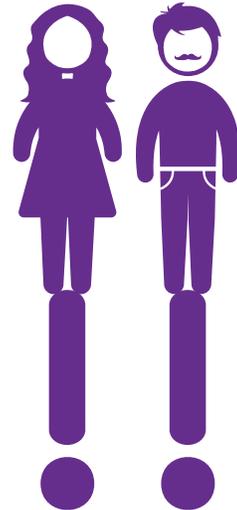




PLAN SECTORIAL DE IGUALDAD EN SALUD

Eje 4
PRIEG/SICA



CONTENIDO

Gobernanza del Plan Sectorial	3
Dos categorías de análisis: Determinación Social de la Salud y Equidad de Género	4
Las inequidades de género en salud	7
Inequidades económicas	8
Las inequidades y los derechos sexuales y reproductivos	12
El empoderamiento como parte de la superación de las inequidades en salud	14
El eje de Salud en Igualdad en la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género.	16
Marco de resultados 2016-2017	18
Seguimiento del plan sectorial Salud en Igualdad.	19
Anexo I. Marco de resultados del eje de salud en igualdad	20
Bibliografía	27

GOBERNANZA DEL PLAN SECTORIAL.

La Política Regional de Igualdad y Equidad de Género (PRIEG/SICA), aprobada en el año 2013, es una política transversal cuyo objetivo, al 2025, es que los Estados parte del SICA hayan institucionalizado medidas necesarias de garantía para el adelanto de las mujeres, bajo condiciones de igualdad y equidad, en las esferas política, social, económica, cultural, ambiental, tanto a escala regional como en los ámbitos nacionales. Esta Política tiene un carácter directriz y orientador para todas las instancias que conforman el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

La PRIEG está conformada por siete ejes estratégicos, cada uno de los cuales establece una serie de medidas a cumplir para lograr el objetivo establecido en cada eje y contribuir al logro del objetivo general de la Política. En específico el cuarto eje estratégico de la PRIEG denominado “Salud en Igualdad” está orientado a “robustecer las capacidades de los sistemas de salud para que puedan integrar operativamente la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres y el enfoque del ciclo de vida en la promoción, la prevención y la atención en salud”.

Por su parte, el objetivo general de La Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 es proveer a la región de un instrumento político que como marco general guíe y permita el fortalecimiento de la acción nacional con un abordaje intersectorial y con enfoque de salud pública con el fin último de mejorar la salud de las poblaciones y su capacidad de alcanzar su máximo potencial de salud.

La gobernanza otorgada por la Política Regional de Salud y la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género, permite que las instituciones miembro del sistema desarrollen iniciativas conjuntas para la región, complementando las responsabilidades y competencias nacionales. En este sentido la PRIEG se convierte en el valor agregado de la PRSS, brindando elementos claves para que instituciones SICA ocupen la lupa de la intersectorialidad para beneficiar, en este caso la equidad e igualdad para la salud de hombres y mujeres.

Dos categorías de análisis: Determinación Social de la Salud y Equidad de Género

Para poner en marcha el eje “Salud en Igualdad”, en el marco de un espíritu sectorial y de integración, las siguientes instituciones forman el comité sectorial de salud y cumplen con el mandato PRIEG: la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministras y Ministros de Salud (SECOMISCA), la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC/SICA), el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS y la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA).

Al igual que la PRIEG, este Plan Sectorial de Igualdad posee una arquitectura para la coordinación, seguimiento y evaluación de la misma. Para esos fines el Comité Técnico Sectorial del Eje Estratégico 4, constituido el 7 de diciembre de 2015, fomentará “la coordinación interinstitucional, discusión y consolidación de los planes de acción e informes, elaboración de propuestas para el avance de las medidas y promoción del intercambio de experiencias y buenas prácticas de transversalización de la igualdad de género en materia de salud”.

La Determinación Social en la Salud es una categoría explicativa que parte de comprender que la salud y la enfermedad son hechos no solamente biológicos, sino sobre todo sociales. Por su parte, el enfoque de género permite visualizar y reconocer la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, expresadas en inequidades, subordinación y discriminación.

Ambos son complementarios, como categorías de análisis, en la búsqueda del desarrollo humano con equidad:

Determinación Social de la Salud	Enfoque de equidad e igualdad de Género
Es un enfoque emancipador	Modifica los roles y los estereotipos de mujeres y hombres, para contribuir a una distribución equitativa de oportunidades.
Devela las causas estructurales que de forma sistemática, injusta e inequitativa enferman a la población.	Genera procesos de transformación social de carácter estructural.
Permite impulsar una abogacía por la sustentabilidad soberana de la producción los bienes de los que dependen la vida y la seguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos.	Busca que los modelos de desarrollo sean integrales, democráticos y sostenibles.

En la región SICA el estado de la salud requiere un análisis profundo que integre determinantes sociales y perspectiva de género, con el fin de modificar los sistemas de salud para atender las necesidades, tanto inmediatas como estratégicas de las mujeres, así como para reducir las brechas que existen entre hombres y mujeres. Los determinantes estructurales (como los derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad) y sociales (como nivel socioeconómico, área de residencia, etc.) de la salud, en lenguaje de género se traducen a inequidades.

Por ejemplo, a nivel mundial, de acuerdo al PNUD (2015) el trabajo remunerado los hombres representen casi el doble de mujeres (38% frente al 21%), se suma la alta probabilidad de que estas últimas pertenezcan a un sector informal descubierto lo que impida a las mujeres el acceso a protección social y a prestaciones como incapacidades, licencias de maternidad remuneradas o pensiones.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, la PRIEG, y el Plan Estratégico Regional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana son instrumentos que aportan a un análisis de la situación de salud de la región bajo la perspectiva de los determinantes sociales de salud con un enfoque de derechos, cada uno articula determinantes estructurales y sociales justificando la necesidad de un trabajo específico para cerrar las brechas que marcan las inequidades entre hombres y mujeres.

