LOS PRESUPUESTOS SENSIBLES AL GÉNERO Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER:

UN PAQUETE DE RECURSOS

UNFPA

United Nations Development Fund for Women
UNIFEM

El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

UNFPA - porque cada persona es importante.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
U.S.A.
www.unfpa.org

United Nations Development Fund for Women
UNIFEM

UNIFEM es el Fondo de Desarrollo para la Mujer en las Naciones Unidas. Este provee ayuda financiera y técnica a programas y estrategias innovadoras para promover la emancipación de la mujer y la igualdad de género. Colocando el avance de los derechos humanos de la mujer en el centro de todos sus esfuerzos, UNIFEM está enfocado en reducir la feminización de la pobreza afeminada; eliminar la violencia contra las mujeres; revertir la propagación del VIH/SIDA entre mujeres y niñas; y alcanzar la igualdad de género en gobernabilidad democrática en tiempos de paz así como en tiempos de guerra.

UNIFEM ha apoyado iniciativas con presupuestos sensibles al género en más de 20 países. Este apoyo facilitó un creciente ímpetu -entre gobiernos, sociedad civil y parlamentarios/as- para participar en la formulación de políticas presupuestarias a nivel nacional y local desde una perspectiva de género.

United Nations Development Fund for Women (UNIFEM)
304 East 45th Street
15th Floor
New York, NY 10017
Tel: +1.212.906.6400
Fax: +1.212.906.6705
email: unifem@undp.org
www.unifem.org

Los Presupuestos Sensibles al Género y los Derechos Reproductivos de la Mujer: un paquete de recursos, New York 2006
Derechos de autor © Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2006
ISBN: 1 93 28 27 61 7

Diseño WhatWorks Inc
Editado por Carolyn Hanson/Bibi Singh
Traducción Samuel Dubois

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN 5

AGRADECIMIENTOS 6

SIGLAS 7

INTRODUCCIÓN 9
- Antecedentes 9
- Propósito y formato del paquete de recursos 9
- Estructura del paquete de recursos 10

¿QUÉ ES UN PSG? 12
- Definir el PSG 12
- PSG y FNUAP 15

ALGUNOS VÍNCULOS ESENCIALES 17
- Trabajo con presupuestos y equidad / igualdad de género 17
- Trabajo con presupuestos y derechos 19
- PSG y CEDAW 21
- Salud sexual y reproductiva y los derechos respectivos, y la ICPD 22
- Violencia de género y salud reproductiva 24
- VIH/SIDA y salud reproductiva 25
- Salud primaria y salud reproductiva 30
- Pobreza y salud reproductiva 31
- Reformas del sector de la salud y salud reproductiva 33

¿CUÁLES SON LAS CONSIDERACIONES ECONÓMICAS? 35
- PSG, salud reproductiva y economía 35
- El “dividendo demográfico” 37
- PSG, salud reproductiva y trabajo no remunerado de cuidado 38

USAR EL PRESUPUESTO PARA ADELANTAR OTROS TRABAJOS 41
- Salud reproductiva, trabajo presupuestario y ODMs 41
- Costos de los ODMs 44
- Trabajo presupuestario y PRSPs 45
- Trabajo presupuestario enfocado en temas específicos 48
- Trabajo presupuestario y gobernabilidad / participación 49
- Presupuestos participativos y género 51

CONTENIDOS

¿CÓMO SE VEN LOS PRESUPUESTOS? 54

Presentación del presupuesto 54
Formulación del presupuesto 56
Marco de gastos a medio término (MTEF) 58

MARCOS Y HERRAMIENTAS 60

Las tres categorías de Sharp 60
Los cinco pasos del análisis presupuestario 62
Pasos y preguntas elaborados por UNIFEM Región Andina 63
Guía mexicana para formular presupuestos en el sector de la salud 64
Categorización para el análisis de género a programas de VIH/SIDA 65
Herramientas propuestas para el análisis de los PSG 66
Circulares presupuestarias y presentaciones de presupuestos sensibles al género 70

ACTORES/AS, ACTIVIDADES Y ENFOQUE 71

Actores/as y actividades 71
El enfoque del trabajo con PSG 73
El ciclo presupuestario y oportunidades de intervención 74

EL LADO DE LOS INGRESOS 77

Financiamiento de la salud 77
Cobros a usuarios/as 79
Financiamiento por donantes 80
Enfoque sectorial 82
Iniciativas especiales de donantes para VIH/SIDA 83
La regla mundial de la mordaza 88
Relaciones fiscales intergubernamentales 90

ESTADÍSTICAS 92

Usar las estadísticas en el trabajo con PSG 92
Tendencias demográficas y sus implicaciones para los presupuestos 94

EN CONCLUSIÓN 96

RECUADROS

Recuadro 1 Incidencia por mujeres afrodescendientes en Porto Alegre, Brasil 14

Recuadro 2 Hitos en el trabajo de UNIFEM con los PSG 18

Recuadro 3 Usar los conceptos de derechos en los presupuestos de salud 20

Recuadro 4 Usar indicadores presupuestarios para evaluar el cumplimiento con la CEDAW 22

Recuadro 5 Necesidades de madres versus mujeres versus niños/as 28

Recuadro 6 Combinar la incidencia y acción legal por los derechos de salud 29

Recuadro 7 Combinar la investigación, incidencia y capacitación 34

Recuadro 8 A veces sólo el dinero no es suficiente 37

Recuadro 9 Los costos del cuidado en el hogar 39

Recuadro 10 El trabajo no remunerado de cuidado en el Vaso de Leche 40

Recuadro 11 Mortalidad materna y atención obstétrica de emergencia 43

Recuadro 12 La sociedad civil controla la política y ejecución presupuestaria para la educación en Malawi 47

Recuadro 13 La comunidad controla los fondos para la pobreza en Uganda 47

Recuadro 14 Dinero para reducir la mortalidad materna 48

Recuadro 15 ¿Cuánto cuesta combatir la violencia doméstica? 49

Recuadro 16 Género y el presupuesto participativo en Recife 51

Recuadro 17 Género y el presupuesto participativo en El Salvador 53

Recuadro 18 Cambiar los presupuestos para la salud reproductiva en Paraguay 55

Recuadro 19 Presupuestación en base al desempeño en el Ministerio de Bienestar Poblacional, Pakistán 59

Recuadro 20 Contenido de género explícito versus implícito 61

Recuadro 21 Abordar los problemas con el paso 4 en México 63

Recuadro 22 Género y sesgos en los gastos para la salud en Marruecos 67

Recuadro 23 Costos de ejecutar la Ley Sudafricana de Violencia Doméstica 68

Recuadro 24 Elegir quién debe hacer la investigación 72

Recuadro 25 Representantes públicos - no siempre a favor de la transparencia 73

Recuadro 26 Decisiones en un sistema descentralizado 74

RECUADROS

Recuadro 27 Evidencia del impacto de cobrar por servicios de salud en África 80
Recuadro 28 Las condiciones de PEPFAR imponen costos innecesarios 86
Recuadro 29 Asegurar que se beneficien las mujeres 88
Recuadro 30 Limitada flexibilidad en la toma de decisiones 91
Recuadro 31 Maneras creativas de investigar la violencia de género 94
Recuadro 32 Explorar las relaciones de sexos y su significado 95

PRESENTACIÓN

Nos complace sobremanera presentar el Paquete de Recursos FNUAP/UNIFEM de “Los Presupuestos Sensibles al Género y Derechos Reproductivos de las Mujeres” con el manual de capacitación, “Los Presupuestos Sensibles al Género en la Práctica”. Estamos seguras que estas dos publicaciones agregarán valor al acervo de recursos disponibles para la capacitación y ayudarán a usted a formar los equipos expertos que podrán satisfacer la demanda que crece en cada país. El objetivo es fomentar la perspectiva de género en los procesos nacionales de planificación y presupuestación.

Los presupuestos con enfoque de género ayudan a identificar las maneras en que las asignaciones responden a las prioridades de las mujeres y las maneras en que los gobiernos utilizan sus recursos para reducir la pobreza, promover la igualdad de género, revertir la difusión del VIH y rebajar los índices de mortalidad materno-infantil. Ayudan a asegurar que cada gobierno rinda cuentas en cuanto a sus compromisos asumidos ante las mujeres en el Programa de Acción de Cairo sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Beijing para Acción por la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, y a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Hoy en día, a más de diez años de la proclamación del Programa de Acción del Cairo y la Plataforma para la Acción de Beijing, podemos atestiguar avances significativos en las áreas del empoderamiento de las mujeres, igualdad de género y derechos y salud reproductivos de las mujeres. Sin embargo, aún resta mucho por lograr. Confiamos en que, teniendo entre sus manos estas publicaciones, usted encontrará las herramientas que nos ayudarán a avanzar más allá por el camino que lleva hacia aún mayor progreso.

Thoraya Ahmed Obaid
Directora Ejecutiva,
FNUAP

Noeleen Heyzer
Directora Ejecutiva,
UNIFEM

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a Nisreen Alami, Cordinadora del Programa de UNIFEM para los Presupuestos Sensibles al Género, por encomendar esta publicación, brindar su dirección y realizar aportes invalorables.

Agradezco al personal de UNIFEM de Nueva York y las oficinas regionales, el personal del FNUAP en Nueva York y los Equipos de Apoyo Nacionales del FNUAP, así como los individuos de organizaciones contrapartes que dieron sus consejos sobre los contenidos de este producto: Karen Daduryan, Luis Mora, Elizabeth Villagómez, Marijke Velzeboer y Verónica Zebadúa-Yáñez (Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México).

Mi apreciación para el grupo de lectoras del FNUAP y UNIFEM por revisar los primeros borradores del paquete de recursos y compartir sus comentarios tan bien pensados: Patricia Alexander, Faiza Benhadid, Zineb Touimi Ben-Jelloun, Raquel Coello, Nazneen Damji, Marilen Danguilan, Fatou Aminata Lo, Nomcebo Manzini y Aminata Toure.

Por su guía durante todo el proceso, expreso mi gratitud a Joanne Sandler, Directora Adjunta de UNIFEM; Aminata Toure, Asesora Técnica Principal de la División de Cultura, Género y Derechos Humanos en FNUAP; Miriam Jato, Asesora Técnica Principal de la División del África en FNUAP; y Yegeshen Ayehu, Oficial del Programa de Asesoría Técnica en FNUAP.

Debbie Budlender, Experta en Presupuestos Sensibles al Género e Investigadora Especializada con la Agencia Comunitaria para los Estudios Sociales (CASE), Noviembre 2006.

