica de la igualdad de género en sus actividades de cooperación técnica en materia de salud. La OPS ahora reconoce que, además de las mujeres, la gama de grupos sociales que se ven afectados por los constructos de género es más amplia.

El cambio de enfoque de la OPS se ha reflejado en sus prioridades institucionales, ya que la igualdad de género en la salud ha tenido fluctuaciones dentro del diseño y la planificación estratégica de la Organización. Este cambio pone de relieve la adaptación de la conceptualización de género a los contextos socioculturales emergentes y el esfuerzo por abordar las barreras estructurales más allá de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud. La evolución del concepto de género en la OPS refleja un compromiso particular por alejarse de las influencias políticas, habida cuenta de que el género era originalmente un marco teórico orientado a producir transformaciones sociales hacia una sociedad igualitaria. Esta evolución favorece una perspectiva de trabajo basada en el reconocimiento de los sujetos y las identidades más que una perspectiva que busque producir cambios estructurales y modificar las relaciones sociales jerárquicas. Desde una perspectiva conceptual, uno de los principales retos de la OPS para integrar eficazmente las cuestiones de género en la cooperación técnica es ir más allá de la dimensión biomédica de las condiciones de salud y desarrollar análisis que integren las dimensiones sociales y culturales. La igualdad de género se basa en la aplicación de un enfoque multidimensional y complejo, y de ello depende su potencial transformador.

2. Posicionamiento y liderazgo de las mujeres en el campo de la igualdad de género y la salud. La OPS ha logrado convertirse en una organización con liderazgo técnico en cuanto a la igualdad de género en la salud y ha promovido la inclusión de las mujeres en la toma de decisiones en los foros regionales en los que se aborda la salud pública y la salud mundial. Sin embargo, su posicionamiento y su capacidad para abogar por la igualdad de género en la salud han disminuido gradualmente en los últimos años debido a factores internos y externos, en un ámbito en el que hay una gran diversidad de actores regionales y en el que los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones han intensificado su trabajo y su visibilidad.

La OPS cuenta con un grupo de especialistas desde el decenio de 1990 que dirigen y promueve el trabajo sobre igualdad de género y salud, y con la primera mujer directora de una oficina regional de la OMS (2003). Durante la pandemia, la Directora de la OPS hizo hincapié en la necesidad de abordar la igualdad de género y adoptar un enfoque diferencial y de género en el contexto de una crisis sin precedentes en el ámbito de la salud (2020-2022). La pandemia de COVID-19 situó la salud pública como prioridad en la

agenda política y puso de relieve la necesidad de reforzar la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica. Con el tiempo, y más aún durante la pandemia, se ha reconocido a la OPS como un referente técnico de alto nivel y una organización que aborda las desigualdades de género en la salud con un enfoque de salud pública y basado en la evidencia. Estos factores han generado confianza y credibilidad entre los Estados Miembros y los actores del sector de la salud. Sin embargo, la visibilidad de la labor de la OPS en materia de igualdad de género ha disminuido debido a las distintas intensidades y recursos dedicados específicamente a la igualdad de género en la salud a lo largo de los años, la obsolescencia de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, la rotación del personal (internamente y en las contrapartes nacionales), la escasez de recursos y otros factores contextuales.

3. Alianzas y colaboraciones. Las alianzas establecidas con otros organismos y con organizaciones regionales han sido fundamentales para lograr algunos hitos clave relacionados con el género y la salud en la Región. Estas alianzas también han sido importantes al destacar las desigualdades de género en el sector de la salud e integrarlas en la agenda de la OPS. Sin embargo, las fluctuaciones que se han registrado en algunas alianzas han afectado la capacidad de la OPS de ampliar su cooperación técnica, mantener la rendición de cuentas interna y aprovechar plenamente las capacidades regionales existentes, como redes, universidades y centros colaboradores.

La colaboración y el trabajo estructurado entre organismos y organizaciones regionales (la CEPAL, el UNFPA, ONU Mujeres, el ONUSIDA y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros) han ampliado la promoción, la cooperación técnica y el análisis con los Estados Miembros y demás interesados del sector de la salud. También han sido importantes los mecanismos de integración regional, como la Comisión de Género y Salud de COMISCA. En menor medida, la OPS ha establecido alianzas con organizaciones, redes y grupos de la sociedad civil del movimiento feminista, de personas afrodescendientes y Pueblos Indígenas a nivel regional. Sin embargo, algunas alianzas que han funcionado bien han sufrido fluctuaciones o han concluido. La presencia de las OSC en la red de alianzas y actividades de la OPS (una de las cuatro áreas estratégicas de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*) se ha diluido con el tiempo. Además, la discontinuidad en la participación de las OSC en los mecanismos institucionales de orientación y seguimiento de la aplicación de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* socavó la rendición de cuentas, tanto interna como externa. La OPS ha colaborado con universidades, centros de investigación y centros colaboradores; pero la capitalización de la experiencia de algunos actores, referentes mundiales en igualdad y equidad en la salud, ha sido limitada.