Sabemos que las inequidades siempre están más desbalanceadas y son más difícil de alcanzar cuando se ven desde la perspectiva de las mujeres, estas inequidades, utilizando la conceptualización que da la PRIEG, además pueden abordarse desde la incidencia de las autonomías de las mujeres y relacionarse con la determinación social de la salud:



Autonomía económica

Relacionada trabajo decente, acceso a protección social, el uso del tiempo, el acceso a seguridad social e íntimamente relacionada con la salud mental.



Autonomía física

Concierno a una vida sexual plena y con derecho a la toma de decisión sobre el cuerpo, una vida libre de violencia y conocimiento-práctica del autocuidado.



Autonomía política

Participación en la toma de decisiones concernientes al cuerpo, al curso de vida, a la salud familiar y comunitaria. Análisis de cómo las leyes/políticas de salud inciden de manera positiva o negativa en el acceso a servicios de salud.

Las inequidades de género en salud.

Evidenciado en el documento “Intersectorialidad para superar las inequidades y brechas en salud” (COMISCA, 2016) el Consejo de Ministros de Salud de la región SICA impulsa, desde la perspectiva de la integración regional, la salud como un “eje central y requisito fundamental para avanzar en los indicadores sociales y económicos claves para los países de la región.”

De ahí que el sector salud en la institucionalidad regional del SICA, en búsqueda de un enfoque que le permita promover la salud y el bienestar de la población de la región en el marco del Desarrollo Humano Sostenible, se apropia conceptualmente de dos Planes de Acción Internacionales:

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹, nueva agenda internacional de la Organización de Naciones Unidas que trata de un Plan de Acción en favor de las personas, el planeta, la prosperidad y la paz, su sostenibilidad y su resiliencia. Incluye 17 objetivos y 169 metas que conjugan las tres dimensiones para el desarrollo humano sostenible: la económica, la social y la ambiental, y que solo pueden ser abordadas a través de un trabajo sinérgico entre todos los sectores de la sociedad.

Los ODS están planteados de manera integral e indivisible, y el alcance de estos es interdependiente.

La Estrategia de “Salud en Todas las Políticas” que implica que las políticas públicas de todos los sectores tomen en cuenta su responsabilidad e impacto sobre la salud, y que sean elaboradas e incluyan acciones sinérgicas entre los diferentes sectores con el sector salud, de manera que repercutan positivamente en el bienestar de la población y la equidad en materia de salud de los países y de la región.

Podemos afirmar que la salud está presente en los entornos personales, familiares, laborales y sociales “por todo aquello que refuerza o disminuye la posibilidad de elección de alternativas de vida saludables, y por los servicios públicos que la promueven y mantienen. Esto hace imprescindible el abordaje de la salud desde su determinación social, para la reducción de las desigualdades e inequidades, de la exclusión social y de los riesgos y la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles.” (COMISCA 2016).

¹ Organización de Naciones Unidas. Asamblea general A/69/L.85 Cumbre de Naciones Unidas para la aprobación de la Agenda para el desarrollo post 2015. Agosto de 2015.

² Organización Panamericana de la Salud. 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité de la OMS para las Américas. Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas. Septiembre de 2014.

Inequidades económicas.

El trabajo decente es un término acuñado por OIT en 1999 y se convierte en un debate “en el que en un extremo está la inseguridad, la exclusión, la desigualdad y el irrespeto a los derechos laborales y, en el otro, están la seguridad, la integración, la igualdad y el pleno respeto a los derechos humanos, es decir, la situación deseada” (Espinoza, 2003). Las mujeres están transformando el mercado laboral al incorporarse, tanto por la condición como por la posición que ocupa. La gran deuda es conseguir que el trabajo desempeñado, sea cual sea, tenga las características de trabajo decente y tenga como fin último lograr la autonomía económica.

Como ya hemos mencionado, a nivel mundial, de acuerdo a PNUD (2015) en el trabajo remunerado los hombres representan casi el doble de mujeres (38% frente al 21%) y si bien el trabajo doméstico no remunerado es vital para el funcionamiento de la sociedad, el hecho que este recaiga sobre las mujeres es un obstáculo para el acceso a servicios públicos de carácter universal.

De acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano 2015 “del 41% del trabajo que no es remunerado, las mujeres representan el triple que los hombres (el 31 % frente al 10%)”. La falta involucramiento por parte de los hombres en el tema de cuidado de la prole y personas en dependencia es una barrera que las mujeres no pueden superar fácilmente en la ausencia de políticas que fomente la corresponsabilidad masculina en el cuidado.

A nivel mundial las mujeres ganan un 24% menos que los hombres, en el cuadro a continuación vemos la tendencia en porcentaje del empleo de las mujeres de la región en agricultura; se puede observar cómo se va perdiendo o se mantiene al mínimo a partir de 2010 la presencia de las mujeres agricultoras en la mayoría de los países de la región, este dato implica que las mujeres en las zonas rurales controlan menos tierras y por consiguiente son menos sujetas de crédito que los hombres, por tanto se limita a pocas o nulas oportunidades económicas, aparte de repercutir en la cobertura de necesidades básicas tiene también como consecuencia que las mujeres tengan menos recursos a invertir en el cuidado de su salud, a pesar de encontrarse entre la población más vulnerable debido a las implicancias médicas, por ejemplo como cuando se habla de ZIKA.

No obstante la falta de datos en la misma tabla en mención, la falta de indicadores con qué cruzar debido a debilidades estadísticas en la región o en la forma heterogénea de la producción de indicadores nos imposibilita inferir la relación de esta población con su educación y la posible absorción a empleo en otros sectores.

Empleo de mujeres en agricultura (% of mujeres empleadas)

País	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Belice	6.1	..	3.3	..	..	..	..	..	..	..	..
Costa Rica	6.2	5.4	4.8	4.4	5.1	4.2	3.4	4.8	4.3	3.9	3.4
República Dominicana	1.7	2.5	2.8	2.2	2.1	2.2	2.1	1.8	2.5	2.2	2.1
El Salvador	7.7	3.8	4.8	4.8	3.6	4.8	4.8	5.4	6.6	5	4.5
Guatemala	..	18.8	..	16	..	..	..	..	14.3	12.6	10.9
Honduras	6.4	..	13.1	10.6	10	10.4	11.9	12.5	9.6	11.5	10.3
Nicaragua	..	..	8.3	8.4	8.4	6.2	..	..	..	..	..
Panamá	3.3	1.7	4.3	4.5	3.4	3.9	8	7.7	7.1	8.5	..