SIGLAS

ARV	Anti-retroviral
CEDAW	Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra las Mujeres
CSCQBE	Coalición de la Sociedad Civil por la Educación Básica de Calidad
CST	Equipo de Apoyo Nacional
CSVR	Centro para el Estudio de la Violencia y la Reconciliación
CTST	Equipo Nacional de Servicios Técnicos
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional
DHS	Encuesta demográfica y sanitaria
DVA	Ley de Violencia Doméstica
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica
EMOP	Cuidado obstétrico de emergencia
FMI	Fondo Monetario Internacional (FMI)
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población
FOWODE	Foro para las Mujeres en la Democracia
GAP	Programa de Incidencia por el Género
GBV	Violencia de género
GDP	Producto Interno Bruto (PIB)
GFATM	Fondo Mundial para el VIH/SIDA, TB y Malaria
HBC	Cuidado en el hogar
HIPC	País Pobre y Altamente Endeudado
HSR	Reforma del sector de la salud
ICESCR	Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
ICPD	Conferencia Internacional sobre el Desarrollo Poblacional
IDRC	Centro Internacional de Investigación sobre el Desarrollo
IEC	Información, educación y comunicación
IFI	Institución financiera internacional
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar

SIGLAS

IVA	Impuesto al Valor Agregado
MAP	Programa en Múltiples Países del África sobre el VIH/SIDA
MCH	Saludo materno-infantil
MKSS	Mazdoor Kisan Shakti Sangathan
MTCT	Transmisión de madre a hijo/a
MTEF	Marco de Egresos a Mediano Plazo
MYFF	Marco de Financiamiento Multi-Anual
NAC	Consejo Nacional del VIH/SIDA
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU / NNUU	Organización de las / Naciones Unidas
PAF	Fondo de Acción contra la Pobreza
PAFMC	Comité de Monitoreo para el Fondo de Acción contra la Pobreza
PoA/PdA	Programa de Acción
PRSP	Monografía Estratégica sobre la Reducción de la Pobreza
PSG	Presupuestos / -ación Sensible(s) al Género
RG	Recomendación general
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SP	Salud primaria
SR	Salud reproductiva
SRH	Salud sexual y reproductiva
STI	Infección de transmisión sexual
UDN	Red de Uganda sobre el Endeudamiento
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres
VAW	Violencia contra mujeres
WBI	Iniciativa Presupuestaria de Mujeres
WDM	Movimiento Mundial por el Desarrollo

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

El paquete de recursos sobre la Presupuestación para los Derechos Reproductivos ha sido elaborado bajo una Alianza Estratégica FNUAP/UNIFEM con la finalidad de desarrollar un enfoque coordinado para prestar asistencia técnica eficaz en materia de los Presupuestos Sensibles al Género (PSG). Esta alianza pretende desarrollar la capacidad de los equipos de apoyo nacionales (CSTs) del FNUAP con el fin de prestar apoyo utilizando el enfoque de los PSG para sus contrapartes nacionales. La alianza aprovecha la experiencia de UNIFEM apoyando a iniciativas de PSG en más de 20 países desde el año 2000.

Los presupuestos sensibles al género engloban una amplia gama de posibles actividades. Los tipos de actividades para las cuales las contrapartes nacionales solicitan apoyo también son muy diversos. Por lo tanto, no es posible proporcionar recetas sencillas para las contrapartes nacionales ni para los CSTs del FNUAP. El propósito de este paquete de recursos es proporcionar conocimientos pertinentes que puedan facilitar la transversalización de los enfoques sensibles al género en la salud reproductiva, por un lado, y la inclusión de aspectos específicos de la desigualdad y marginación de género en los marcos políticos nacionales, por otro lado.

En general, la iniciativa de FNUAP/UNIFEM pretende:

- Exponer a los CSTs a la gama de herramientas y actividades de PSG disponibles y cómo se relacionan con diferentes situaciones del desarrollo;
- Proporcionar a los CSTs los materiales básicos (en forma de este paquete de recursos) sobre los diferentes aspectos pertinentes para los PSG así como las referencias para leer más sobre cada aspecto;
- Proporcionar a un grupo más pequeño de integrantes de los CSTs la experiencia práctica en un taller, sobre cómo responder a las diferentes solicitudes de los países.

Dos talleres piloto fueron realizados a principios del 2006 para validar el contenido del paquete de recursos y desarrollar el manual de capacitación sobre PSG. Estos talleres pretendieron ayudar a las/los participantes a usar el paquete de recursos, adquiriendo las destrezas para utilizar los PSG en diferentes circunstancias y apoyando a otras personas para aplicar las herramientas de los PSG.

PROPÓSITO Y FORMATO DEL PAQUETE DE RECURSOS

El paquete de recursos tiene la forma de breves “hojas” sobre una gama de diferentes temas. Las hojas son relativamente independientes entre sí, pero están organizadas en diferentes sub-temas (como se describe en la sección sobre la Estructura en la página 10). La usuaria/o no necesita leer todas las hojas de una sola vez, sino que las puede utilizar según hagan falta.

Cada tema contiene referencias para más lecturas. En algunos casos, son la principal fuente para lo que está escrito en el paquete de recursos; en otros casos, se refieren a escritos afines. Las hojas también describen una gama de experiencias con los PSG en diferentes países, para ilustrar diferentes aspectos y herramientas. Estos ejemplos incluyen algunos en los cuales no se incorporó el género, a pesar de las oportunidades para hacerlo.

El paquete de recursos avanza en base a los materiales generales que existen sobre los PSG, antes que simplemente repetirlos. En particular, debe verse como complemento para el paquete de recursos BRIDGE y a la publicación de la Secretaría de la Mancomunidad Británica, Engendering Budgets: A practitioner's guide to understanding and implementing gender-responsive budgets (D. Budlender y G. Hewitt, 2003).

A diferencia de estos materiales más generales, el paquete de recursos FNUAP/UNIFEM se enfoca en los temas que más probablemente serán parte de las solicitudes nacionales a los CSTs del FNUAP. Se enfoca principalmente en la salud, en particular la salud reproductiva; en el VIH/SIDA; y en la violencia contra mujeres en su relación con los servicios de salud. Estos enfoques fueron sugeridos en un debate electrónico facilitado por UNIFEM cuando comenzó el proyecto, y se han guiado por el más reciente Marco de Financiamiento Multi-Anual (MYFF) del FNUAP. Los materiales del Paquete son diseñados para usarse en los países en vías de desarrollo y examinan las maneras en que los PSG pueden usarse para dirigir la atención hacia las personas más necesitadas y quienes sean marginadas por su género, situación económica, ubicación y/u otras características.

ESTRUCTURA DEL PAQUETE DE RECURSOS

El paquete de recursos está organizado en nueve secciones.

- "¿Qué es un PSG?" presenta un análisis breve de la naturaleza de un PSG y qué es lo que puede y que no puede lograr. Presenta, en particular, cómo un PSG puede ayudar a transversalizar el género y a abordar los problemas en general de la marginación y pobreza. Explica cómo el enfoque del PSG podría ayudar a abordar algunos de los principales énfasis del MYFF del FNUAP.
- "Algunos vínculos esenciales" explora cómo el enfoque del PSG puede usarse con relación a los derechos. Además, muestra las vinculaciones entre la salud reproductiva y toda una serie de otros asuntos del interés del FNUAP, incluyendo la salud sexual y reproductiva y los derechos respectivos, la violencia de género, el VIH/SIDA y la pobreza. Además, analiza los vínculos entre la salud reproductiva y los asuntos más generales de la salud, como salud primaria y las reformas del sector de la salud que están haciéndose en muchos de los países en vías de desarrollo donde trabaja el FNUAP.
- "Consideraciones económicas" trata los argumentos económicos que pueden usarse para abordar las inquietudes del FNUAP y asignar presupuestos adecuados para enfrentar estas situaciones eficazmente. Además, dilucida el concepto del trabajo no remunerado. Esta cuestión usualmente se descuida en los debates económicos y presupuestarios tradicionales pero necesita abordarse para generar resultados equitativos en materia del género.

- Usar el presupuesto para adelantar con otros trabajos" ilustra un tema clave de estos materiales: que el enfoque del PSG puede aprovecharse in diferentes programas, campañas y actividades. Posibles espacios para usar el enfoque del PSG incluyen las monografías estratégicas sobre la reducción de la pobreza (PRSPs), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), y trabajos con temas específicos como la mortalidad materna y la violencia de género. La última parte de la sección describe cómo el trabajo con los PSG puede aumentar la participación pública en la formulación de políticas.
- "¿Cómo se ven los presupuestos?" introduce diferentes maneras de presentar y formular los presupuestos y trata sobre los desafíos y oportunidades planteados por los diferentes formatos presupuestarios. De hecho, el formato y la presentación de los documentos presupuestarios pueden diferir significativamente de un país a otro, y estas diferencias pueden parecer amedrentadoras.
- "Marcos y herramientas" presenta los enfoques analíticos mejor conocidos en el trabajo con los PSG, incluyendo ejemplos para ilustrar las varias maneras de usarlos con relación a la salud reproductiva u otros intereses del FNUAP. La sección subraya la necesidad de usar los marcos existentes como punto de partida y generación de ideas antes que como plano detallado.
- "Actores/as, actividades y enfoque" primero analiza a los diferentes actores/as que deberían participar en las actividades del PSG, para luego presentar algunas de las opciones en términos del enfoque del trabajo presupuestario. Mientras que las demás secciones hablan de enfocar el trabajo en términos temáticos, esta sección habla de enfocarlo en términos del alcance (sectores, nivel del gobierno, etc.) así como en términos de las actividades (investigación, incidencia, etc.). Finalmente, la sección señala las etapas típicas del ciclo presupuestario y sugiere posibles intervenciones para las diferentes etapas.
- "El lado de los ingresos" trata algunas de las posibilidades para trabajar con los ingresos al presupuesto, aunque la mayor parte del trabajo en PSG en los países en vías de desarrollo se ha enfocado en los egresos del presupuesto. La sección incluye una breve presentación de las principales iniciativas de donantes para el VIH/SIDA.
- "Estadísticas en el trabajo con los PSG" sugiere maneras creativas para trabajar con lo que está disponible y alentar al mejoramiento de las estadísticas a futuro. Un reclamo común entre quienes trabajan con los PSG es que los datos desagregados por sexo y las estadísticas pertinentes al género en términos más amplios suelen ser inadecuados.

¿QUÉ ES UN PSG?

Esta sección presenta un breve análisis de la naturaleza de un PSG, y qué es lo que puede y no puede lograr. En particular, explica cómo un PSG puede ayudar a transversalizar el género y abordar los problemas de marginación y pobreza. Analiza cómo el enfoque del PSG podría ayudar a enfrentar algunos de los intereses fundamentales del MYFF del FNUAP. Las secciones posteriores amplían muchos de los puntos que se plantean en forma breve aquí.

DEFINIR EL PSG

Analizar el impacto de los gastos e ingresos estatales para las mujeres y niñas, a comparación de los hombres y niños varones, está llegando a ser rápidamente un movimiento mundial para reforzar la rendición de cuentas en cuanto a los compromisos de las políticas nacionales con las mujeres.

Fuente: Informe Anual de UNIFEM para el 2001: p. 17

Mediante el desarrollo y la aplicación de varias herramientas y técnicas, los presupuestos para las mujeres pueden asegurar varios aportes cruciales. Éstos incluyen los esfuerzos por:

- Reconocer, reivindicar y revalorar los aportes y el liderazgo que hacen las mujeres en la economía mercantil, y en las esferas reproductiva o doméstica (invisibles y subvalorados) de la economía del cuidado, la que absorbe el impacto de las opciones macroeconómicas que llevan a recortes en los gastos para salud, bienestar y educación;
- Promover el liderazgo de las mujeres en las esferas públicas y productivas de la política, economía y sociedad, en parlamento, negocios, medios de comunicación social, cultura, instituciones religiosas, sindicatos e instituciones de la sociedad civil;
- Dedicarse a un proceso de transformación para tomar en cuenta las necesidades de las personas más pobres y sin poder; y
- Fortalecer la capacidad de incidencia entre las organizaciones de mujeres con relación a cuestiones macroeconómicas.

Fuente: Blackden, C.M. y Bhanu, C., "Gender, Growth and Poverty Reduction," Documento Técnico No. 428, Banco Mundial: Washington, 1999, 64–65.

El trabajo con los presupuestos sensibles al género (PSG) procura asegurar que los presupuestos estatales y las políticas y los programas subyacentes aborden las necesidades e intereses de los individuos que pertenecen a diferentes grupos sociales. Así, el trabajo con los PSG examina las distorsiones que pueden surgir porque la persona sea hombre o mujer, pero al mismo tiempo considera la marginación causada por la etnicidad, casta, clase o pobreza, ubicación o edad.

Nos enfocamos en el presupuesto porque es la herramienta más importante del Gobierno para hacer políticas. Esto es porque, sin dinero, el Gobierno no podrá ejecutar ninguna otra política de manera exitosa. Así, un gobierno puede tener una excelente política sobre la salud reproductiva, violencia de género (GBV), o el VIH/SIDA, pero si no asigna el dinero necesario para ejecutarla, la política no tiene más valor que él del papel en el cual está impresa.