4. Planificación estratégica de la OPS. Desde el 2014, el género se ha considerado un tema transversal en la planificación estratégica de la OPS. Sin embargo, debido a las diferencias en la formulación de indicadores en los tres planes estratégicos más recientes y en los indicadores del marco de seguimiento del plan estratégico ha sido difícil determinar la contribución de cada resultado intermedio a la reducción de las desigualdades de género, el análisis de los resultados y las tendencias a lo largo del tiempo, y la obtención de una visión general de los cambios en la desigualdad de género en materia de salud.

La formulación de los indicadores clave de la igualdad de género en la salud del actual Plan Estratégico (resultado intermedio 26 sobre los temas transversales) ha cambiado en comparación con los planes estratégicos anteriores. Lo mismo ocurre con otros indicadores relevantes para la igualdad de género en la salud (por ejemplo, los resultados intermedios 18 y 19). La discontinuidad de algunos indicadores entre los planes estratégicos ha hecho imposible reconstruir su evolución en el tiempo. A su vez, no se presentan informes de progreso sobre la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*, por lo que no fue posible hacer un seguimiento de la evolución de los indicadores clave. Los planes estratégicos no han incluido mecanismos precisos de seguimiento y rendición de cuentas que permitan evaluar la contribución de los productos y resultados a la igualdad de género. En el *Plan Estratégico 2020-2025* se incorpora por primera vez un análisis de parámetros seleccionados de desigualdad en la salud en la Región que, aunque limitado a una selección de indicadores indirectos, constituye una excelente base para la futura planificación estratégica y el análisis de las desigualdades de género.

3.2 Nivel operativo

5. Equilibrio entre los enfoques centrados en el género y los enfoques más amplios. La integración del enfoque de género en las actividades de cooperación técnica de la OPS ha oscilado entre comprenderlo como algo específico centrado en el género y comprenderlo como algo que se integra en marcos más amplios, como los determinantes sociales de la salud, la equidad y los derechos humanos. Con el tiempo, esto ha generado “tensiones” conceptuales y programáticas por las cuales ha sido difícil encontrar un equilibrio adecuado entre seguir prestando cooperación técnica en apoyo del enfoque de los determinantes sociales de la salud y, al mismo tiempo, promover intervenciones centradas y transformadoras con potencial para reducir las desigualdades de género en materia de salud.

La OPS ha estructurado cada vez más su cooperación técnica para la igualdad de género y la salud en torno al marco de los determinantes sociales de la salud, pero ha habido un debate (o “tensión conceptual”) en la Organización que se originó en definiciones epistemológicas y que ha tenido consecuencias para la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS. Este debate ha dado lugar, por un lado, a estrategias o medidas que se han percibido como “reduccionistas” puesto que no incorporan marcos más amplios. Por otro lado, también ha dado lugar a otras medidas que han diluido la importancia de los análisis y enfoques específicos de género. La OPS ha integrado los conceptos de equidad e igualdad en la salud, de interseccionalidad y de trabajo intersectorial en su cooperación técnica. Sin embargo, su aplicación se ha

enfrentado a la complejidad de las intervenciones intersectoriales a largo plazo, a la escasa prioridad concedida por los Estados Miembros a los determinantes sociales de la salud y a un difícil equilibrio entre cultivar espacios de diálogo institucional y técnico con los Estados Miembros e influir en la protección y el cumplimiento de los derechos. Además, en la evaluación se detectó que, en la estructura institucional, las cuestiones de género compiten con otros temas transversales, y se ha hecho difícil encontrar una complementariedad interna adecuada. En cuanto al personal, la mayor presencia de perfiles médicos (y del sector de la salud en general) ha hecho que prevalezca en la Organización una visión biomédica del género y la salud.

6. Capacidad de adaptación. La OPS ha seguido integrando la igualdad de género en la salud en sus actividades de cooperación técnica a pesar de los cambios en el contexto político, social y económico, así como en el contexto sociocultural de los países. A nivel de país, la OPS ha proporcionado cooperación técnica no solo a los Estados Miembros comprometidos con la igualdad de género, sino también a otros Estados Miembros que ya no dan prioridad a la agenda de género y en los que abordar los derechos y algunas cuestiones críticas en relación con el género que repercuten en la salud pública ha sufrido retrocesos.

La adaptación de la cooperación técnica de la OPS a los diversos contextos nacionales y subnacionales ha permitido a los Estados Miembros lograr una adecuación cultural y una aceptabilidad positivas de las intervenciones de salud. Las actividades de la OPS han sido muy valiosas para las comunidades y los asociados, en contextos en los que la Organización ha realizado intervenciones subnacionales adaptadas a las realidades locales concretas y trabajando con actores en primera línea de atención. Desde un punto de vista institucional, su legitimidad (mandato) y credibilidad (conocimiento experto) le han permitido a la OPS transitar por una gran variedad de situaciones nacionales, desde países que son líderes mundiales en la agenda de igualdad de género hasta otros que han desmantelado las políticas públicas sobre el género. En la evaluación se ha recogido la creciente y amplia preocupación por la aparición de movimientos conservadores que cuestionan los avances en asuntos esenciales de salud pública y derechos que suponen un riesgo para algunos de los logros de los últimos veinte años (por ejemplo, en algunos países se ha detectado una reticencia cada vez mayor frente a las cuestiones relacionadas con la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva y la educación sexual integral en las escuelas).