Fuente: World Bank-Gender Indicators

De acuerdo a PNUD (2015³) a causa de su porcentaje desproporcionado en el trabajo de cuidados, las mujeres tienen menos tiempo libre “en una muestra de 62 países, los hombres dedicaban una media de 4,5 horas al día a la vida social y el ocio, y las mujeres 3,9 horas”. Esto significa que las mujeres tendrán menos tiempo para hacer una actividad física que les gratifique.

Las políticas de conciliación entre la vida familiar y las actividades laborales con un enfoque de igualdad de género, pueden apoyar el fomento de las corresponsabilidades masculinas, aportar además a reconocer la importancia de la lactancia materna y el aporte social que esta brinda al prevenir enfermedades y desarrollar elementos que contribuyen al desarrollo integral de la niña o el niño.

Si brindar la lactancia es una tarea de cuidado a cargo de las mujeres por cuestiones biológicas, también son necesarias propuestas de políticas públicas que contribuyan a dejar de lado los estereotipos alrededor de esta práctica y empezar a visualizarla con todo el impacto social y, especialmente económico que aporta; también iniciar el involucramiento de parejas y familias por medio licencias paternidad remuneradas, horarios flexibles para madres/padres y salas de lactancia materna equipadas para mujeres empleadas en el sector formal, pero especialmente en el sector informal. Todo ello fortaleciendo y respetando los derechos culturales, e incluir las cosmovisiones de los pueblos originarios.

³ http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf

Esto en relación a que amamantar se convierte en una oportunidad para cambiar los patrones de consumo y de fomento de la prevención de la salud, a través de una medida de bajo costo y no de alto costo como prácticas de uso de sucedáneos de la leche, la lactancia materna es sostenible.

Para familias que viven en situación de pobreza el costo de los sucedáneos los vuelve inaccesibles. Además en el uso de estos se debe tener en consideración los niveles altos de las enfermedades contagiosas causadas por insalubridad en su preparación, especialmente por falta de agua potable.

También debe tenerse en cuenta que aún existen las premisas en los imaginarios colectivos basadas en estereotipos que mantienen a las mujeres en los ámbitos privados. De acuerdo al Latinobarómetro 2015, en la región SICA existe aún la percepción de que las mujeres deberían trabajar únicamente sólo si la pareja no gana lo suficiente. Los hombres entrevistados que están muy de acuerdo o de acuerdo representan son 54.2%, las mujeres que opinan igual están a solo 6 puntos porcentuales (48.2%).

“El ahorro total anual estimado para las familia en que se brindó LME es de US\$ 2,422.65, valor que corresponde al costo del consumo de sucedáneos de leche materna no ingeridos por el infante (31.7%), el costo del cuidado del infante que incluye la preparación y esterilización de las pachas, así como el cuidado del bebé cuando está enfermo (64.82%), el costo de biberones (0.90%), costo del gas utilizado para preparar pachas y esterilizarlas (2.01%) y el costo del agua potable utilizada (0.56%)”

Análisis de las Ventajas Económicas de la Lactancia Materna para El Salvador -2013

Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA)

	Total	País del estudio [Sexo del entrevistado=Masculino]						
		Costa Rica	Dominican Rep.	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Grado de acuerdo: Mujeres deben trabajar sólo si la pareja no gana suficiente								
Muy de acuerdo	11,5%	11,0%	4,6%	15,9%	8,0%	13,9%	7,9%	19,0%
De acuerdo	42,7%	36,9%	45,1%	40,3%	53,1%	46,1%	36,9%	40,6%
En desacuerdo	35,4%	38,8%	39,3%	33,8%	30,7%	30,3%	42,2%	32,8%
Muy en desacuerdo	9,1%	12,0%	10,6%	9,6%	5,5%	8,8%	10,9%	6,4%
No sabe, no responde	1,3%	1,2%	0,4%	0,4%	2,6%	0,9%	2,2%	1,2%
(N) Masculino	3.379	490	490	470	470	481	477	500

	Total	País del estudio [Sexo del entrevistado=Femenino]						
		Costa Rica	Dominican Rep.	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Grado de acuerdo: Mujeres deben trabajar sólo si la pareja no gana suficiente								
Muy de acuerdo	11,5%	11,2%	4,2%	16,8%	12,4%	11,9%	9,2%	14,4%
De acuerdo	36,7%	25,9%	33,2%	33,8%	52,5%	42,2%	32,9%	35,8%
En desacuerdo	38,6%	44,5%	49,3%	38,4%	24,8%	32,3%	43,3%	38,6%
Muy en desacuerdo	11,9%	17,1%	13,2%	10,1%	6,2%	13,4%	13,6%	9,8%
No sabe, no responde	1,3%	1,4%	0,2%	0,9%	4,1%	0,2%	1,1%	1,4%
(N) Femenino	3.621	510	510	530	530	519	523	500

Muestras seleccionadas: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá

Esta carga cultural visibiliza e implica sesgos en las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, así como pone en evidencia que no se puede desvincular el ámbito privado del público. En tanto las políticas públicas únicamente comprendan de la puerta del hogar hacia afuera y no se armonice en un marco normativo regional común, alineado con la normativa internacional, las políticas salud aportarán para mantener el sistema de inequidades imperante y las mujeres tendrán dificultades para el acceso a servicios de salud con calidad.

La otra cara de la moneda del acceso a los servicios de salud es la prestación con calidad de los mismos. Su conceptualización, acceso y uso, están supeditados a la influencia de factores culturales e incluso de situaciones de violencia institucional que pueden afectar el

alcance de los mismos y así impedir alcanzar un desarrollo humano sostenible. Para 2030, el ODS relacionado a salud sostiene que se debe “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”⁴.