Se usan muchos términos para el trabajo con los PSG. A veces se hablan de "presupuestos de género," o a veces "presupuestos de las mujeres," o a "presupuestos sensibles al género." En general, todos estos términos hacen referencia a lo mismo—esfuerzos para asegurar que los presupuestos estatales promuevan la equidad / igualdad de género.

Sin embargo, algunos términos pueden despistar. Por ejemplo, el término "presupuesto de las mujeres" podría hacer que la gente crea que el PSG trata de hacer presupuestos por separado para mujeres u hombres. Esto puede pasar incluso cuando se usen términos con "género". El PSG no es cuestión de presupuestos aparte para mujeres u hombres, niñas o niños. Tampoco es cuestión de ver cuánto dinero se asigna para mujeres y niñas o para proyectos de género. No es para ver cuántas mujeres y cuántos hombres están en empleos gubernamentales o en cuáles niveles y con qué sueldos, ni tampoco es cuestión de ver cuántas empresas con propietarias mujeres consiguieron contratos como proveedoras del gobierno. Más bien, el PSG trata de la transversalización – asegurar que, a fin de cuentas, haya suficiente conciencia de género en todas las políticas y presupuestos de todos los organismos del Estado (aunque, por razones prácticas y estratégicas, se hará enfoque en ciertos organismos). Esto se alinea con el enfoque del FNUAP en su Marco de Financiamiento Multi-Anual (MYFF) que busca transversalizar la equidad / igualdad de género, así como la prevención del VIH/SIDA en todas las actividades del FNUAP.

El hecho de que el PSG pretende promover la transversalización quiere decir que usualmente los ministerios de finanzas deben cumplir un rol protagónico. Los mecanismos para la igualdad de género deben cumplir un papel de apoyo. Otros ministerios sectoriales tienen responsabilidades con relación a sus propios procesos de planificación y presupuestación. El Ministerio de Finanzas es especialmente necesario si se ejecuta la iniciativa entre varios diferentes ministerios sectoriales. Sin embargo, las iniciativas más modestas que se enfocan tan sólo en un sector podrán avanzar, en algunos casos, sin la participación inicial del Ministerio de Finanzas.

El PSG no es para dividir todo en 50% hombres: 50% mujeres, porque 50: 50 es "igual" pero puede no ser equitativo. El PSG pretende determinar cuándo son iguales las necesidades de mujeres y hombres y cuándo difieren. Cuando las necesidades son diferentes, las asignaciones deberán ser diferentes. La salud es un campo en el cual las necesidades de hombres y mujeres suelen ser distintas. Tanto las mujeres como los hombres adolecen de la gripe, el paludismo, y la tuberculosis, pero las implicaciones económicas y sociales de estas enfermedades pueden diferir según el género. Además, las mujeres tienden a tener mayores necesidades en salud reproductiva que los hombres. Las mujeres también tienden a usar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres – tanto para sí mismas, como en sus roles de cuidadoras de otros miembros del hogar. Esto quiere decir que 50:50 en los recursos para la salud para mujeres y hombres probablemente implicaría un sesgo contra las mujeres. El rol de las mujeres como cuidadoras también quiere decir que tenemos que pensar más allá de las/los beneficiarios directos/as, hasta el impacto en las demás personas con quienes viven e interactúan.

El trabajo con PSG implica examinar el impacto de los presupuestos gubernamentales en diferentes grupos sociales. Este trabajo de PSG examina, entonces, no sólo hombres versus mujeres, sino también las diferentes necesidades de jóvenes y mayores, rurales y urbanos, ricos y pobres, etc. Además, se examina cómo estas diferentes características se cruzan e interactúan. En términos simples, el trabajo PSG se orienta principalmente hacia la manera cómo los presupuestos afectan a las personas más marginadas – que son, a la vez, mujeres, pobres, rurales, etc.

Este entendimiento significa que, en el trabajo del PSG, no simplemente apoyamos algo porque es "conveniente para las mujeres". A veces parecería, a simple vista, que algo es "bueno para las mujeres" pero resulta que sólo conviene a un grupo pequeño de mujeres relativamente privilegiadas. Por ejemplo, eliminar un impuesto sobre toallas sanitarias femeninas en un país pobre no es un gran adelanto en términos de equidad, porque la mayoría de las mujeres pobres jamás podrían gastar sus pocos dólares o chelines en una toalla sanitaria – vistas sus demás necesidades más urgentes.

El PSG deberá considerar la capacidad de los individuos de satisfacer sus necesidades. Ningún gobierno cuenta con suficientes recursos para satisfacer todas las necesidades de todo el pueblo que vive en un país. Por lo tanto, el gobierno debe enfocarse en (priorizar a) las personas que tengan menos capacidad de satisfacer sus propias necesidades.

RECUADRO 1: INCIDENCIA POR MUJERES AFRODESCENDIENTES EN PORTO ALEGRE, BRASIL

La Associacão Cultural de Mulheres Negras (ACMUN) es una organización de mujeres afrodescendientes en Porto Alegre - Brasil. La organización ha dedicado mucha energía a la movilización por un acceso mejor y sin discriminación a los servicios de salud. Como parte de estas actividades, ACMUN aplicó una encuesta para averiguar más sobre los vínculos entre el acceso a los servicios de salud, el VIH/SIDA y la violencia contra mujeres.

El estudio confirmó que las mujeres afrodescendientes tenían poco acceso a los servicios de salud. Hubo dos sistemas de salud disponibles para las personas residentes en la comunidad. El servicio de mejor calidad era muy costoso, y por lo tanto estaba fuera del alcance de la mayoría de las mujeres afrodescendientes. Muchos profesionales de la salud también carecían de sensibilidad y respeto en su trato a las mujeres afrodescendientes. En términos más generales, los profesionales tendían, en muchos casos, a humillar a la gente pobre. Finalmente, pese a los anteriores intentos de educar a los profesionales de salud sobre la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH/SIDA, la igualdad de género y los derechos de las mujeres, no tenían suficiente sensibilidad a las necesidades de las mujeres negras.

Luego de aplicar la encuesta, ACMUN formó una red de salud que reúne a grupos de mujeres, grupos de personas seropositivas con VIH, y otras personas. La red planea usar los resultados de la encuesta y sus recomendaciones para hacer incidencia por mejores políticas locales y nacionales en cuanto a los servicios de salud, la prevención del VIH/SIDA y la violencia contra mujeres.

Referencia: UNIFEM, 2005 Progress Report on "Enhancing Human Security Through Women's Rights. Gender Equality in the Context of VIH/AIDS," 2005.

El trabajo con los PSG puede incluir toda una gama de diferentes actividades, incluyendo investigación, incidencia, monitoreo, capacitación, conscientización, análisis de políticas y diseño de políticas. Una serie de diferentes actores/as como el gobierno, la legislatura, la sociedad civil, académicos, donantes y las instituciones financieras internacionales (IFIs) también puede involucrarse. La naturaleza de las actividades se determina hasta cierto punto por la naturaleza de los actores/as.

El PSG tiene mucho potencial y puede utilizarse de muchas diferentes maneras. Las citas al final de esta hoja ilustran algunas de las expectativas que tienen UNIFEM y el Banco Mundial para el PSG. Aunque es bueno apreciar el potencial, no hay que esperar demasiado del PSG. Un documento por el Instituto de las Naciones Unidas de Investigación para el Desarrollo Social (UNRISD) (Budlender, 2006) analiza algunas de las múltiples expectativas y limitaciones del PSG. El éxito o no del PSG depende de los actores/as, sus objetivos, su entendimiento y las actividades que hacen. Más importante, depende del contexto político y social del país donde se hace el PSG.

Si se tiene expectativas demasiado ambiciosas del PSG, probablemente producirán decepciones. El PSG debe verse como un enfoque que se puede usar en múltiples etapas del proceso de formular políticas, por diferentes actores de diferentes maneras para adelantar diferentes causas. Debe verse como parte del esfuerzo más amplio hacia la transversalización del género. Este paquete de recursos también se enfoca en cómo podrá usarse el PSG para adelantar la salud sexual y reproductiva y los derechos respectivos, así como otras áreas de interés del FNUAP. Tan sólo el PSG no podrá lograr cambios significativos. Sin embargo, en combinación con otras iniciativas, sí podrá contribuir al cambio.

Referencia:Budlender D, "Expectations versus Realities in Gender-Responsive Budget Initiatives," (a publicarse próximamente). http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/(httpProjectsForResearchHome-en)/E177294B96D2F07CC1256CC300399CB8?OpenDocument&panel=unpublished

PSG Y FNUAP

El actual Marco de Financiamiento Multi-Anual (MYFF) del FNUAP cubre el período de 2004–2007. El MYFF es el plan estratégico a medio término de la organización. Varios elementos del MYFF sugieren fuertemente que el PSG podría cumplir un rol útil.

En términos del enfoque, el MYFF claramente expresa desde un principio que su finalidad general es contribuir a la ejecución del Programa de Acción (PoA) de la Conferencia Internacional de Desarrollo Poblacional (ICPD) dentro del contexto de la reducción de la pobreza. También está claro que la dirección general de la organización debe conformarse en base a lo que sucede en sus programas nacionales y debe ser pertinente en "diversos contextos programáticos y en un entorno externo cambiante".

Así, el MYFF se enfoca en los "resultados" antes que en los "productos". Este enfoque está alineado con el enfoque de la presupuestación en base al desempeño que se trata más adelante en este paquete. Los resultados del MYFF se enmarcan en términos de tres objetivos (uno para cada uno de los tres campos de 1. salud reproductiva, 2. población y desarrollo, y 3. la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres) y seis resultados.

El MYFF anota que los "temas prioritarios" como prevención del VIH/SIDA, salud reproductiva adolescente, y equidad / igualdad de género, han sido "transversalizados a través de todo el Marco." Estás áreas han sido utilizadas para guiar el enfoque de este paquete. El MYFF también anota que los resultados preliminares de 151 países sugieren que el VIH/SIDA, la salud reproductiva adolescente, igualdad de género y empoderamiento de las mujeres son las primeras prioridades de la ICPD. Con relación a la población y el desarrollo, el envejecimiento de la población, la pobreza, la migración y la calidad de los datos son temas centrales. Este paquete hace referencia a todos estos asuntos.

El MYFF hace énfasis en la necesidad de conformar una base fuerte de evidencia con modelos, experiencias replicables, buenas prácticas y aprendizajes, y ampliar los conocimientos técnicos y la experticia del personal. El Programa de Alianza Estratégica FNUAP/UNIFEM para un Enfoque Coordinado hacia la Asistencia Técnica Eficaz para la Presupuestación Sensible al Género, bajo el cual se está produciendo este paquete de recursos, contribuirá a este fin.

Los párrafos que tratan sobre la incidencia y el diálogo político anotan la necesidad de fortalecer la capacidad de actores/as nacionales para hacer incidencia por los objetivos de la ICPD dentro de un enfoque de derechos para el desarrollo. Aquí, nuevamente, se pone énfasis en una fuerte base de evidencia (es decir, datos y cifras) si la incidencia ha de ser eficaz. El énfasis en el diálogo político refleja el interés del FNUAP en trabajar con marcos de desarrollo liderados por los países como enfoques sectoriales (SWAps)[1], PRSPs y reformas al sector de la salud.

Uno de los indicadores propuestos para el MYFF se relaciona directamente con los presupuestos, ya que el documento propone que el compromiso nacional con la seguridad en artículos de uso reproductivo se mida por la proporción del presupuesto de salud asignada a los anticonceptivos. Otro indicador se relaciona con la existencia de mecanismos nacionales y subnacionales que adelantan la participación por la sociedad civil participación en la planificación y monitoreo de la calidad de los servicios en salud reproductiva. Este indicador puede tener un ángulo presupuestario si la sociedad civil participa en el proceso presupuestario.

Referencia: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, "El Marco de Financiamiento Multi-Anual, 2004–2007," Informe de la Dirección Ejecutiva, DP/FPA/2004/4, 2004.