7. Contribución de la OPS a la igualdad de género en los resultados en el ámbito de la salud. La OPS ha realizado importantes contribuciones programáticas a fin de impulsar el avance en torno a varios temas clave (la VBG, la salud sexual y reproductiva, y el acceso a la atención de salud para los grupos en situación de vulnerabilidad). Se ha reconocido que la generación y el análisis de datos y herramientas por parte de la OPS son parte del valor agregado que aporta; de hecho, han sido fundamentales para apoyar el análisis de las desigualdades de género en la salud que realizan los Estados Miembros. Sin embargo, a nivel de país persisten retos relacionados con la fragmentación de la información sobre el género y la interseccionalidad, y la necesidad de que haya un mayor desglose de los datos, de optimizar los sistemas disponibles de información de salud y del registro civil, y de usar los datos para la toma de decisiones fundamentadas informadas en materia de salud.

La cooperación técnica de la OPS ha contribuido a formular legislación y políticas de salud a nivel nacional más inclusivas en algunos países, a reforzar el acceso a la atención de salud y los cuidados interculturales en zonas desatendidas, y a abordar las brechas críticas de género en el campo de la salud. Algunas intervenciones innovadoras incluyen la elaboración de indicadores regionales de género y salud, el apoyo a los hogares maternos y las prácticas de partería, la vacunación de adolescentes contra el VPH para prevenir el cáncer, la integración de las embarazadas en la producción de vacunas y los ensayos clínicos, y el aumento de la comprensión de la violencia en el proceso reproductivo. La generación de evidencia ha contribuido a las estrategias e intervenciones nacionales para reducir las desigualdades de género en la salud, como se desprende de numerosos estudios y publicaciones regionales y nacionales. Asimismo, ha habido consenso sobre la importancia y el potencial del Portal de Indicadores Básicos de la OPS (entre otras herramientas de la Organización) y el trabajo con los registros civiles. En fechas más recientes, la OPS ha contribuido a subsanar algunas brechas críticas en las desigualdades de salud de algunos perfiles y comunidades específicos (por ejemplo, información estadística sobre la población afrodescendiente). Sin embargo, los sistemas nacionales de información de salud aún deben ampliar el desglose (por ejemplo, etnicidad, datos subnacionales), el intercambio de datos y la interoperabilidad.

8. Política de la OPS en materia de igualdad de género y plan de acción conexo. Pese a su escasa difusión, la aplicación de la Política de la OPS en igualdad de género y el plan de acción conexo fomentaron la integración de consideraciones de género en los sistemas de salud y las políticas nacionales. Esto ha contribuido al progreso en las cuatro áreas estratégicas de la OPS (evidencia, creación de capacidad, participación de la sociedad civil e institucionalización y seguimiento) en los Estados Miembros. Sin embargo, la aplicación de esta política y el plan ha sido desigual y ha estado fragmentada.

La aplicación de la política y su correspondiente plan de acción a nivel nacional muestra los avances más notables en el desglose de datos por sexo y edad en los países, la producción de perfiles y estudios nacionales sobre igualdad de género y salud, la creación de herramientas para el análisis de género y salud, y la capacitación de profesionales de la salud para abordar las cuestiones de género y salud en grupos de población específicos (mujeres indígenas, personas afrodescendientes y personas LGBTI). Se ha avanzado parcialmente en la creación y consolidación de observatorios nacionales de igualdad de género y salud, y en la cuantificación de los cuidados de salud no remunerados en las cuentas nacionales. Sin embargo, los indicadores del plan de acción mostraron una falta de progreso en la formulación de políticas o estrategias nacionales para la igualdad de género y la salud (incluido el informe), dificultades para movilizar recursos nacionales específicamente destinados a la igualdad de género y la salud, y una falta de mecanismos estables para integrar la igualdad de género en la planificación y presupuestación públicas, y la participación de la sociedad civil. En cuanto al seguimiento, se informó de manera periódica acerca de los indicadores del plan de acción. Aun así, esto se centró más en los productos (o “procesos”) que en los resultados (cambios en las desigualdades de género en el ámbito de la salud).