Las mujeres invierten más tiempo en actividades no remuneradas que los hombres, esta brecha de inequidad también es certeza de un subsidio al sistema socio-económico y por otra parte, de una doble jornada para las mujeres. Entre otros aspectos a considerar están la doble o triple discriminación a mujeres trabajadoras domésticas, rurales o agrícolas, afro descendientes o indígenas, las brechas salariales y las segregaciones ocupacionales.

⁴<http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being#sthash.DGeiuSWu.dpuf>

Las inequidades y los derechos sexuales y reproductivos.

El cumplimiento de los derechos sexuales reproductivos y vivir una vida libre de violencia son dos premisas que permiten:

- Gozar de información pertinente sobre asuntos relacionados a la salud sexual y reproductiva.
- Gozar de acceso a servicios relacionados, incluida la anticoncepción.
- Elegir de manera voluntaria y sin violencias al compañero o compañera de vida sexual.
- Decidir si tener hijos o hijas.

Cumplir con estos aspectos ayudará disminuir la mortalidad materna, prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes, así como prevenir y erradicar la violencia obstétrica e institucional en el sector salud.

Como un primer punto para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos es el acceso a la información, lo que facilita el uso y acceso a los anticonceptivos, decidir cuándo, en qué condiciones y la edad para hacerlo debe ser una prioridad. La poca información en la región nos indica que esta es una zona gris, un área desatendida, esto podría ser a que se considera como parte de lo privado y con muchas dificultades para las políticas públicas ya que se tocan hilos morales, religiosos y etnoprácticas. Además debe tomarse en cuenta que no es lo mismo una mujer profesional embarazada, una mujer embarazada que vive en situación de pobreza o una mujer migrante embarazada.

Prevalencia en el uso de anticonceptivos, métodos modernos (% de mujeres de 15 a 49 años)											
País	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Belice	31.2	..	..	..	..	51.8	..	..
Costa Rica	76.4	79.9	74.7	..	..
República Dominicana	..	62.5	..	60	70	..	..	71.1	..	..	68.6
El Salvador	66.1	..	..	..	..	..
Guatemala	26.9	..	..	..	..	..	44	..	..	..	..
Honduras	56.4	..	..	..	..	..	63.8	..
Nicaragua	68.8	..	..	..	..	76.5	..
Panamá	48.8	..	..	..	59.9

Fuente: World Bank-Gender Indicators

La tasa de natalidad en adolescentes en América Latina y el Caribe, de acuerdo al reporte 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas es de 73 por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. De acuerdo a la OMS (2014) “la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años”

En los países de la región el embarazo adolescente es una de las causas de deserción escolar y expone a las mujeres a violencias, nula o poca movilidad social y a vulnerabilidad ante la pobreza.

Las maneras de prevenir el embarazo es la abstinencia o el uso de anticonceptivos, ambas son incentivadas otorgando a las mujeres jóvenes un proyecto de vida acompañado de un sistema educativo de calidad y atractivo.

Si bien se ha avanzado impulsando programas dirigidos específicamente a las mujeres, una de las causas de mortalidad que aún sigue enfrentándose es la mortalidad materna, por ser justamente la salud reproductiva la que contribuye en mayor medida a las desigualdades de género y además, se convierte en evidencia de los obstáculos de acceso a los servicios de salud las cuales pueden ser culturales o económicos. La razón de mortalidad materna en números en el cuadro a continuación.

Razón de Mortalidad Materna (Número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos)						
	1990	1995	2000	2005	2013	Diferencia %
Guatemala	270	220	160	140	140	48.15
El Salvador	110	96	80	72	69	37.27
Honduras	290	200	150	130	120	58.62
Nicaragua	160	106.6	73.3	86.5	49.7	68.94
Costa Rica	38	45	44	46	38	0.00
Panamá	98	91	79	83	85	13.27
República Dominicana	240	180	120	130	100	58.33

Fuente: CEPALSTAT y Oficina Nacional de Estadística-ONE/MINSA de NiCARAGUA. Según PSCARD 2016-2020

En este mismo sentido, también se pueden mencionar los marcos legales tres países de la región, los cuales prohíben y sancionan el aborto terapéutico, convirtiéndose en catalizadores para el aumento de las tasas de morbi-mortalidad de las mujeres.

Por otra parte, la prevención de la violencia física, sexual y psicológica, el fomento del acceso a la justicia y el trabajo de resiliencia con sobreviviente de algún acto de violencia, son retos marcados para la región. Especialmente para el sector salud de la región el conceptualizar la violencia obstétrica, tipificarla y seguir los ejemplos de Argentina, México y Ecuador donde ya ha sido penalizada.

El empoderamiento como parte de la superación de las inequidades en salud

Si bien la forma de medir la autonomía política de las mujeres, está vinculada a la participación en de toma de decisión, en su acepción más grande se refiere al empoderamiento de cada una y uno como agente de cambio a nivel personal, con plenas facultades y derechos para participar en procesos sociales. En este sentido, los determinantes de salud están vinculados a cómo las personas tienen la potencialidad de cambiar el uso de los recursos públicos en sus entornos así como la decisión sobre su cuerpo.

Como una evidencia de ello, se puede mencionar que en la región SICA la incidencia de casos de SIDA ha disminuido considerablemente, no obstante se deben tener consideraciones en las relaciones de hombres y mujeres que no permiten un avance mayor.