[1] Debe notarse que no se trata de "swaps" de la deuda, es decir canjes, sino una sigla que abrevia "system-wide" = sectorial. (Nota de la traducción)

ALGUNOS VÍNCULOS ESENCIALES

La primera parte de esta sección trata sobre cómo el enfoque del PSG puede usarse en el trabajo de derechos y promoviendo la equidad / igualdad de género. La segunda parte examina los vínculos entre la salud reproductiva y una gama de otros asuntos prioritarios para el FNUAP, incluyendo la salud sexual y reproductiva y los derechos respectivos, la violencia de género, VIH/SIDA y pobreza. También analiza los vínculos entre la salud reproductiva y asuntos de salud más generales, como la salud primaria y las reformas al sector de la salud que están haciéndose en muchos de los países en vías de desarrollo donde opera el FNUAP. Las reformas son especialmente importantes desde un punto de vista presupuestario, ya que influyen tanto en los ingresos como los gastos del presupuesto.

TRABAJO CON PRESUPUESTOS Y EQUIDAD / IGUALDAD DE GÉNERO

Un presupuesto es la declaración más completa de los planes y prioridades sociales y económicos del gobierno. Al hacer seguimiento a las fuentes de dónde viene el dinero y los destinos a los que va, podremos ver quiénes se benefician con los recursos públicos, y cómo. Aunque usualmente se perciben los presupuestos como neutros en términos de género – como un montón de números que afectan imparcialmente a las mujeres y los hombres – una inspección más detenida revela que muchas veces no es así. En general, los presupuestos no son neutros, sino ciegos al género.

El análisis del PSG mira más allá de los balances para sondear si los hombres y mujeres tienen tratos diferentes bajo las corrientes existentes de ingresos y gastos. Este proceso no redunda en la creación de presupuestos por separado para las mujeres, ni tampoco pretende sólo aumentar los gastos en los programas para las mujeres. Más bien, ayuda a los gobiernos a comprender cómo puede ser necesario que reajusten sus prioridades y reasignen recursos para cumplir con sus compromisos de lograr la igualdad de género y adelantar los derechos humanos de las mujeres—incluyendo los estipulados en la CEDAW, la Plataforma para la Acción de Beijing y los ODMs. Los presupuestos con enfoque de género pueden ser fundamentales para transformar la retórica sobre el empoderamiento de las mujeres en una realidad concreta.

Evaluar los presupuestos a través de una lente de género requiere pensar de nuevo sobre las cifras del gobierno. Exige incluir la equidad en los indicadores de desempeño del presupuesto, y examinar el impacto de las políticas del presupuesto sobre los resultados en materia de igualdad de género. También se enfoca en la relación entre los gastos gubernamentales y el tiempo que dedican las mujeres al trabajo no remunerado de cuidado, como la recolección de agua y combustible, cuidado a las personas enfermas, cuidado a niños/as y muchas otras tareas. Realizar un análisis presupuestario sensible al género puede verse como un paso hacia una mayor transparencia en la rendición de cuentas en materia de los derechos humanos de las mujeres, pero también como una mayor transparencia pública y eficiencia económica. Con la evidencia muy convincente de que la desigualdad de género genera costos enormes en el atraso del desarrollo económico y humano, los cambios en la política fiscal para cerrar esas brechas rendirán beneficios para las sociedades en general.

RECUADRO 2: HITOS EN EL TRABAJO DE UNIFEM CON LOS PSG

Colaborando en una alianza estrecha con organizaciones de mujeres y académicas/os, UNIFEM ha realizado trabajo pionero de punta en los PSGs que está siendo recogido por los gobiernos locales y nacionales. La incidencia y capacitación para funcionarios/as públicos, parlamentarias/os y grupos de mujeres, el desarrollo de las herramientas para el análisis presupuestario y el amplio intercambio de conocimientos sobre lo que funciona bien, han ayudado a que el concepto se extienda, produciendo cambios en varios países.

En el Ecuador: Luego de las sesiones iniciales de capacitación para funcionarios/as locales y organizaciones de mujeres, el trabajo con los PSG ha avanzado bien en varios municipios. En Cuenca, las autoridades locales decretaron la prioridad de contratar a mujeres para las obras de infraestructura. El presupuesto municipal durante los últimos tres años ha incluido recursos específicos para fomentar la igualdad para las mujeres, según se define en un Plan de Igualdad de Oportunidades. Se han asignado recursos significativos para respaldar una ley que brinda atención médica gratuita a las mujeres gestantes y sus bebés recién nacidos/as, y el gobierno se ha unido con grupos de mujeres locales en programas para poner fin a la violencia contra las mujeres. Otro municipio, Esmeraldas, ha establecido un fondo para las micro-empresas locales de mujeres y ha creado un Consejo de Equidad para asesorar y controlar las políticas municipales en materia del género. Salitre ha asignado más recursos a las organizaciones de mujeres. Quito ha establecido una Secretaría para la Equidad de Género y Social.

En Bolivia: Después de una campaña de incidencia coordinada por el Instituto de Formación Femenina Integral de Cochabamba con el apoyo de UNIFEM, el Ministerio de Finanzas incluyó en sus Lineamientos para la Elaboración de los Planes Operativos Anuales de los Municipios la obligación de asignar recursos para los programas y proyectos orientados hacia la equidad de género. Los lineamientos también estipulan que los municipios deben especificar a los funcionarios/as responsables de las diferentes actividades en equidad de género.

En la India: Varios años sostenidos de incidencia y alianzas entre el Departamento de Mujeres y Niños/as, UNIFEM y organizaciones de mujeres han motivado al gobierno nacional a afirmar la importancia de la presupuestación con enfoque de género. Esto se hizo inicialmente incluyendo una declaración sobre el género en el Presupuesto de la Unión para el 2003 y mediante estudios oficiales al respecto. En el 2005, el Ministro de Finanzas comprometió su apoyo para la ejecución. 21 ministerios nacionales han establecido ya sus células para la presupuestación con enfoque de género. Para el ejercicio económico del 2005–2006, 18 departamentos están emitiendo especificaciones detalladas de las asignaciones y metas en beneficio de las mujeres. A nivel seccional, en el Estado de Bengala Occidental, UNIFEM apoyó a la organización Sachetana para elaborar un manual sobre la presupuestación con enfoque de género; el grupo lo ha utilizado para capacitar a más de mil concejalas en los gobiernos locales. En otro Estado, Karnataka, las mujeres electas como representantes en la ciudad de Mysore usaron la presupuestación con enfoque de género para bloquear una propuesta que habría recortado el presupuesto para los programas para las mujeres. Al fin consiguieron más bien un aumento del 56% en su financiamiento, e iniciaron la incidencia para una información pública más transparente en el futuro.

En México: La extensa movilización de grupos de mujeres, impulsada por las contrapartes de UNIFEM, persuadió al gobierno en el 2003 para destinar el 0,85% del presupuesto total nacional para programas que promueven la igualdad de género. Desde entonces, 14 ministerios se han visto obligados a dar informes trimestrales sobre estos programas. En los Estados de Morelos, Queretaro y Chiapas, el Ministerio de Salud ha usado una guía para integrar los elementos del género en los presupuestos de salud—producida por el ministerio nacional de salud con el apoyo de UNIFEM—para mejorar los servicios de salud que ofrece a las mujeres y canalizar más recursos a las necesidades prioritarias de salud.

En el Brasil: UNIFEM ha llevado a cabo una serie de actividades, incluyendo cursos sobre género y políticas macroeconómicas para altos funcionarios/as que formulan dichas políticas, ayudando a establecer los vínculos entre las promotoras del PSG y parlamentarias/os, y patrocinando a una ONG prestigiosa para realizar un estudio de cuatro años sobre el género en las políticas legislativas y asignaciones presupuestarias. El gobierno nacional ha realizado un análisis preliminar del género sobre su plan federal multi-anual, que les ayudará a asegurar que el presupuesto nacional incorpore planificación y asignaciones sensibles al género. El gobierno ya utilizó herramientas similares para adaptar los servicios descritos en el Plan Nacional de Salud para las necesidades de diferentes grupos raciales. Mediante una campaña de incidencia, el Centro Feminista de Estudios y Servicios de Asesoría logró la inclusión de programas fundamentales para la igualdad de género y los derechos de las mujeres en el sistema para control de gastos, SIGA-BRASIL. Este programa es una iniciativa del Senado Federal del Brasil, para crear un sistema de información pública (disponible en su página Web) que permite que cualquier persona acceda a las bases de datos con la información de planificación y presupuestación.

En las Filipinas: El PSG comenzó en el 1995, con una política de presupuesto para Género y Desarrollo (GAD) que estipulaba que los organismos del gobierno debían asignar un 5% de sus presupuestos para actividades relacionadas con género y desarrollo. Más recientemente, UNIFEM ha apoyado a la maquinaria nacional para las mujeres, la Comisión Nacional sobre el Rol de las Mujeres Filipinas, para intervenir en el proceso de reforma presupuestaria que pretende transformar el proceso de presupuestación, para pasar del sistema de las partidas a una presupuestación en base al desempeño. El propósito de la intervención es crear herramientas para institucionalizar la sensibilidad al género en el proceso. A nivel local una ONG ha ayudado a comunidades locales a trabajar con las unidades del gobierno local para elaborar presupuestos locales que sean sensibles al género.

TRABAJO CON PRESUPUESTOS Y DERECHOS

Los presupuestos reflejan los planes de gasto del gobierno a nivel nacional y seccional. Con relación a la salud reproductiva, reflejan la intención de hacer gastos para prestar servicios. El discurso de los derechos aborda, entre otros aspectos, el acceso equitativo a servicios de calidad en varias áreas. Cuando se tratan los derechos de las mujeres, el trabajo de derechos también plantea la cuestión de gastos para abordar la discriminación y marginación. En años recientes, el discurso sobre derechos humanos ha reconocido cada vez más la importancia de examinar la disponibilidad de recursos y, por lo tanto, los presupuestos. Esta sección aclara algunos de los aspectos identificados en el discurso de los derechos humanos que tienen implicaciones para las políticas presupuestarias de los gobiernos.

"La Dignidad Cuenta" es una publicación que refleja la colaboración entre tres organizaciones – el Proyecto Nacional Interpresupuestario, el Programa de Pasantías Internacionales en Derechos Humanos, y Fundar, organización mexicana que trabaja con derechos y también con los presupuestos. La introducción explica cómo pueden beneficiarse las/los promotores de los derechos humanos y las/los analistas de presupuestos al unir sus esfuerzos.

Para los promotores/as de los derechos humanos, agregar el aspecto presupuestario a su trabajo puede:

- Sumar las fortalezas técnicas del trabajo presupuestario a los argumentos morales de los derechos humanos;
- Ayudar a identificar los problemas prácticos y sus soluciones;
- Ayudar a evaluar si el gobierno está aprovechando los recursos disponibles tan eficazmente como podría hacerlo;
- Proporcionar las propuestas desarrolladas, incluyendo estimados de los costos, para la consideración del gobierno;
- Reforzar la incidencia con legisladores/as, comunidades y otras agrupaciones.

Para las/los analistas de presupuestos, agregar el aspecto de los derechos humanos puede:

- Servir de recordatorio de que el objetivo final es el bienestar humano;
- Proporcionar los valores para evaluar los presupuestos;
- Legitimar el trabajo por el amplio reconocimiento de la necesidad de examinar las cuestiones de pobreza y justicia social;
- Ayudar a elegir entre diferentes opciones presupuestarias y políticas;
- Fortalecer la demanda de transparencia y rendición de cuentas;
- Encontrar a más contrapartes y así aumentar el impacto.