Las pautas definidas en la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* no se han trasladado sistemáticamente a todas las fases del ciclo de programación (proyectos) y a las ECP con los países. Además, la fragmentación en la recopilación y difusión de datos sobre género y otras dimensiones interseccionales ha limitado la capacidad de la OPS para dar seguimiento y evaluar de forma sistemática el progreso en los proyectos y en esta política. La OPS ha trabajado en el diseño y la adaptación de herramientas para incorporar de forma práctica la igualdad de género en la recaudación de fondos (por ejemplo, una lista de verificación para el diseño de los proyectos que se presentan a los donantes). Esta práctica se limita solo a una fase del ciclo de programación y no se extiende sistemáticamente a las fases de ejecución y evaluación. Por otro lado, si bien la OPS cuenta con una plataforma virtual con diversos programas de capacitación sobre la igualdad de género y la salud, en las encuestas y entrevistas se observan las dificultades que tienen estos procesos de creación de capacidad técnica e individual para llegar a toda la Organización.

3.3 Nivel institucional

9. Organigrama. Desde el 2023, la Unidad de Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural (EG) del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud (DHE) ha fortalecido su papel en la prestación de apoyo técnico transversal a las entidades de la OPS. La nueva configuración de la unidad y del departamento fortalece la operacionalización de los enfoques intersectoriales. Sin embargo, el trabajo en silos y las limitaciones en los recursos pueden restringir la capacidad de esta unidad para promover la igualdad de género en la salud dentro de la Organización, y para fortalecer el posicionamiento de la OPS y sus esfuerzos de promoción de estos temas.

La creación del Departamento de DHE en el 2023 respondió a la necesidad de reforzar el apoyo técnico en materia de género y salud dirigido al personal y a las entidades de la OPS. Esta ha sido una de las principales demandas del personal de la OPS que se encontraron durante la evaluación. Dado el carácter transversal de la igualdad de género en la salud (lo que significa apoyo técnico para todas las entidades, incluidas las representaciones de país y el personal directivo superior de la OPS en su labor de promoción regional), la magnitud de las necesidades observadas no ha ido acompañada de cambios significativos en la asignación de recursos a la unidad de EG. El cambio de posición de dicha unidad en el organigrama ha generado diferentes opiniones en la Organización. Por un lado, parte del personal de la OPS reconoce la importancia de contar con una unidad técnica especializada que apoye la aplicación práctica de herramientas y enfoques de trabajo en todas las entidades de la Organización. Por otro lado, hay personal de la OPS que cree que trasladar las cuestiones de género del nivel de la alta dirección a un nivel técnico implica una menor capacidad institucional para promover la agenda de género (tanto interna como externamente). Además, algunas áreas asociadas al trabajo para la igualdad de género en la salud (por ejemplo, contra la VBG) todavía dependen funcional y jerárquicamente de otras unidades, lo que dificulta tener una visión global e integrada de la labor de la Organización sobre la igualdad de género en la salud.

10. Recursos humanos especializados. La OPS cuenta con recursos humanos especializados en materia de género e igualdad a nivel nacional y regional. El personal ha contribuido a que se reconozca la calidad técnica de las actividades de cooperación técnica de la OPS, pero se ha visto desbordado por la amplitud e intensidad de las múltiples solicitudes o condicionado por la incertidumbre en cuanto al financiamiento a corto plazo.

Algunas representaciones de país cuentan con puntos focales para abordar cuestiones de género, equidad y etnicidad. Sin embargo, estos puntos focales no poseen atribuciones ni porcentajes de dedicación específica para los programas de género y a menudo tienen otras responsabilidades además de las relativas a la igualdad de género. Las actividades de los recursos humanos especializados en las cuestiones de género para brindar apoyo transversal a otros programas o entidades de la OPS también se han visto impedidas por la falta de un programa de capacitación específico para todo el personal de la Organización o de herramientas adecuadas disponibles para la labor en torno a la igualdad de género. El enfoque de recursos humanos ha sido de especialización, por lo que se constituyen equipos con capacitación específica pero no generalizada en género, que sería necesaria para ejecutar estrategias intersectoriales e interdisciplinarias en todas las entidades de la OPS.

11. Asignación de recursos. Los recursos asignados para la aplicación de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y su plan de acción conexo y otras intervenciones (en el marco de los planes estratégicos o de proyectos específicos) han sido modestos. Además, la dependencia de la OPS de unos pocos donantes en ocasiones ha determinado la prioridad que se da a la igualdad de género en la agenda de la salud en las actividades de cooperación técnica de la Organización y a la promoción de temas específicos relativos al género y la salud.

Las medidas de la OPS en materia de género y salud han estado vinculadas al financiamiento del Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá y los países escandinavos (y, en menor medida, de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y de la Unión Europea). La participación sostenida de donantes clave ha sido determinante para dar continuidad a la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS en materia de salud. Esto se ha logrado a pesar de las fluctuaciones presupuestarias y de un desajuste específico en algunas áreas entre las orientaciones de los donantes y las de la OPS. En lo institucional, la estructura presupuestaria de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y de los tres planes estratégicos no ha permitido estimar la movilización de recursos para reducir las desigualdades de género.