Incidencia AIDS (por 100,000 personas) Casos en mujeres

País	2005	2010	2013
Belize	26.8	19	
Costa Rica	2.3	1.4	0.5
Dominican Republic	4.1	1.1	
El Salvador	4		0.5
Guatemala	7.1		3.9 (2012)
Honduras		7	3
Nicaragua		0.7 (2009)	0.4
Panama	10.9	11.2 (2009)	8

Fuente: OPS según registro de los países

<http://ais.paho.org/hip/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>

Incidencia AIDS (por 100,000 personas) Casos en hombres

País	2005	2010	2013
Belize	48.9	33.1	
Costa Rica	8.8	6.1	1.7
Dominican Republic	6.1	1	
El Salvador	10.2		1.5
Guatemala	15.1		8.5 (2012)
Honduras	8.5 (2006)	9.6	5.5
Nicaragua	1.9 (2006)	1.8 (2009)	1.7
Panama	33	29 (2009)	21.6

Fuente: OPS según registro de los países

<http://ais.paho.org/hip/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>

Si bien las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH y ETS que el hombre, de acuerdo a OIT (2011) las leyes o normas sociales discriminatorias en materia de propiedad, herencia, custodia y manutención privan a numerosas mujeres de seguridad financiera y las hacen sujetas de subordinación, lo que les obliga a trabajar en la industria del sexo, y a que algunos niños y niñas se vean sometidos a la explotación sexual con fines comerciales. Cambiar estas leyes o normas significa facilitar el empoderamiento de las mujeres, lo que les permitirá tomar decisiones con más libertad.

Además, el empoderamiento no es únicamente válido para las mujeres, de acuerdo a OIT (2011) los varones y los niños son víctimas de las expectativas sociales para demostrar su “masculinidad”, lo que puede elevar su tendencia a mantener conductas de alto riesgo, como las asociadas a unas tasas elevadas de alcoholismo y toxicomanía, así como al mantenimiento de relaciones sexuales con parejas ocasionales o múltiples. Al empoderarles serán capaces de decidir alejarse de conductas nocivas relacionadas con una masculinidad mal entendida.

En este sentido, además de empoderar a las personas, el reto de las instituciones es lograr que el personal sea sensible a las inequidades de género, es necesaria su formación para lograr que los indicadores de salud y los registros administrativos permitan un mayor análisis de las determinaciones sociales de la salud para borrar brechas. Fortaleciendo las capacidades del personal de salud se puede garantizar que el momento de tomar una decisión política, esta se tomará en base a criterios técnicos aportados por información cualitativa y cuantitativa, y también instar a la curiosidad para preguntarse ¿Quiénes participaron en el proceso de generación de información (inclusión intercultural)? ¿Qué tan exhaustiva ha sido la desagregación de estos datos estadísticos (sexo, área geográfica, etc.)?.

El eje de Salud en Igualdad en la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género.

La PRIEG está constituida por siete ejes estratégicos que se enmarcan en los cinco pilares de la integración regional⁶ y promueve el avance de la igualdad y equidad de género en todos los países de la región que conforman el SICA.

Uno de sus ejes estratégicos, el cuarto, se refiere a la salud en igualdad y busca “robustecer las capacidades de los sistemas de salud para que puedan integrar operativamente la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres y el enfoque del ciclo de vida en la promoción, la prevención y la atención en salud” (COMMCA, 2013).

Este eje, al igual que el resto de ejes de la PRIEG, se divide en tres tipos de medidas relacionadas con:

- La homologación y armonización de marcos normativos.
- El fortalecimiento de políticas.
- El fortalecimiento institucional del sector.

Esto se debe a que es necesario homologar y/o armonizar los marcos normativos nacionales con lo establecido a nivel internacional en materia de igualdad y equidad de género, esto incidirá positivamente en procedimientos operativos de inclusión y equidad. También se necesitan fortalecer todas las políticas del sector, a fin de que incorporen la perspectiva de género desde su conceptualización hasta su ejecución. Y una tercera medida de fortalecimiento requerida para llevar adelante todas estas medidas es una institucionalidad nacional y regional técnica y políticamente comprometida con el logro de la igualdad y equidad de género en la región SICA.

Los servicios de salud destinados para mujeres y para hombres podrían enfocarse en necesidades específicas, como puede ser para mujeres incluir atención de los derechos sexuales y reproductivos y para hombres fomentar la visita regular a los servicios de salud y fomentar su involucramiento en actividades de cuidado en el hogar.

La siguiente figura muestra los tipos de medidas existentes en el eje y hace referencia a los temas que se tratan en las diferentes medidas correspondientes:

⁶Los cinco pilares de la integración son cambio climático y gestión integral del riesgo, seguridad democrática regional, integración social, integración económica y fortalecimiento institucional.

Figura 8: Medidas del eje de Salud en Igualdad de la PRIEG.



Fuente: STM/COMMCA a partir de lo establecido en eje de salud en igualdad de la PRIEG.

Marco de resultados 2016-2017

El marco de resultados es la definición de medidas operativas para un cambio, enfocadas, en este caso en operativizar el eje de “Salud en igualdad” de la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género (PRIEG); además, el cumplimiento de este marco habrá de permitir la consecución de dos lineamientos clave: a. Fortalecer la condición jurídica y social de las mujeres de la región y; b. Mejorar las condiciones de salud de mujeres y hombres de la región de acuerdo a sus necesidades prácticas y estratégicas de género.

En este sentido, el marco de resultados para “Salud en Igualdad” constituye un instrumento técnico que dicta acciones, plazos y las instituciones que serán responsables a desarrollar a fin de alcanzar las metas propuestas. Servirá, de la misma manera para monitorear el avance como un instrumento contralor, como herramienta de intersectorialidad en la medida que los resultados se vinculen con los otros ejes estratégicos de la PRIEG.

El proceso de construcción del marco de resultados del eje de “Salud en Igualdad” contó con los aportes técnicos de la Comisión Técnica de Género y Salud de COMISCA, con la validación del Comité Técnico Sectorial y con el compromiso de operativizar de todas las instituciones involucradas. Los marcos de resultados conllevan una cadena de valor que comprende una serie de resultados a nivel de efectos y productos,

los cuales buscan generar cambios en el desempeño de las institucionales vinculadas a su ejecución, y brindar bienes y/o servicios a partir de una serie de actividades encaminadas a ejecutar las medidas de la PRIEG.

Este proceso se dio inicialmente con la SE-COMISCA, como entidad rectora del sector salud del SICA, y posteriormente se validó con las distintas instituciones del Subsistema Social, tanto en su contenido como en la identificación de responsabilidades.