RECUADRO 3: USAR LOS CONCEPTOS DE DERECHOS EN LOS PRESUPUESTOS DE SALUD

"La Dignidad Cuenta" usa el presupuesto de salud en México como estudio de caso para ilustrar cómo puede combinarse el trabajo de los presupuestos con el enfoque en los derechos. El análisis se enfoca en la obligación del gobierno con relación a:

- **Cumplir progresivamente el derecho a la salud;**
- **Aprovechar plenamente el máximo de los recursos disponibles para lograr este cumplimiento; y**
- **Acatar las garantías específicas del Artículo (12) sobre la salud en el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR).**

"El logro progresivo" y "el aprovechamiento pleno del máximo de los recursos disponibles" son conceptos fundamentales para el trabajo con los presupuestos y derechos. El logro progresivo reconoce que los gobiernos cuentan con recursos (dinero) limitados y es posible que no siempre puedan garantizar un derecho inmediatamente. Pero dice que no tienen que retroceder respecto al derecho. El aprovechamiento pleno del máximo de los recursos disponibles reconoce, nuevamente, que los recursos pueden estar limitados, pero dice que el gobierno debe usar lo que esté disponible hasta el potencial máximo para lograr los derechos.

En términos del logro progresivo, el análisis mostró que el gobierno federal aumentó la cantidad asignada a la salud entre 1998 y 2001, pero que para el 2002 la asignación se había recaído hasta cerca del nivel del 1998. La ONG mexicana Fundar desagregó entonces la asignación total entre las diferentes instituciones, ya que cada tipo de institución sirve a una parte diferente de la población. Encontraron que, en el 2002, un 65% del total de gastos para la salud se destinó a la gente que estaba afiliada al sistema de seguro social, pese a que dichas personas representaban tan sólo la mitad de la población total.

En términos del uso del máximo de los recursos disponibles, Fundar encontró que los gastos por salud se habían reducido con relación al producto interno bruto (PIB) y con relación al total de gastos gubernamentales. En cambio, encontraron que se habían aumentado los gastos en áreas que no tenían relación directa con los derechos humanos (como las Finanzas, las Relaciones Exteriores y el Turismo).

Para el análisis con relación al ICESCR, Fundar examinó lo que el gobierno asignó para reducir el índice de niños/as nacidos muertos, y la mortalidad de infantes y niños/as; para la prevención y el tratamiento de las enfermedades; y para crear las condiciones que aseguraran que estuvieran disponibles los servicios y la atención de salud. Respecto del programa que cubre la salud materna, la organización encontró que las asignaciones del presupuesto tenían un sesgo en contra de los estados más pobres.

Fundar tiene un proyecto enfocado en los presupuestos y la mortalidad materna. Este proyecto trabaja en alianza con las organizaciones de mujeres que se enfocan en la salud y derechos reproductivos. La alianza ha dado resultados muy concretos. En el primer año del proyecto, las asignaciones descentralizadas (seccionales) para la salud materna aumentaron en un 900%. El programa nacional del Ministerio de Salud contra la mortalidad materna (Arranque Parejo en la Vida) también emitió una serie de manuales sobre cómo abordar los posibles eventos de emergencia.

Además, las ONGs mexicanas participantes están aplicando una nueva estrategia. Ahora están haciendo incidencia por un cambio en la estrategia general para la mortalidad materna (de seguimiento a los embarazos de alto riesgo y atención profesional durante el parto) para que incluya cuidado obstétrico de emergencia.

Referencia: Fundar–Centro de Análisis e Investigación, Proyecto Internacional de Presupuestos y Programa Internacional de Pasantía en Derechos Humanos, "la Dignidad Cuenta: Guía para usar el análisis presupuestario para el avance de los derechos humanos," 2004.

PSG Y CEDAW

La Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra las Mujeres de 1979 (CEDAW) es el principal instrumento internacional sobre los derechos de las mujeres. La CEDAW consta de un preámbulo y 30 artículos. El Artículo 12 se relaciona con las mujeres y la salud. También hay recomendaciones sobre la violencia contra mujeres. Para marzo del 2005, 180 Estados habían ratificado la CEDAW. Sin embargo, algunos de estos Estados lo hicieron con "reservas," ya que su legislación nacional, tradiciones, religión o cultura estaban en conflicto con artículos específicos. Los EEUU es uno de los pocos países que no ha ratificado la CEDAW.

En 1983 la CEDAW emitió una recomendación general (RG) (No. 24) sobre el Artículo 12 de la CEDAW sobre las mujeres y la salud. El Párrafo 2 de la Recomendación trata directamente con la salud reproductiva. Exige eliminar la discriminación contra las mujeres en el acceso a los servicios de salud "durante todo su ciclo de vida, en particular en las áreas de la planificación familiar, el embarazo, el parto y durante el período postnatal." Un párrafo posterior de la recomendación pone énfasis en los aspectos del ciclo de vida, aclarando que la palabra "mujer" incluye también a adolescentes y niñas. La recomendación también hace referencia cruzada a las anteriores recomendaciones relacionadas con la circuncisión de mujeres, el VIH/SIDA, y la violencia contra mujeres, entre otros temas. La recomendación dice que los informes nacionales a la CEDAW deben indicar si se prestan servicios gratuitos, y cómo se los presta, para asegurar seguridad en los embarazos, el parto y el período postparto para las mujeres.

El Párrafo 11 de la RG 24 establece que, si las personas encargadas de prestar ciertos servicios (como el aborto) se niegan por objeción de conciencia, el Estado debe asegurar que se ofrezcan alternativas a las mujeres afectadas. Más generalmente, la recomendación requiere que los Estados informen sobre cómo los servicios públicos y privados (incluyendo los no gubernamentales) están cumpliendo con sus deberes de respetar los derechos de las mujeres a la atención de salud. El monitoreo en este respecto debe incluir la calidad del cuidado a más del acceso.

El Párrafo 17 de la RG 24 obliga los Estados a tomar medidas apropiadas, incluyendo las presupuestarias, "al máximo de sus recursos disponibles" para asegurar que las mujeres accedan a su derecho a la salud.

Se puede revisar http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.htm para ver si un país específico ha ratificado la CEDAW y, si la ha ratificado, si hubo reservas.

Referencia:www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24Diane Elson, "Budgeting for Women's Rights, Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW," UNIFEM, 2006. Para resúmenes de las recomendaciones, véase http://www.gender-budgets.org/en/ev-72845-201-1-DO_TOPIC.html

RECUADRO 4: USAR INDICADORES PRESUPUESTARIOS PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO CON LA CEDAW

La publicación de UNIFEM Presupuestación para Cumplir con los Compromisos Internacionales en materia del Género y Derechos Humanos complementa los demás manuales sobre la CEDAW, sugiriendo temas presupuestarios e indicadores de resultados para cada uno de los artículos de CEDAW. Con relación al Artículo 12 sobre la salud, sugiere los siguientes indicadores para los insumos al presupuesto:

- La cantidad de dinero asignada por el gobierno para los servicios de salud reproductiva y la distribución de este monto entre los diferentes tipos de servicios, entre diferentes niveles de prestación (por ejemplo, clínica versus hospital), y entre la zona rural y urbana.
- La cantidad de dinero asignada por el gobierno para comprar los equipos y suministros necesarios para los alumbramientos.
- La cantidad de dinero asignada por el gobierno para prestar los servicios gratuitos para las mujeres y niños/as pequeños.
- La cantidad de dinero asignada por el gobierno para pagar a trabajadores/as comunitarios de salud y la relación entre el sueldo / estipendio de estas trabajadores/as con el sueldo de enfermeros/as y otro personal de salud.
- La cantidad de dinero asignada por el gobierno para tratamiento anti-retroviral para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo/a y para adultos/as con VIH y SIDA.

Los indicadores sugeridos para los productos son:

- El número de mujeres y hombres que utilizaron cada uno de los diferentes servicios de salud reproductiva a los diferentes niveles en zonas rurales y urbanas.
- El número de mujeres que tuvieron que traer consigo sus propios suministros cuando fueron a dar a luz en instalaciones públicas.
- El número de mujeres, hombres y niños/as que recibieron servicios gratuitos de salud, y el número que tuvieron que pagar el costo de los servicios.
- El número de trabajadoras/es comunitarios de salud empleados/as por el gobierno.
- El número de mujeres y sus bebés que recibieron tratamiento anti-retroviral para evitar la transmisión de madre a hijo/a.
- El número de mujeres y hombres que recibieron tratamiento anti-retroviral con financiamiento del gobierno.

Referencia: Budlender, D. Budgeting to Fulfil International Gender and Human Rights Commitments, UNIFEM: Harare, 2004.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS RESPECTIVOS, Y LA ICPD

La Conferencia Internacional sobre el Desarrollo Poblacional (ICPD) de 1994 fue un evento clave para definir la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los puntos centrales de la ICPD para los programas del género, la población y el desarrollo así como para los servicios y derechos de salud reproductiva son:

- Asegurar el control por las mujeres sobre su propia fertilidad;
- Lograr el empoderamiento de las mujeres;
- Alcanzar la equidad / igualdad de género; y
- Eliminar toda forma de violencia contra las mujeres.

El Programa de Acción de la ICPD proporciona las siguientes definiciones de la salud reproductiva y sexual:

La salud reproductiva es el completo bienestar físico, mental y social en todo aspecto relacionado con el sistema reproductivo. Implica (a) la capacidad de tener el número deseado de niños/as, al momento cuando sean deseados/as, y (b) acceso a la atención médica necesaria para asegurar la salud reproductiva, a saber:

- Servicios de planificación familiar;
- Atención prenatal, postnatal y para el parto;
- Cuidado para bebés neonatos/as e infantes;
- Tratamiento para las infecciones del sistema reproductivo e infecciones de transmisión sexual (ITS);
- Servicios seguros de aborto donde sean legales y manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto;
- Prevención y tratamiento apropiado para la fertilidad;
- Información, educación y comunicación (IEC) sobre la sexualidad humana, salud reproductiva, paternidad responsable, y desincentivo para las prácticas dañinas; y
- Tratamiento para los cánceres del sistema reproductivo y VIH/SIDA.

(Programa de Acción de la ICPD, 7.5)

La Salud sexual incluye:

- un desarrollo sexual saludable;
- relaciones equitativas y responsables;
- una vida sexual satisfactoria; y
- libertad de enfermedades, discapacidades, violencia y otras prácticas dañinas relacionadas con la sexualidad.

(Programa de Acción de la ICPD, 7.36)

La salud sexual y reproductiva adolescente se refiere al bienestar físico y emocional de las personas de 10 a 19 años de edad. Incluye su capacidad de permanecer libres de:

- embarazo prematuro o indeseado;
- aborto inseguro;
- ITSs incluyendo VIH; y
- coerción o violencia sexuales.

(Programa de Acción de la ICPD, 7.47)

En términos de servicios, el Programa de Acción de la ICPD usa el término de "servicios integrales de salud reproductiva." Sin embargo, la inclusión de aspectos como el tratamiento para las infecciones de transmisión sexual y educación sexual significa que podremos usar el término también de servicios de salud "sexual y reproductiva". El MYFF del FNUAP tiene entre sus objetivos que toda pareja e individuo debe disfrutar de una "buena salud reproductiva, incluyendo planificación familiar y salud sexual, durante toda la vida."

Los derechos son los beneficios o privilegios que una persona tiene por el hecho de simplemente existir. La ICPD y la Plataforma para la Acción de la Conferencia de Beijing ayudan con las definiciones para los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos reproductivos implican el derecho de las parejas e individuos para:

- decidir libre y responsablemente el número de sus hijos/as, el espaciamiento entre sus nacimientos y cuándo tenerlos/las;
- contar con la información, educación y medios para tomar estas decisiones;
- alcanzar el mayor nivel de salud sexual y reproductiva; y
- tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia.

(Programa de Acción de la ICPD, 3)

Los derechos sexuales son los derechos de todas las personas para:

- decidir libre y responsablemente sobre todo aspecto de su sexualidad, incluyendo la protección y promoción de su salud sexual y reproductiva;
- estar libres de discriminación, coerción o violencia en sus vidas sexuales y en todas sus decisiones sexuales; y
- esperar y exigir calidad, pleno consentimiento, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los **derechos humanos de las mujeres** incluyen su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia.

(Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres, Plataforma para la Acción, 96)

Referencia: Materiales de Derechos y Reformas www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/training.htm

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

En 1993, La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres definió la violencia de género (GBV) como: "cualquier acto de violencia de género que produzca como resultado o probablemente genere daños o sufrimiento físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, sea en la vida pública o privada." La Declaración continúa estipulando que la definición incluye la violencia física, sexual o

psicológica en la familia, comunidad o gobierno. Los actos de violencia de género incluyen: maltrato conyugal; abuso sexual; violencia relacionada con las dotes; violación sexual (incluyendo la violación conyugal); la mutilación / el corte de los genitales femeninos y otras prácticas tradicionales dañinas para las mujeres; la violencia no conyugal; la violencia sexual relacionada con la explotación; el acoso e intimidación sexual en el trabajo, los estudios y otros contextos; el tráfico en mujeres; y la prostitución forzada. La Plataforma para la Acción de Beijing de 1995 agregó a esta definición las violaciones de los derechos de las mujeres en situaciones de conflicto armado.

Un estudio recientemente publicado en base a 24 mil entrevistas con mujeres en 10 países encontró que las mujeres maltratadas tenían una probabilidad dos veces mayor a las mujeres no maltratadas de adolecer de mala salud y problemas físicos y mentales.

En particular, la violencia de género afecta negativamente a la salud reproductiva. En el estudio, las mujeres en relaciones de abuso tenían más probabilidad que las otras mujeres de informar que sus parejas sexuales se negaban a usar un preservativo. También era más probable que reportaran que habían tenido un aborto inducido. Más generalmente, la violencia de género puede producir embarazo indeseado, aborto inseguro, muerte materna, aborto no inducido y fetos que nacen muertos, acceso tardío al cuidado prenatal, labor de parto prematuro, lesión fetal y bajo peso al nacer. Las mujeres maltratadas también sufren mayores riesgos de las ITSs, incluyendo el VIH.

Los servicios de salud reproductiva pueden ofrecer a las mujeres la oportunidad accesible y sin tabúes de conseguir ayuda con relación a la violencia de género. En el Brasil, Colombia, la República Dominicana y Perú, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) ha incluido un componente de violencia de género en sus servicios para la salud reproductiva. Los servicios han aumentado significativamente la detección del maltrato y abuso y su atención profesional.

Referencias: FNUAP, "Estado de la Población Mundial 2005: La Promesa de la Igualdad. Equidad de género, Salud reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio," 2005.

OMS/WHO, Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/index.html

VIH/SIDA Y SALUD REPRODUCTIVA

Hoy en día, más de 20 años después de los inicios de esta epidemia, las mujeres representan casi la mitad de los 20 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo. En África al sur del Sahara, el 57% de las personas adultas con VIH son mujeres, y las jóvenes (15-24 años) tienen más del triple de probabilidad de infectarse a comparación de los hombres jóvenes. Pese a esta alarmante tendencia, las mujeres saben menos que los hombres sobre cómo se transmite el VIH/SIDA y cómo evitar la infección, y la poca información que sí tienen, suele resultar inútil por la discriminación y violencia que enfrentan.

Fuente: ONUSIDA, FNUAP y UNIFEM. Mujeres y VIH/SIDA: Confrontando la Crisis, 2004, p.v. http://www.UNFPA.org/upload/lib_pub_file/308_filename_women_aids1.pdf

Las mujeres son más vulnerables tanto biológica como sociológicamente a la infección con el VIH que los varones. Biológicamente, se expone una mayor área de la superficie de su cuerpo durante la relación sexual. Sociológicamente, su menor poder, y en particular su menor capacidad de ejercer control sobre las relaciones sexuales que los hombres, les hacen más vulnerables. La vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA a comparación del hombre se ha incrementado durante el transcurso de la pandemia, a medida que la actividad sexual se ha convertido, cada vez más, en la modalidad principal de transmisión. A más de su mayor vulnerabilidad a la infección, las mujeres tienden a verse más gravemente afectadas por el VIH/SIDA, ya que usualmente son las mujeres quienes soportan la carga del cuidado a quienes estén enfermos/as en sus hogares y comunidades, así como en los centros de salud.

Hoy en día más de las tres cuartas partes de las infecciones por VIH son por transmisión sexual, y muchos de los enfoques utilizados para la prevención, tratamiento y cuidado del VIH coinciden con los que son empleados para la salud reproductiva (SR). Desde la perspectiva del presupuesto, integrar los servicios del VIH con los servicios de SR puede reducir los costos y prestar servicios más eficaces desde la perspectiva de quienes prestan y quienes reciben dichos servicios. Para quien preste los servicios, las mismas instalaciones, equipos y personal pueden brindar una gama más amplia de servicios, en vez de tener que presupuestar y administrar dos servicios por separado. Para las múltiples personas usuarias que necesitarían ambos servicios, no necesitarían acudir a diferentes lugares de servicio, quizá en diferentes días, para abordar sus necesidades interrelacionadas. Ser tratadas por personal conocedor de SR y VIH también significará una mayor probabilidad de ser correctamente diagnosticadas en una etapa inicial, para poder conseguir el tratamiento para toda la gama de posibles problemas.

La ICPD reconoció el VIH/SIDA como un elemento central en la agenda de la SR, pero en muchos casos la integración no se ha dado. En demasiados casos, los servicios de VIH se prestan por separado de los servicios de SR. En algunos casos, esto se motiva porque el VIH es un problema “nuevo” y prioritario, que requiere un servicio “vertical” con control nacional. Los servicios de SR mientras tanto se presentan como parte de los servicios generales de salud primaria, o como un programa vertical aparte. En éste y otros casos, los programas por separado podrían ser la preferencia de los donantes que quieren asegurar que “sus” recursos estén utilizándose para el problema específico (VIH/SIDA o planificación familiar o lo que sea) de su interés. A más de las razones sistémicas sugeridas, Stop Aids Now sugiere dos razones más: (a) la resistencia por parte de quienes prestan servicios de SR y que no quieren trabajar con el VIH/SIDA por el tabú social, y (b) la falta de compromiso de activistas por el VIH/SIDA con la gente de planificación familiar, porque antes se enfocaban más en las personas infectadas por las relaciones homosexuales o las drogas inyectables. Este último punto probablemente es menos importante en los países en vías de desarrollo en los cuales, desde un comienzo, las relaciones heterosexuales fueron la principal modalidad de transmisión. Sin embargo, podría ser un factor en la medida de que el movimiento del SIDA se ve afectado por las tendencias internacionales, así como en los países en vías de desarrollo donde las drogas inyectables todavía son una ruta importante de infección.

Si el VIH/SIDA ha de enfrentarse principalmente mediante los programas de SR, hay brechas en la cobertura que deben remediarse. Por ejemplo, los servicios de “planificación familiar” en muchos países se enfocan en las mujeres casadas y omiten a los hombres, las mujeres más jóvenes y las mujeres solteras de todas las edades. A menudo se excluyen las personas que deberían ser las destinatarias principales de los esfuerzos en prevención del VIH, como hombres heterosexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y mujeres solteras pero sexualmente activas. Estos vacíos nuevamente señalan la necesidad de integrar los servicios de SR y VIH/SIDA, y de que los servicios de SR amplíen su concepto del público destinatario.

Una publicación en 2004 del FNUAP, ONUSIDA, IPPF y el Instituto Alan Guttmacher reconoció que había sido muy limitada la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA en los vínculos entre el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva. El tema del ONUSIDA para el 2004 fue "Mujeres y VIH", pero su campaña no proyectaba incluir la salud y derechos reproductivos más allá de la violencia de género. Berer (2003) anota que el Fondo Mundial para Combatir el SIDA, la Tuberculosis y Malaria (GFATM) tampoco aborda los temas de la SR. Ignora incluso la anemia, tuberculosis y malaria relacionadas con el VIH en las mujeres embarazadas y seropositivas con VIH.

Mientras tanto, los servicios de SR no suelen ofrecer servicios relacionados con el VIH/SIDA siquiera a las mujeres casadas que son sus usuarias tradicionales. Así, una encuesta en el 2003 por el Proyecto POLICY en 73 países encontró que en general a tan sólo una de cada 10 mujeres embarazadas se le había ofrecido consejería y pruebas del VIH, medicinas anti-retrovirales para impedir la transmisión de madre a hijo/a o consejos sobre la lactancia materna. Muchos servicios de planificación familiar tampoco aconsejan a las mujeres de que necesitan usar preservativos para evitar el VIH/SIDA aunque elijan otras maneras de evitar el embarazo. Cuando se agregan servicios relacionados con el VIH, muchas veces son apenas los más sencillos y menos sensibles, como el manejo clínico de las ITSs.

Algunos promotores/as de la SR pueden tener recelo de enfocarse en el VIH/SIDA porque consideran que el VIH/SIDA recibe demasiada atención y recursos, en desmedro de lo que estará disponible para los servicios de SR "normales". Este criterio se ha respaldado con el hecho de que mucho financiamiento para el SIDA se ha hecho "verticalmente" como programa aparte, antes que integrarlo en gastos generalizados. Este enfoque vertical impide las vinculaciones.

Lista de verificación para integrar los programas de SSR y VIH/SIDA

Un editorial publicado en Reproductive Health Matters (Berer, 2003) incluye una lista detallada de asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSR) y los derechos respectivos que deben abordarse en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Unos pocos elementos de esta lista son:

- acceso a la consejería y pruebas del VIH en todos los servicios de SR y referencias a servicios de SR en la consejería, pruebas y tratamiento del VIH;
- promoción por los servicios de SR de los preservativos como una forma primaria de anticonceptivo, desalentando el uso de los dispositivos intrauterinos si existe algún riesgo del VIH;
- servicios de planificación familiar y aborto seguro que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres seropositivas;
- atención a las necesidades de las mujeres seropositivas en su cuidado prenatal, de parto y de postparto;
- exámenes de selección, y tratamiento para mujeres seropositivas por cáncer al cuello del útero ya que tienen el riesgo de adolecer de este cáncer a una edad menor que las mujeres no infectadas; y
- servicios para víctimas sobrevivientes de la violación y asalto sexual que incluyan medicinas anti-retrovirales, exámenes de detección y tratamiento de ITSs, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto.

RECUADRO 5: NECESIDADES DE MADRES VERSUS MUJERES VERSUS NIÑOS/AS

Algunas personas asumen que abordar las necesidades infantiles implica automáticamente la sensibilidad al género. Esta tendencia se agrava cuando las políticas – e incluso los ODMs – combinan la salud de las mujeres y la salud infantil en una sola categoría. Se replica en las estructuras, presupuestos y programas de muchos países, donde hay un departamento o división de "salud materno-infantil."

Las niñas/os son importantes para el género y las mujeres, ya que las mujeres soportan la carga principal del cuidado infantil. Probablemente las mujeres también se preocupan en general más por el bienestar infantil que los hombres. Así, las niñas/os se hacen cuestión de género por el rol reproductivo y las responsabilidades, deberes y obligaciones de las mujeres al respecto. Sin embargo, esto no necesariamente significa que lo que es bueno para las niñas/os es automáticamente bueno para las mujeres. Los derechos individuales de las mujeres también merecen la debida consideración, en vez de sólo ver sus derechos con relación a otras personas.

El informe de una consulta de expertos/as de la OMS anotó que a veces el enfoque de los programas de transmisión de madre a hijo/a pone énfasis en prevenir la transmisión del VIH al neonato/a sin ninguna consideración para los derechos de su madre. Estos incluyen su derecho a la información, y a escoger lo que ha de hacerse para ella y su bebé: si ella quiere someterse a pruebas, si quiere terminar el embarazo, y si quiere tratamiento para su bebé y/o para sí misma. Una vez que nazca su bebé, pueden surgir restricciones adicionales – implícitas y explícitas – sobre los derechos de las mujeres con relación a la lactancia. Si ella elige no dar su leche, puede tener que enfrentar el desprestigio de ser "reconocida" como seropositiva. A menos que se haya cumplido con su derecho a agua potable, deberá enfrentar la opción de ponerle en peligro a su bebé dándole su leche, o mezclando la leche en polvo con agua no potable.