4. Recomendaciones

Las recomendaciones se estructuran en torno a cinco áreas de acción principales, sobre las cuales ha habido un alto nivel de consenso durante la evaluación. Estas representan oportunidades para la evolución de la integración de la igualdad de género en la cooperación técnica de la OPS. A nivel estratégico y habida cuenta de la dificultad de dar seguimiento a la incorporación de la igualdad de género en el *Plan Estratégico 2020-2025* y en todas las entidades de la OPS (como se indica en las conclusiones), se sugieren algunos cambios en la forma de incorporar (y de medir) las desigualdades de género en el próximo Plan Estratégico de la OPS 2026-2031. El enfoque de “doble vía” sugerido (que se ajusta a las pautas y publicaciones internacionales) combina la incorporación de la perspectiva de género con intervenciones o programas específicos para reducir las desigualdades de género. Además, la obsolescencia de la *Política de la OPS en materia de igualdad de género* y del plan de acción conexo requiere una actualización considerable para definir lineamientos técnicos actualizados acordes a los cambios que ha registrado la Región en los últimos 15 años. A su vez, el fortalecimiento de DHE es crucial para cumplir con su función principal de brindar apoyo técnico a todas las entidades y programas de la OPS en respuesta a lo que se ha señalado unánimemente como una necesidad importante durante la evaluación.

Desde una perspectiva operativa, el mayor énfasis en los determinantes sociales y la interseccionalidad motiva la necesidad de reforzar la coordinación y el trabajo conjunto con otros organismos, el sector académico y la sociedad civil. En el pasado, las medidas conjuntas con las partes interesadas clave del ámbito de la salud permitieron fortalecer la labor operativa y de promoción con los Estados Miembros, y ha marcado una diferencia. Además, para abordar las causas fundamentales de las desigualdades en la salud también se requiere un mayor compromiso por parte de los Estados Miembros para promover políticas públicas e intervenciones multisectoriales según un marco de determinantes de la salud e interseccionalidad. Asimismo, la necesidad de promover cambios cuantificables en las desigualdades de género en la salud y los determinantes asociados motiva la recomendación de ampliar la cooperación técnica de la OPS al nivel subnacional, en coordinación con los Estados Miembros, de trabajar con instituciones y organizaciones locales, y de optimizar el uso de datos locales en áreas prioritarias con desigualdades prolongadas en la salud.

A nivel institucional, la creación de un consenso interno en torno a la igualdad de género en la salud es esencial para armonizar la visión y los enfoques en todas las entidades de la OPS. Asimismo, el examen de la guía para elaborar las ECP y el fortalecimiento de las capacidades técnicas y humanas dotarían a la Organización de conocimientos, competencias y herramientas actualizadas y adaptadas a los retos de la igualdad de género y la salud en la Región.

4.1 Nivel estratégico

| Recomendación | Cómo (líneas de acción sugeridas) | Quién | Prioridad | Cuándo |
|--|--|------------------------|-----------|-----------|
| R1. Integrar la igualdad de género en los enfoques transversales, los resultados intermedios y los resultados inmediatos del Plan Estratégico de la OPS 2026-2031 (en consonancia con el 14.º Programa General de Trabajo de la OMS) y promover una mayor incorporación de la igualdad de género en las políticas y estrategias nacionales de salud de los Estados Miembros, a fin de fortalecer la visibilidad y el seguimiento de la cooperación técnica de la OPS en materia de igualdad de género y los cambios en la desigualdad de género en la salud a nivel de país | R1.1 Adoptar un enfoque de “doble vía” (combinando acciones integradas¹ y focalizadas²) para incorporar la igualdad de género en el Plan Estratégico de la OPS 2026-2031 (resultados intermedios y resultados inmediatos) y en todas las entidades de la OPS. | DHE/ PBE/ EIH | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Definir un resultado intermedio específico sobre las desigualdades en la salud (incluidos indicadores) y los resultados inmediatos conexos centrados en las desigualdades de género, en el marco más amplio de los determinantes de la salud y la interseccionalidad. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Adoptar un marcador de género para dar seguimiento a la integración de la igualdad de género en los resultados intermedios, los resultados inmediatos y la asignación presupuestaria, y hacer el seguimiento del progreso a lo largo del tiempo. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Definir los niveles de desglose de los indicadores de los resultados intermedios y los resultados inmediatos para permitir el seguimiento de los efectos de las intervenciones apoyadas por la OPS sobre los determinantes que causan desigualdades de género en la salud de los grupos vulnerables. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Armonizar el informe por parte de las entidades de la OPS en el seguimiento y evaluación del desempeño y las evaluaciones de fin de bienio a fin de mejorar el seguimiento de las desigualdades de género en la salud y la consolidación de los datos a nivel regional. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Integrar las normas y recomendaciones internacionales de derechos humanos (por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) sobre la igualdad de género y los derechos de las mujeres en la planificación estratégica de la OPS. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Estipular un porcentaje del presupuesto de la Organización para integrar la igualdad de género en el Plan Estratégico de la OPS, mediante la asignación de recursos para personal, capacitación, asistencia técnica, investigación y convenios de colaboración con instituciones y universidades. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Aprovechar las oportunidades para reforzar la integración de la igualdad de género en las áreas emergentes de la agenda regional en materia de salud, como el cambio climático y la seguridad sanitaria (por ejemplo, un acuerdo mundial de respuesta a las pandemias). | | Alta | 2025 |
| | R1.2 Fortalecer las sinergias institucionales y asignar recursos proporcionales al Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales de la Equidad en la Salud (DHE) para asegurar que cumpla su función de brindar apoyo técnico a todas las entidades y programas de la OPS. | DHE/ PBE/ AD/DIR | Media | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Asignar recursos humanos, financieros y técnicos adecuados y regulares para garantizar la prestación de apoyo técnico transversal por parte de DHE a todas las entidades de la OPS. | | Alta | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el vínculo entre DHE y las instancias directivas de la OPS para apoyar las actividades de promoción de la Organización en favor de la equidad de género en la salud con las partes interesadas regionales y mundiales. | | Media | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los mecanismos de supervisión y apoyo técnicos de DHE a nivel subregional y en las representaciones de país para garantizar el despliegue sistemático de las nuevas pautas sobre igualdad de género en la salud y la aplicación de mecanismos institucionales de seguimiento y aprendizaje. | | Media | 2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los mecanismos de colaboración dentro de DHE para armonizar los enfoques de género, equidad, derechos humanos y diversidad, y la coordinación con los equipos que trabajan en la respuesta a la VBG. | | Alta | 2025 |