Entre las instituciones que se encuentran llamadas a la implementación de este eje se encuentran las distintas Secretarías e Instituciones Especializadas que forman parte del Sector salud del SICA, tales como el COMISCA, (COMMCA), Coordinación Cultural Educativa Centroamericana (CECC), Instituto de Nutrición Centroamericana (INCAP), Parlamento Centroamericano (PARLACEN), Consejo de Ministros de Hacienda o Finanzas de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (COSEFIN), instituciones de planificación, ministerios de salud, ministerios de educación, mecanismos nacionales de la mujer, instancias de migración, ministerios de trabajo, ministerios de gobernación, ministerios de seguridad, ministerios de hacienda o finanzas, institutos de estadísticas, academia, institutos de seguridad social, gobiernos locales, etc.

Seguimiento del plan sectorial Salud en Igualdad.

El monitoreo y evaluación al presente instrumento será responsabilidad del Comité Técnico Sectorial, tal y como lo establece su marco de funcionamiento en el Artículo 7: “elaborar informes anuales y trienales en la ejecución del Plan Sectorial de Igualdad (PSI) del Eje 4-PRIEG/SICA, conforme a los indicadores del Marco de Resultados, a ser remitido al Comité Directivo Regional de la PRIEG/SICA”. Para ello se cuenta con marco de resultados e incluye los indicadores necesarios para el monitoreo y evaluación de los resultados a nivel de efecto y de impacto. Estos indicadores serán la base para dar cuenta del avance en el cumplimiento de las medidas y brindar un conocimiento sobre el aporte que tiene cada una de las instituciones en la implementación del eje.

El Comité Técnico Sectorial está formado por la SE-COMISCA –instancia coordinadora-, la Secretaría General del SICA (SG-SICA), la Secretaría General del Sistema de la Integración Social Centroamericana (SG-SISCA), La Secretaría General la CECC (SG-CECC), el INCAP, el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS), la Secretaría Técnica de la Mujer del COMMCA/SICA (STM-COMMCA/SICA). La coordinación del Comité estará a cargo de la SE-COMISCA, como instancia rectora del sector salud del SICA.

Anexo I. Marco de resultados del eje de salud en igualdad

OBJETIVO EJE 4						
<i>Robustecer las capacidades de los sistemas de salud para que puedan integrar operativamente la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres y el enfoque del ciclo de vida en la promoción, la prevención y atención en salud (PRIEG, 2013:56)</i>						
MEDIDAS	Impacto /Efecto	Indicadores de impacto/efecto	Medios de Verificación impacto/efecto	Supuestos / Riesgos	Producto de efectos 2016-2017	Indicador de producto 2016-2017
A) Armonización y homologación	<i>Impacto A Mayor garantía de los derechos de la salud de las mujeres a través del fortalecimiento del marco normativo regional, alineado con la normativa internacional</i>	<i>I.I.1. Numero de instrumentos normativos alienados a nivel regional, con la normativa internacional.</i>	<i>M.V.I.1. Archivo conteniendo el respaldo de las acciones (socializaciones, alianzas, planes, acciones,...)</i>	<i>SR.I.1. Cambio en autoridades comprometidas con el esfuerzo que limite la posibilidad de continuar con el mismo SR.I.2. Limitada traducción de la igualdad formal en igualdad sustantiva SR.I.3. Falta de voluntad política</i>	_____	_____
M.4.1. Armonizar y alinear la normativa regional con el marco de los derechos internacionales referidos al derecho a la salud de las mujeres, según sus necesidades específicas, ciclo vital y lugar de residencia con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.	E.1. Se establece el Consenso regional al menos una normativa armonizada que contribuya al avance en la garantía de los derechos de las mujeres.	I.E.1.1. una propuesta de normativa armonizada I.E.1.2. Congruencia del marco normativo de igualdad y salud en la materia armonizada	M.V.E.1.1. Documento que recoja el acuerdo regional (resolución, acta....) M.V.E.1.2. Evidencia de la congruencia señalada	SR.E.1.1. Falta de voluntad política	P. 1. Instrumentos técnico-operativos y políticos para el desarrollo del proceso de armonización 2015-2017	I.P.1. Dos documentos políticos definidos con sustento técnico en torno al tema de Lactancia Materna

MEDIDAS	Impacto /Efecto	Indicadores de impacto/efecto	Medios de Verificación impacto/efecto	Supuestos / Riesgos	Producto de efectos 2016-2017	Indicador de producto 2016-2017
B) Fortalecimiento de políticas sectoriales	<i>Impacto B Fortalecido el conocimiento, capacidades técnicas y operativas y la agenda de salud para un mayor desarrollo de las políticas de salud con enfoque de género, especialmente en materia de PEA, auditorías con enfoque de género e incorporación de componentes de seguridad social.</i>	<i>I.I.1. Número de políticas públicas de salud fortalecidas</i>	<i>M.V.I.1. Reporte de identificación fundamentada de las políticas de salud que han sido fortalecidas</i>	<i>SR.I.1. Debilidad de los procesos de monitoreo y evaluación analíticos y de su comunicación oportuna</i>	_____	_____
4.2. Adaptar políticas Públicas en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva integrales, incorporando de manera operativa y programática los enfoques de derechos humanos, integralidad e interculturalidad, con énfasis en la atención de mujeres adolescentes, de mediana edad y adulta mayor.	E.1. La región SICA avanza en medidas para la Prevención de Embarazo en Adolescentes	I.E.1.1. Al menos 10 acciones orientadas al cumplimiento de los resultados contemplados en la PEA son ejecutados	M.V.E.1.1. Reporte del proceso de implementación de la PEA	SR.E.1.1. Falta de financiamiento SR.E.1.2. Interés de grupos opuestos al avance de los derechos SRR	P.1. Documento anual de recomendaciones sobre el nivel de implementación del Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente P.2. Sistematización de estudios realizados en la Región SICA acerca de barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Clasificación de los estudios efectuados en los últimos 5 años)	I.P1.1. El documento de recomendaciones sobre el nivel de implementación del Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente es emitido por el Comité Técnico Sectorial del Eje 4 I.P2.1. El documento de sistematización de barreras de acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, es validado por el CTS y por adolescentes