Organización Mundial de la Salud, "Integrating Gender into HIV/AIDS Programs,"Consulta de expertos/as, Ginebra, 2002.

Referencias:Berer M., "HIV/AIDS and reproductive health: intimately related" (editorial), Reproductive Health Matters, 2003. http://www1.elsevier.com/homepage/sab/womenshealth/doc/journals/pdf/RHM11%2022%20ed.pdf

Stop Aids Now, WPF y Share-Net, Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programs and Services, 2004. File: Aids.Sex.Reproduction.pdf

ONUSIDA, IPPF, Instituto Alan Guttmacher, FNUAP, "Issues in brief: the role of reproductive health providers in preventing HIV," UNIFEM/ONUSIDA, sitio Web sobre el Género y VIH/SIDA (http://www.genderandaids.org), 2004.

OMS, FNUAP, ONUSIDA y Federación Internacional de Planificación Familiar. Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS: An inventory, Noviembre 2005. http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html

RECUADRO 6: COMBINAR LA INCIDENCIA Y ACCIÓN LEGAL POR LOS DERECHOS DE SALUD

La Campaña por la Acción de Tratamiento (TAC) es una asociación sudafricana activista sin fines de lucro que aborda los problemas del VIH/SIDA. La TAC tiene algunos objetivos muy grandes, como mejorar el sistema de salud y las condiciones de vida de la gente pobre en Sudáfrica. Pero sus campañas más exitosas se enfocan las actividades con objetivos específicos.

La campaña contra la transmisión de madre a hijo/a fue la primera campaña de TAC. La ONG inició esta campaña porque comprendió que, si el gobierno daba medicinas para impedir la transmisión de madres a hijos/as, podría salvar las vidas de unos 65 mil bebés cada año. TAC también hizo una investigación que mostró que es más económico hacer las pruebas, dar consejería y proporcionar el tratamiento y la leche en polvo cuando las madres están infectadas, que cuidar a sus hijos/as cuando se infectan con el VIH. Pese a estas realidades, en 1998 el Ministro de Salud de Sudáfrica canceló los proyectos piloto que habrían dado medicinas anti-retrovirales (ARV) para las mujeres gestantes con VIH. Entonces, TAC decidió luchar por este asunto.

En diciembre del 1998, TAC comenzó a circular una petición que exigía que el gobierno diera medicinas ARV gratuitamente a las mujeres seropositivas que estaban en cinta. En un período de seis meses, TAC recogió más de 100 mil firmas. TAC no entregó esta petición, porque la Ministra prometió que el gobierno establecería un programa para evitar la transmisión de madres a hijos/as – sin embargo, no hizo nada más en este sentido.

En marzo del 1999, en el Día Nacional de los Derechos Humanos, TAC organizó un Ayuno para Salvar Vidas en El Cabo, Durban y Soweto. El ayuno fue apoyado por muchos líderes religiosos/as, profesionales de salud e incluso algunos altos funcionarios/as públicos. Unas 500 personas se acostaron delante de uno de los hospitales públicos de Johannesburgo para simbolizar a las personas que estaban muriendo. Unos días más tarde, la Ministra de Salud dijo en una reunión que ella apoyaba la lucha contra los altos precios de las medicinas. Al día siguiente, se reunió informalmente con TAC en el parlamento y volvió a expresar su apoyo para la lucha de TAC contra los altos precios de los medicamentos.

En abril del 1999, TAC escribió a Glaxo Wellcome, fabricantes de AZT, el principal fármaco utilizado para prevención de la transmisión de madres a hijos/as. TAC pidió que Glaxo vendiera AZT a costo. Para reforzar esta demanda, algunos/as activistas protestaron fuera de las oficinas centrales de la Glaxo. La Ministra de Salud volvió a expresar su decidido respaldo por la posición de TAC. Sin embargo, en seguida, hubo una reorganización del gabinete de ministros y la nueva Ministra de Salud ofrecía mucho menos apoyo. Glaxo se mostró poco amigable desde un principio. Se negó la empresa a informar cuánto costaba fabricar el fármaco que podía prevenir la transmisión de madres a hijos/as.

En septiembre del 1999, TAC volvió a manifestar delante de las oficinas de Glaxo en El Cabo y Johannesburgo. Algunos representantes de TAC también se reunieron con funcionarios de la empresa farmacéutica para exigir la reducción de los precios de AZT. Más tarde en ese mismo mes de septiembre, representantes de TAC se reunieron con la nueva Ministra de Salud. Ella les dijo que el gobierno quería evitar la transmisión de madres a hijos/as, pero que no quería comenzar con algo que no pudiera sostener por los costos. Pero dijo que el gobierno sí iniciaría proyectos piloto para comprobar los fármacos.

Pero luego de poco el Presidente Mbeki anunció que AZT era "tóxico," y que la "toxicidad"—no el costo—fue la razón de que el gobierno no proporcionaba medicinas para evitar la transmisión de madres a hijos/as. La nueva Ministra de Salud se apresuró en repetir la afirmación del Presidente.

En enero del 2000, las/los abogados de TAC escribieron a la Ministra de Salud preguntando cuándo el gobierno pensaba proporcionar medicinas a las mujeres gestantes y seropositivas. Por la falta de respuesta, TAC decidió demandar al gobierno judicialmente para obligarle a cumplir con su deber constitucional de proporcionar atención médica a mujeres y niños/as.

En agosto del 2000, el Ministerio de Salud anunció el establecimiento de once proyectos piloto para dar medicinas preventivas contra la transmisión de madres a hijos/as. TAC dijo que seguiría con su acción jurídica a menos que estos proyectos piloto se ampliaran a un programa nacional. El gobierno continuó dando largas, y TAC se vio obligada a demandarle. En el juicio, TAC se valió de las fuertes cláusulas de la Constitución nacional sobre los derechos socioeconómicos. El Tribunal Constitucional sentenció a favor de TAC.

Referencia: www.tac.org.za

SALUD PRIMARIA Y SALUD REPRODUCTIVA

¿Qué es la 'salud femenina'? Muchas personas entrevistadas asumían que un estudio para la Iniciativa del Presupuesto de las Mujeres debería orientarse hacia la reproducción. La política del gobierno también suele igualar "mujer" con "madre" y "reproducción". [Ecuaciones que no son correctas.] En primer lugar, las necesidades de niñas y mujeres con relación a los servicios de salud comienzan muchos años antes de la adolescencia y terminan en la vejez. Los aspectos reproductivos son importantes, pero no son el único componente. En segundo lugar, a más de las necesidades de las mujeres individuales, las mujeres son las principales encargadas del cuidado en la sociedad. Al brindar este cuidado, entran en contacto con los servicios de salud, tanto al llevar a las personas enfermas (niños/as, ancianos/as, etc.) para acudir a los servicios de salud, como al cuidarles ellas en el hogar. Finalmente, la vasta mayoría de las personas que trabajan en la salud son mujeres. Su rol como trabajadoras no se valora plenamente, porque se ve como "trabajo de mujeres".

Fuente: Klugman, B. y McIntyre, D. "From Policy, through Budgets, to Implementation: Delivering quality health-care services," Women's Budget Initiative: El Cabo, 2000.

Muchas iniciativas de PSG seleccionan el sector de salud como uno de sus primeros enfoques. Al hacerlo, suelen enfocarse primordialmente en los gastos y la movilización de ingresos (incluyendo los cobros a usuarios/as) en materia de salud reproductiva. Este enfoque obviamente es importante desde una perspectiva del género. También es relativamente fácil aislar estos gastos, usualmente, en los documentos de los presupuestos. Por ejemplo, podrían estar clasificados por separado como "salud materno-infantil".

El enfoque en la salud reproductiva es importante. Sin embargo, la cita que antecede amplía la noción de la salud femenina más allá de las funciones reproductivas. Sugiere que si bien nuestro enfoque en este paquete de recursos podría estar en la salud reproductiva, no debemos olvidar que esto no abarca de ninguna manera toda la gama de las necesidades de las mujeres en materia de salud. Una iniciativa de presupuesto sensible al género, idealmente, debería mirar más allá. Para las mujeres pobres en particular, también necesitamos pensar sobre la salud primaria en sentido más general. En este respecto, regresamos a la cuestión de la integración. En la sección anterior, examinamos la integración de los servicios relacionados con el VIH/SIDA y los servicios de SR. También hay la cuestión de la integración de los servicios de SR en los servicios de salud primaria (SP).

Hay un amplio consenso de que los servicios de SP son especialmente importantes para la gente más pobre, y que, al mejorar la salud de la mayoría de la población, la SP también ayuda al crecimiento y desarrollo económicos. La SP se guía por cinco principios: distribución equitativa, participación comunitaria, prevención, tecnología apropiada y un enfoque multisectorial. Tradicionalmente, muchos servicios de salud han tendido a enfocarse en los hospitales terciarios y los servicios altamente tecnificados en los centros urbanos. Lo que es mucho más importante para la gente pobre es que estén disponibles servicios primarios en todo el país. No obstante, todavía suele requerir una lucha para asegurar que se asignen adecuadamente los recursos financieros y otros para los servicios de bajo perfil y prestigio, a nivel local.

Asimismo, hay un consenso amplio de que los servicios de SR deben estar disponibles a nivel de la salud primaria local, con referencia a los servicios secundarios y terciarios únicamente cuando sean necesarios. (Los servicios secundarios usualmente son prestados por especialistas médicos/as en hospitales locales.

Los terciarios usualmente son prestados por un hospitales especializados, a nivel regional o nacional, que tienen equipos e instalaciones especiales.) Sin embargo, no siempre hay un consenso sobre el grado de integración entre los servicios de SR y los servicios de SP. Muchas veces, todavía hay un programa "vertical" por separado, como salud materno-infantil, que funciona aparte de los otros servicios. A veces incluso se separa la planificación familiar en otro ministerio. Sin embargo, la ICPD puso énfasis en la necesidad de integrar la planificación familiar con otros servicios, de modo que una mujer que acude para anticonceptivos podría recibir ayuda con otros problemas – como la gripe o la diarrea de su hijo/a – de un mismo servicio, el mismo día.

Un estudio realizado en Ghana, Kenya, Zambia y Sudáfrica en 1997–8 encontró que incluso cuando los gobiernos hablan de la necesidad de integración, esto no siempre sucede. A veces se entiende la integración como colaboración entre diferentes programas (verticales) antes que compartir las responsabilidades. En estos casos, suele haber poco cambio verdadero en las estructuras y procesos.

El informe del estudio nota que las acciones de donantes en el pasado han tendido a fomentar una falta de integración, en particular la preferencia de los donantes por establecer "proyectos" para abordar los asuntos de su interés. El estudio sugiere también que al promover la salud femenina muchas veces se descuidan los vínculos entre la pobreza y la salud, concentrando los esfuerzos sólo en la equidad de género y la salud. Las autoras dicen que la incidencia por la SP se ha enfocado en el derecho a la buena salud, mientras que la incidencia por la SR se ha enfocado en los derechos de las mujeres y los hombres a las relaciones sexuales y la reproducción seguras y voluntarias. Los dos conjuntos de derechos no son iguales. Ambos grupos de derechos necesitan considerarse desde una perspectiva de género y tomarse en cuenta adecuadamente en los presupuestos.

Referencia: Lush, L., Cleland, J., Walt, G. y Mayhew, S. "Integrating reproductive health: myth and ideology," Bulletin of the World Health Organization (WHO): the International Journal of Public Health, 1999. http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/issue9/bu0042.pdf

POBREZA Y SALUD REPRODUCTIVA

Como ya se anotó, el trabajo con los PSG idealmente no debería considerar el género aisladamente a los demás ejes de la marginación. En particular, nos debemos preocupar con asegurar que el presupuesto estatal alcance a quienes más necesidad tengan – quienes tienen menos capacidad de cuidarse sin ayuda. La gente más pobre – y las mujeres pobres en particular – obviamente constituyen una categoría importante de personas que en general tienen menos posibilidades de satisfacer sus propias necesidades plenamente sin ayuda externa.