| Recomendación | Cómo (líneas de acción sugeridas) | Quién | Prioridad | Cuándo |
|--|--|------------|-----------|-----------|
| | R1.3 Promover que los Estados Miembros adopten un enfoque que tenga en cuenta el género como vía para alcanzar la cobertura universal de salud. | DHE/ AD | Alta | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la integración de la perspectiva de género en el análisis, el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de las políticas, estrategias y servicios de salud de los sistemas nacionales de salud de los Estados Miembros. | | Alta | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Diseñar y examinar aquellos programas y servicios de salud que reconozcan y aborden las diferencias de género en cuanto a estado de salud, riesgo, comportamiento, necesidad y acceso, sobre la base de datos de salud desglosados. | | Media | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Garantizar la adecuada representación de las organizaciones de la sociedad civil y de la diversidad de género en el diseño, la toma de decisiones, la aplicación y el seguimiento de las políticas y estrategias de salud destinadas a reducir las desigualdades. | | Alta | 2025–2031 |
| R2. Elaborar nuevas pautas sobre la igualdad de género en salud que reflejen la evolución de las cuestiones de género y salud en la Región, las necesidades de los Estados Miembros y las comunidades, y las pautas mundiales de la OMS | R2.1 Diseñar y poner en marcha un proceso participativo con las principales partes interesadas regionales y nacionales (teniendo en cuenta la diversidad de puntos de vista institucionales, políticos y socioculturales sobre el género en la Región) para facilitar la elaboración de nuevas pautas sobre la igualdad de género en la salud y la actualización del plan de acción conexo. | DHE | Alta | 2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Elaborar una definición común de la igualdad de género en la salud (y otros conceptos pertinentes, como la interseccionalidad) para garantizar una comprensión uniforme en toda la Organización. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Difundir las nuevas pautas entre el personal, los asociados y los contratistas de la OPS, y adaptar los procedimientos operativos estandarizados cuando corresponda. | | Media | 2026 |

¹ Por medidas integradas se entiende prestar atención a las cuestiones de igualdad de género pertinentes como parte habitual y rutinaria de las políticas y los programas en todos los ámbitos, de tal modo que las políticas y los programas demuestren una perspectiva de género.

² Las intervenciones específicas son aquellas en las que la igualdad de género es el objetivo principal o primario (centradas en brechas y retos específicos de la igualdad de género).