					<p>P.3. Documento de lineamientos dirigidas a políticas del sector salud y el sector educación relativos a la incorporación de prevención y atención de la SSR de adolescentes</p> <p>P.4 Documento de proyecto para la replicabilidad de buenas prácticas sobre el abordaje de la prevención de la violencia de género hacia niñas y adolescentes, y su vinculación con el embarazo y la maternidad en adolescentes</p> <p>P.5. Una estrategia regional de promoción de la salud integral y prevención del embarazo en adolescente, con incorporación de la familia, la escuela y la comunidad, que tomen en cuenta el desarrollo integral de adolescentes y los determinantes sociales.</p>	<p>I.P3.1. Los lineamientos son generados en base a una sistematización de normas técnicas, guías o recomendaciones consensuadas por los países SICA para la atención de la SSR en adolescentes en los programas nacionales de salud y educación</p> <p>I.P4.1. Formulación del proyecto basado en selección de iniciativas replicables a partir de la compilación regional sobre el abordaje de la prevención de la violencia de género hacia niñas y adolescentes, y su vinculación con el embarazo y la maternidad en adolescentes</p> <p>I.P5.1. Documento de guía metodológica y didáctica para la promoción de la salud integral y prevención del embarazo adolescente</p> <p>I.P5.1. Número de municipios del proyecto INCAP en el que se ha incorporado la promoción de la salud integral, prevención del embarazo en la adolescencia como parte de la estrategia de comunicación social del proyecto regional</p>
--	--	--	--	--	---	--

<p>4.3. Generar condiciones institucionales para hacer posible la realización de las auditorías sociales de los sistemas de salud desde la perspectiva de género y derechos de las mujeres.</p>	<p>E.1. Visibilizada la necesidad de desarrollar auditorías de género en los sistemas de salud</p>	<p>I.E.1.1. Número de acciones derivadas de la socialización y posicionamiento de la propuesta para el desarrollo de auditorías de género</p>	<p>M.V.E.1.1. Reporte de las acciones derivadas</p>	<p>SR.E.1.1. Falta de interés en las auditorías de género por parte de las autoridades</p>	<p>P.1. Una propuesta teórica para el desarrollo de auditorías sociales de género en los sistemas de salud elaborada y posicionada en COMISCA</p>	<p>I.P1.1. Un Marco conceptual y de recomendaciones sobre el desarrollo de una auditoría social de género en salud</p>
<p>4.4. Incorporar paulatinamente componentes de seguridad social en las Políticas Públicas de salud, haciendo operativos en sus instrumentos los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.</p>	<p>E.1. Incluido de forma sostenida en la agenda de salud el tema de la incorporación de componentes de seguridad social en las políticas de salud, haciendo operativos en sus instrumentos los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.</p>	<p>I.E.1.1. Número de acciones desarrolladas para el avance en la incorporación de componentes de seguridad social en las políticas de salud, haciendo operativos en sus instrumentos los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.</p>	<p>M.V.E.1.1. Reporte de las acciones derivadas</p>	<p>SR.E.1.1. Limitación de los recursos público</p> <p>SR.E.1.2. Falta de voluntad económica</p> <p>SR.E.1.3. Intereses económicos particulares o de grupos de presión.</p>	<p>P.1. Una propuesta de investigación acerca de seguridad social, incluyendo las pensiones, que genere propuestas de acciones afirmativas a incorporar en las políticas públicas de salud de la región elaborada y difundida</p>	<p>I.P1.1. Un documento de propuesta de recomendaciones de igualdad en materia de seguridad social, incluyendo las pensiones, para su inclusión en políticas públicas de salud de la región</p> <p>I.P1.2. Número de acciones de socialización y posicionamiento de la investigación y sus recomendaciones desarrolladas</p>

MEDIDAS	Impacto /Efecto	Indicadores de impacto/efecto	Medios de Verificación impacto/efecto	Supuestos / Riesgos	Producto de efectos 2016-2017	Indicador de producto 2016-2017
C) Fortalecimiento institucional del sector	<i>Impacto C Avance en la institucionalización de la perspectiva de género en el sector salud</i>	<i>I.I.1. Normativas políticas, estratégicas y operativas del sector salud incluyen de forma progresiva y/o sostenida anualmente acciones transversales y específicas de género.</i>	<i>M.V.I.1. Informe que de cuenta de las acciones establecidas por instrumento normativo y su nivel de implementación anual.</i>	<i>SR.I.1. Limitada capacidad institucional (política, técnica, financiera) para impulsar y desarrollar procesos de transversalización de la perspectiva de género a nivel regional y nacional. SR.I.2. Autoridades regionales y nacionales institucionales con falta o nulo compromiso con la igualdad de género en salud</i>	_____	_____
4.5. Fortalecer las alianzas intrasectoriales, intersectoriales e interinstitucionales para promover la igualdad de género a partir de la agenda, el Plan de Salud Regional y la Política Regional de Salud	E.1. La Agenda, Plan y Política de salud se fortalecen con enfoque de género potenciando las alianzas para su implementación	I.E.1.1. Número de planes de trabajo de las comisiones SE-COMISCA que incluyen al menos 2 iniciativas sustantivas de igualdad anuales I.E.1.2. Número de alianzas y acciones establecidas para promover la	M.V.E.1.1. Planes de trabajo de las comisiones conteniendo al menos 2 iniciativas sustantivas de igualdad anuales M.V.E.1.2. Informe que evidencie las alianzas y acciones establecidas	SR.E.1.1. Falta de capacidad técnica para establecer las acciones con enfoque de género intra e intersectorialmente	P.1. Fortalecimiento de los Recursos Humanos en enfoque de género en SAN y Salud a través del programa de educación virtual del INCAP. P.2. Iniciativas intersectoriales para favorecer la salud y nutrición con enfoque de género	IP.1.1. La oferta de curso virtuales de INCAP incluye un módulo en SAN y salud con enfoque de género I.P2.1. Al menos dos o tres sectores participan en iniciativas SAN, salud y género

		igualdad de género a partir de la agenda , el Plan de Salud Regional y la Política Regional de Salud			P.3. Plan de trabajo de articulación e intercambio de la Comisión de Género y Salud con las otras comisiones técnicas de COMISCA diseñado y en implementación.	I.P3.1. Un Plan de trabajo de articulación e intercambio de la Comisión de Género y Salud con las otras comisiones técnicas de SE-COMISCA diseñado y en implementación.
4.6. Consolidar las redes integradas de los servicios de salud, para mejorar el acceso, disponibilidad, asequibilidad y calidad, en condiciones de equidad para hombres y mujeres y para disminuir los desequilibrios territoriales de acceso y calidad de los servicios de salud.	E.1. Mejora el conocimiento sobre las inequidades de género en las redes integradas de salud de cara a disminuir los desequilibrios de acceso y calidad para hombres y mujeres.	I.E.1.1. Número de países que fortalecen las condiciones de igualdad de género en las redes integradas de salud	M.V.E.1.1. Documentos sobre el marco legal en los países para el fortalecimiento de las condiciones de equidad para hombres y mujeres M.V.E.1.2 Reporte de estadísticas de cobertura de servicios de salud de hombres y mujeres (censos de población, encuesta de conocimientos, aptitudes y prácticas).	SR.E.1.1. Resistencias por actitudes culturales para acceder a los servicios de salud. SR.E.1.2 Falta de financiamiento del Estado para ampliar la cobertura SR.E.1.3 Falta de recursos para que la población acceda a los servicios de salud	P1. Documento de diagnóstico y propuesta de recomendaciones por país y regional para mejorar las condiciones de equidad de acceso, disponibilidad, asequibilidad y calidad para mujeres y hombres en las redes integradas de salud	I.P1.1. Un documento de diagnóstico y propuesta de recomendaciones por país y regional
4.7. Profundizar en el desarrollo de capacidades y competencias institucionales de los países de la región para la hacer efectiva la transversalización de	E.1. Incremento de capacidades y competencias institucionales para desarrollar los procesos de transversalización de género en salud a nivel regional y nacional	I.E.1.1. Número de personas participando en procesos formativos de TPG en salud I.E.1.1. Número de	I.E.1.1. Instrumentos desarrollados	SR.E.1.1. Resistencia al cambio individual e institucional con la implementación de la equidad y la igualdad de género como un eje transversal en los	P1. Un plan de desarrollo de capacidades y competencias institucionales para hacer efectiva la transversalización de género en salud	I.P1.1. Documento de plan de desarrollo de capacidades y competencias institucionales para hacer efectiva la transversalización de género en salud validado con la CTS y con la Comisión de Recursos Humanos

género en salud y contribuir a la promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres en el sector.		instrumental (iniciativas, planes,..) orientado a la TPG en salud en implementación		sistemas de salud de la región.	P2. Análisis de oportunidades de articulación intersectorial a partir de los PII anuales institucionales	I.P2.1. Análisis de oportunidades de articulación intersectorial a partir de los PII anuales institucionales realizado de forma anual
					P3. Documento de lineamientos para incorporar igualdad sustantiva en estrategias de comunicación institucionales	I.P3.1. Documento de lineamientos elaborado y difundido en las instituciones llamadas a implementar el Eje 4 de la PRIEG
4.9. Mejorar los sistemas estadísticos y registros administrativos para la generación, análisis y difusión de información oportuna y confiable con desagregación territorial, que dé cuenta de las brechas de género y recoja información sobre el impacto de las intervenciones sobre las mujeres y los hombres para la toma de decisiones.	E.1. Sistemas estadísticos y registros administrativos permiten un mayor análisis de género (necesidades, intereses, riesgos, efectos) para la toma de decisiones	I.E.1.1. Visibilización de las brechas de género para la toma de decisiones I.E.1.2. Numero de decisiones tomadas basadas en la información	M.V.E.1.1. Reportes generados de los indicadores genero sensitivos y de la información desagregada por sexo y edad M.V.E.1.2. Acuerdos, resoluciones	SR.E.1.1. Ausencia de infraestructura tecnológica regional que soporte la información SR.E.1.2. Falta de voluntad para compartir la información. SR.E.1.3 Relevamiento de la información estadística a través de los datos brindados por redes comunitarias.	P1. Las instituciones del CTS Eje 4 desarrollan iniciativas encaminadas al fortalecimiento de los sistemas estadísticos y el uso de la información	I.P1.1. Cuatro iniciativas desarrolladas encaminadas al fortalecimiento de los sistemas estadísticos y el uso de la información
					P.2. Fortalecimiento del enfoque de género en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. (L.A.4.1. Plan TPGS)	I.P2.1. Incremento de la información desagregada por sexo e incorporación de indicadores género sensitivos
					P.3. Sistema de Monitoreo y evaluación del eje 4 de la PRIEG implementado	I.P3.1. Modulo de indicadores del eje 4, instalado como parte del sistema de monitoreo y evaluación de COMISCA

Bibliografía

Malva Espinoza (2003) Trabajo decente y protección social. Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Pág. 9

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2015). Los desequilibrios dejan a las mujeres en situación de desventaja en el ámbito del trabajo, tanto remunerado como no remunerado. En Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano (12). 1 UN Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos: PNUD.

ONU MUJERES. (2016). ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades. 20/09/2016, de ONU MUJERES Sitio web: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>

Organización Mundial de la Salud (2014) El embarazo en la adolescencia, Nota descriptiva N° 364, Actualización de septiembre de 2014, OMS.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2011). La igualdad de género es clave para las respuestas al VIH y el SIDA en los lugares de trabajo. 20/09/2011, de OIT Sitio web: http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_181873/lang-es/index.htm



La acción regional en salud avanza