4.2 Nivel operativo

| Recomendación | Cómo (líneas de acción sugeridas) | Quién | Prioridad | Cuándo |
|---|--|----------------------------|-----------|-----------|
| R3. Abogar por que los Estados Miembros den prioridad a las actividades relativas a los determinantes de la salud y mejorar la colaboración con los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones nacionales y regionales, las administraciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil para fomentar la colaboración intersectorial | R3.1 Optimizar la experiencia, los recursos y las complementariedades entre los asociados clave para fortalecer la atención prestada a los determinantes de la salud, ampliar el alcance programático y la promoción conjunta con los Estados Miembros, y ganar eficiencia institucional. | DHE/ ERP/ AD/ CSC | Alta | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Continuar abogando ante los ministerios de salud para que: 1) actualicen o definan políticas y planes de salud que incorporen estrategias e intervenciones específicas para reducir las desigualdades de género, 2) diseñen y adopten protocolos de atención de salud sensibles al género en los servicios y programas nacionales de salud, y 3) refuercen el enfoque de la salud en todas las políticas con los actores nacionales además de los ministerios de salud (por ejemplo, equipos interministeriales). | | Alta | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la colaboración y coordinación interinstitucional con los organismos de las Naciones Unidas en áreas comunes de los respectivos mandatos relativas a la igualdad de género en la salud. | | Media | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Promover la recopilación coordinada, el intercambio y el uso conjunto de datos con los organismos de las Naciones Unidas para facilitar un análisis más amplio de las desigualdades y aumentar la visibilidad de los diversos grupos poblacionales en los registros administrativos y los sistemas estadísticos nacionales (en consonancia con las iniciativas en curso, como la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, la Conferencia Estadística de las Américas, el centro de procesamiento de datos Women Count y el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre las Estadísticas de Género). | | Media | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Reforzar la colaboración con los procesos y organizaciones de integración subregional (por ejemplo, MERCOSUR, SICA, CARICOM) para facilitar la adaptación de los enfoques de igualdad de género a las especificidades subregionales y nacionales. | | Media | 2025–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las asociaciones con el sector académico y los principales centros regionales de investigación para profundizar en el conocimiento de las desigualdades de género en la salud y fortalecer las estrategias, las políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia. | | Media | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil pertinentes en los mecanismos nacionales de diseño, seguimiento y rendición de cuentas por las políticas y estrategias de salud encaminadas a fortalecer la integración de la perspectiva de género en el sector de la salud. | | Alta | 2025–2026 |
| R4. Ampliar la cooperación técnica de la OPS en materia de igualdad de género para llegar a las áreas subnacionales priorizadas a fin de contribuir a generar cambios medibles en cuanto a las desigualdades en la salud y de fortalecer las actividades de promoción a nivel central | R4.1 Seleccionar áreas y lugares a nivel subnacional con indicadores críticos en materia de desigualdad en la salud y determinar puntos de entrada locales a fin de diseñar y aplicar intervenciones interseccionales (“proyectos emblemáticos”) centradas en la reducción de las desigualdades y el seguimiento de los cambios en las disparidades de género a lo largo del tiempo. | DHE/ EIH | Alta | 2026–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Establecer asociaciones y mecanismos de trabajo conjunto con autoridades, comunidades, organizaciones de base y líderes locales para promover la participación social y la apropiación y continuidad de las intervenciones que reciben apoyo de la OPS (y capitalizar el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables). | | Alta | 2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Apoyar la producción y el uso de datos de calidad con al menos cuatro variables de desglose (sexo, edad, origen étnico y lugar de residencia) en los distintos niveles de atención (datos rutinarios) y optimizar los datos disponibles de fuentes a nivel poblacional (por ejemplo, sistemas de registro civil) y fuentes institucionales (por ejemplo, registros de hospitales) para medir los avances en relación con: <ul style="list-style-type: none"> el acceso a los servicios de salud, y los resultados clave en materia de salud. | | Alta | 2026–2031 |

4.3 Nivel institucional

| Recomendación | Cómo (líneas de acción sugeridas) | Quién | Prioridad | Cuándo |
|--|---|---------------------|-----------|-----------|
| R5. Fortalecer las capacidades y competencias técnicas y operativas del personal de la OPS en todos los niveles (nacional, subregional y regional) para integrar mejor la igualdad de género en las actividades de cooperación técnica de la OPS | R5.1 Desarrollar las capacidades institucionales para diseñar y aplicar estrategias de cooperación con los países (ECP) en las que se pueda integrar la igualdad de género, asignarle recursos, darle seguimiento y evaluarla. | DHE/ CSC/ PBE | Alta | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fomentar un proceso de reflexión regional en mesas redondas con asociados y especialistas, a fin de adoptar una definición compartida de igualdad de género en la salud con vistas a elaborar estrategias, formular políticas y planificar. | | Alta | 2025 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Adaptar la guía de la OMS del 2023 sobre las ECP (ajustada a las nuevas pautas de la OPS sobre igualdad de género) con el fin de lograr lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> reflejar las especificidades regionales; orientar a los países en la elaboración del perfil de los grupos poblacionales desfavorecidos y excluidos a nivel subnacional, y en el diseño de intervenciones intersectoriales adaptadas a las condiciones locales | | Media | 2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Adoptar el uso de las herramientas de la OPS o de la OMS para profundizar en el análisis de las desigualdades ecosociales en la salud (OPS) y de la equidad en la salud (las herramientas de la OMS de evaluación de la equidad en la salud) para elaborar las ECP. | | Media | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Promover y sistematizar el desglose de datos (con cuatro variables como mínimo, basadas en las fuentes nacionales disponibles) en el análisis de la situación de las ECP, así como la atención prestada a las áreas subnacionales con indicadores persistentes de inequidad en la salud. | | Media | 2025–2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Crear y poner a disposición de todo el personal y los asociados de la OPS un repositorio de las estrategias e intervenciones más eficaces para reducir las desigualdades de género en las diversas áreas programáticas de la Organización, a fin de fortalecer los mecanismos de aprendizaje institucional. | | Media | 2026–2031 |
| | R5.2 Proporcionar a la Organización conocimientos actualizados y las herramientas necesarias para desarrollar las competencias del personal en materia de igualdad de género e interseccionalidad. | DHE/ CSC/ AD | Alta | 2026–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Diseñar y aplicar programas obligatorios de capacitación centrados en la igualdad de género y la interseccionalidad para todo el personal, incluidas las nuevas contrataciones y los asociados. | | Alta | 2026 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Establecer reuniones e intercambios periódicos de los puntos focales de género para fortalecer las sinergias entre las representaciones de país. | | Media | 2026–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Documentar y difundir las mejores prácticas y experiencias para integrar la igualdad de género en la cooperación técnica en materia de salud a nivel subregional, con el fin de facilitar la colaboración entre las representaciones de país y el intercambio de experiencias dentro de las comunidades de prácticas. | | Media | 2026–2031 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la integración del enfoque de la igualdad de género en la elaboración y el examen de las pautas y los manuales operativos de la OPS para el trabajo programático (por ejemplo, la guía de la OMS del 2023 sobre las ECP, las directrices técnicas para la preparación y la respuesta ante emergencias [evaluación de daños y análisis de las necesidades de salud en situaciones de desastre, salud mental en situaciones de desastre], el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y la salud mental, la gestión de eventos adversos durante la administración masiva de medicamentos). | | Alta | 2026–2031 |

Referencias

1. Naciones Unidas, Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe (RCP LAC). Perfil regional de igualdad de género para América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá: Naciones Unidas; 2024. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2025-02/es-perfilregionaligualdadgenero-alc_26marzo24.pdf.
2. McKinsey Health Institute, Foro Económico Mundial. Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2024. Disponible en: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women's_Health_Gap_2024.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Portal de Indicadores Básicos: Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 29 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle: Universidad de Washington; 2015 [consultado el 28 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>.
5. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos: visualizaciones. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 13 de enero del 2025]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones>.
7. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York, 18 de diciembre de 1979. Nueva York: Naciones Unidas; 1979 [consultado el 20 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.
8. ONU Mujeres. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Declaración política y resultados de Beijing +5. Nueva York: ONU Mujeres; 2015. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>.
9. ONU Mujeres. Global Gender Equality Constitutional Database. Nueva York: ONU Mujeres; [fecha desconocida] [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://constitutions.unwomen.org/en>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Avances de la OPS en materia de igualdad de género en la salud 2009-2019. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55369>.

11. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (modificado) [Documento Oficial 345]. Washington, D.C.: OPS; 1. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41494&Itemid=270&lang=es.
12. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género [documento CD46/12]. Washington, D.C.: OPS; 2005. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/GOV/CD/cd46-12-s.pdf>.

Apéndices

Estos apéndices forman parte del volumen II y se han publicado solo en la versión inglés:

Apéndice 1. Glosario de términos y definiciones

Apéndice 2. Contexto

Apéndice 3. Cronograma: principales hitos normativos e institucionales

Apéndice 4. Organizaciones consultadas

Apéndice 5. Matriz de la evaluación

Apéndice 6. Teoría del cambio reconstruida

Apéndice 7. Encuesta de percepción del personal de la OPS

Apéndice 8. Aplicación del escáner de género

Apéndice 9. Análisis de país: Colombia

Apéndice 10. Análisis de país: Panamá

Apéndice 11. Análisis de país: Trinidad y Tabago

Apéndice 12. Análisis de país: Brasil

Apéndice 13. Referencias

En el 2024, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se embarcó en una evaluación crucial para estimar la integración de la igualdad de género en sus actividades de cooperación técnica. A cargo de un equipo independiente, la evaluación se realizó entre febrero y noviembre del 2024 y en ella se utilizaron métodos de recopilación de datos presenciales y a distancia.

En este informe exhaustivo se analiza el grado en que la igualdad de género se ha incorporado a las iniciativas de la OPS y se examinan sus efectos en los sistemas y las políticas de salud en toda la Región de las Américas. Centrada en el período comprendido entre el 2005 y el 2023, en la evaluación se ofrece un análisis exhaustivo de los esfuerzos estratégicos, operativos e institucionales de la OPS para promover la igualdad de género.

Por medio de estudios en profundidad realizados en Colombia, Panamá y Trinidad y Tabago, y de análisis amplios realizados en Brasil, Cuba, México y Uruguay, se brinda también una comprensión más profunda de la dinámica regional. Se ponen de relieve los logros de la OPS, se señalan los retos y se formulan recomendaciones prácticas para orientar las actividades futuras.

Una lectura esencial para responsables de formular políticas, profesionales de la salud y defensores de estos temas, en este informe se subraya la importancia crucial de la igualdad de género en la salud y se ofrecen recomendaciones para avanzar en estos esfuerzos en los próximos años.

OPS

www.paho.org



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