Los documentos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) señalan los vínculos entre la pobreza y la alta fertilidad. Anotan, al igual que el MYFF, que los índices de fertilidad son más altos entre las poblaciones pobres. El crecimiento demográfico rápido, las familias largas, y los recursos limitados tienden, a su vez, a empeorar la pobreza. El Grupo de Trabajo del Proyecto del Milenio de la ONU anota que la pobreza y los malos resultados en SR no se limitan a las zonas rurales pobres. A veces las mujeres en zonas urbanas pobres tienen problemas igualmente severos (incluso en términos de acceso a los servicios) como las mujeres rurales.

El MYFF del FNUAP también hace repetidas referencias a las cuestiones de la pobreza y desigualdad. Anota que, en todas las áreas consideradas por el FNUAP como prioridades, hay desigualdades entre y dentro de los países y regiones. Dentro de los países, usualmente hay significativas disparidades entre gente rica y pobre. De hecho, los indicadores de SR tienden a tener aún mayores brechas entre gente rica y pobre que los demás indicadores del desarrollo humano. El MYFF se refiere a los estudios que muestran que la gente más pobre también tiene menos probabilidad de beneficiarse del cuidado profesional en sus partos, planificación familiar y cuidado prenatal profesional. Los grupos más pobres también tienen los mayores niveles de fertilidad (incluso entre adolescentes) y mortalidad infantil. Las mujeres desnutridas tienen mayor probabilidad de experimentar problemas durante el embarazo, dar a luz a bebés pequeños/as y de bajo peso, y experimentar problemas con la lactancia. El MYFF vincula esto explícitamente con el presupuesto al decir: "Un incremento en los gastos públicos por sí solo no mejorará los resultados en salud, a menos que alcance a la gente más pobre."

Las mejoras en la salud pueden contribuir al crecimiento y la reducción de la pobreza de muchas diferentes maneras. Por ejemplo, la mejor salud reduce las jornadas de trabajo perdidas, una persona mejor alimentada y más saludable probablemente trabajará más productivamente, y niños/as más saludables y mejor alimentados/as aprenderán mejor que si estuvieran con hambre y enfermos/as. Cuando la población está sana, los individuos y familias necesitan gastar menos recursos en la salud; en particular, las mujeres y niñas necesitan dedicar menos tiempo al cuidado de las personas enfermas.

La atención a la salud reproductiva debe ser especialmente importante, ya que los problemas con la SR actualmente constituyen internacionalmente la primera causa de muerte y discapacidad para las mujeres. A nivel mundial, el 20% de las enfermedades para las mujeres en edad reproductiva se relacionan con las relaciones sexuales y la reproducción. En África al sur del Sahara, el porcentaje es del 40%. Virtualmente todas (99%) las muertes maternas ocurren en los países en vías de desarrollo. Una mejor SR podrá ayudar directamente a lograr al menos tres de los ODMs—reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, y combatir el VIH/SIDA—y podrá ayudar indirectamente con la mayoría de los demás. En términos de vidas, el FNUAP estima que la mayor parte de las muertes maternas que ocurren podrían salvarse al prestar cuidado de emergencia a todas las mujeres antes que sólo a las ricas. Además, si las mujeres tuvieran los medios para evitar los embarazos indeseados, se evitarían otro 20–35% de las muertes maternas.

Sin embargo, se gasta relativamente poco en los servicios de SR. En 1994 el Banco Mundial estimó que costaría US$6,75 por persona en los países pobres proporcionar un paquete básico de servicios de SR que incluía la planificación familiar, prevención y tratamiento de las ITSs; cuidado prenatal y atención al parto; y educación para la salud. En ese mismo año, los países pobres gastaban sólo unos US$2 por persona. Los compromisos hechos en la ICPD no ayudaron a resolver el problema. Para el 2000, se había reunido menos de la mitad de los US$5.700 millones que la ICPD dijo que se necesitaría para esa fecha.

La pobreza, desigualdad y dependencia económica también incrementan la vulnerabilidad al VIH/SIDA. Por ejemplo, las personas pobres pueden verse obligadas a vender el sexo por dinero, exponiéndose al riesgo de la infección. El riesgo se incrementará si, como sucede comúnmente, se les ofrece un mejor "precio" por tener las relaciones sin preservativo. Algunas personas migran en busca de trabajo; si lo hacen sin sus parejas, ellos/as y sus parejas pueden buscar sexo por otros lados, exponiéndose a infecciones.

Referencias: FNUAP, "Estado de la Población Mundial 2005: La Promesa de Igualdad. Equidad de Género, Salud Reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio," 2005.

Stop Aids Now, WPF y Share-Net, Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programs and Services, 2004. File: Aids.Sex.Reproduction.pdf

REFORMAS DEL SECTOR DE LA SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA

Durante los años 1990 muchos países en vías de desarrollo introdujeron una serie de reformas al sector de la salud. Estas reformas pretendieron abordar los problemas de la atención de mala calidad, el acceso limitado, la inequidad, financiamiento insuficiente, ineficiencias, y falta de respuesta a las necesidades. A veces las reformas fueron parte de programas más amplios de ajuste estructural en África y Asia. Las reformas fueron fuertemente promovidas por el Banco Mundial, que las consideraba como la manera de satisfacer la necesidad de mayor eficiencia y costo-eficacia.

Los aspectos comunes de las reformas del sector de la salud en los 1990 incluyeron:

- Cambios en **mecanismos financieros,** es decir en la participación en los impuestos, en el seguro social y privado, cobros a usuarios/as y otras fuentes de ingresos, un mayor rol para el sector privado, y nuevos enfoques hacia el financiamiento por donantes;
- Cambios en cómo se **establecían las prioridades**, pasando algunos servicios al sector privado;
- Cambios en **roles**, enfocando el Estado más en la reglamentación y menos en la prestación directa de servicios;
- Cambios en **los mecanismos organizativos**, como la descentralización.

En su mayoría, estos aspectos tienen implicaciones directas para los presupuestos. Un examen de la naturaleza de estas reformas en un país determinado, y sus probables implicaciones presupuestarias, debe ser parte del análisis de situación que fundamenta el diseño de cualquier intervención en PSG.

Las reformas al sector de la salud usualmente se acompañan de varios tipos de privatización. La tendencia hacia la privatización aprovechó la tendencia en los 1980 cuando personal de salud estableció servicios informales y privados en pequeña escala para complementar sus sueldos, que fueron recortados durante los programas de ajuste estructural. Algunos introdujeron "cobros informales" incluso para sus servicios el sector público.

Las reformas al sector de la salud no fueron iguales en todos los países. Dependen de la situación económica, política y social del país, y la influencia de las agencias multilaterales y bilaterales. Sin embargo, se suelen encontrar unas tendencias generales.

En la presentación de una nueva publicación que examina las reformas del sector de la salud y su impacto en la salud y derechos reproductivos, Marge Berer, editora de Reproductive Health Matters, concluye que, en general, estas reformas no mejoraron la eficiencia de los servicios de salud sexual y reproductiva. En muchos casos, empeoraron las cosas para la gente pobre, y las mujeres en particular. Las reformas financieras generalmente no aumentaron los recursos disponibles para los servicios de SSR. Las alianzas mixtas (pública-privada) reducen la probabilidad de que se presten servicios integrales o completos, y en general es menos probable que los servicios estén disponibles para la gente pobre que no puede pagar. La rendición de cuentas al público también tiende a disminuir a medida que crece el rol del sector privado. El impacto de la descentralización depende del grado en que el gobierno nacional establece las condiciones y normas para las jurisdicciones seccionales. A menudo la descentralización y eliminación de los programas verticales de salud quieren decir que los servicios de salud sexual y reproductiva tienen que competir por recursos con muchas otras necesidades de la gente a nivel local.

RECUADRO 7: COMBINAR LA INVESTIGACIÓN, INCIDENCIA Y CAPACITACIÓN

Derechos y Reformas es una iniciativa de investigación e incidencia que reunió a organizaciones e individuos del África, Asia y América Latina para examinar cómo las reformas del sector de la salud han afectado el acceso de personas pobres, y especialmente las mujeres, a los servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad. El grupo investigó, en cada continente, seis aspectos centrales de las reformas: (a) financiamiento; (b) interacción pública-privada; (c) priorización; (d) descentralización; (e) integración de servicios; y (f) rendición de cuentas. Los hallazgos se reunieron en un libro mundial y también se usaron para materiales de capacitación. Todo el material está disponible en Internet.

Referencia: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms

Referencias: Ravindran, T.K.S. y de Pinho, H., "Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health: The right reforms?" Women's Health Project: Parktown, 2005.

Mackintosh, M. y Tibandebage, P., "Gender and Health Sector Reform: Analytical perspectives on African Experience" en Razavi, S. y Hassim, S. (eds.) Gender and Social Policy in a Development Context: Mothers, workers and citizens, Palgrave: Basingstoke, a publicarse próximamente.

¿CUÁLES SON LAS CONSIDERACIONES ECONÓMICAS?

Esta sección elabora los argumentos económicos que pueden esgrimirse para defender las preocupaciones del FNUAP y la asignación de presupuestos adecuados para abordarlos eficazmente. Estos argumentos pueden utilizarse para promover el trabajo de PSG y también en general los objetivos del FNUAP. La sección incluye argumentos fundamentados en los enfoques y conceptos económicos tradicionales, así como argumentos que probablemente serán menos conocidos para economistas ortodoxos. En particular, la sección introduce el concepto del trabajo no remunerado de cuidado. Éste rubro suele descuidarse en los debates económicos y presupuestarios, pero necesita tomarse en cuenta si se buscan resultados equitativos en términos del género. Es especialmente importante en el área de la salud, donde el cuidado es una actividad central.

PSG, SALUD REPRODUCTIVA Y ECONOMÍA

Los presupuestos son más que sólo una política económica

Los presupuestos son parte de la política macroeconómica global de un gobierno y se conocen en términos técnicos como política "fiscal". La política monetaria, que pretende influir en el tipo de cambio y el índice de inflación, constituye otra parte importante de la política macroeconómica de un país. En su conjunto, las varias partes de la política macroeconómica del país usualmente pretenden lograr objetivos como el crecimiento económico, el empleo pleno, y tasas bajas y estables de inflación. A veces se pierde de vista el objetivo adicional de que esto se logre de una manera que proporcione beneficios para toda la población, y no sólo a unos pocos.

Ya que el presupuesto es una de las herramientas macroeconómicas del gobierno, a veces las descripciones de un PSG se refieren a las iniciativas de PSG en términos de la "política económica." Si bien es cierto que el presupuesto es una herramienta económica del Estado y que el enfoque global hacia el presupuesto es parte de la estrategia macroeconómica global del gobierno, los presupuestos tienen que ver con mucho más que sólo la política económica. En términos de lo que hacen, los presupuestos tienen que ver con la generación de ingresos y asignación de esos ingresos (que sí es política económica); sin embargo, entonces el dinero se usa para ejecutar todas las políticas del gobierno, en los sectores económicos, sociales o de protección. Así, los presupuestos también pueden contribuir a mucho más que los objetivos "económicos" de empleo pleno, inflación baja y crecimiento económico.

Los impactos económicos de la salud reproductiva

Desde otro ángulo, hay varios puntos que uno puede afirmar sobre la SR y la economía, y sobre las maneras en que un financiamiento adecuado para la salud y derechos reproductivos puede influir en la economía nacional y el bienestar económico del pueblo.

El FNUAP en su Estado de la Población Mundial, sostiene que las inversiones en niñas y mujeres (incluidas las inversiones en la SR) ofrecen un "dividendo doble" porque dan réditos en términos de los roles reproductivos de las mujeres y también en sus roles productivos (económicos). La planificación familiar permite que las mujeres posterguen sus partos, lo que les da más tiempo para completar su

educación y participar de la fuerza laboral económicamente. Los servicios de SR pueden aumentar la productividad de una mujer al resolver sus problemas con la SR. La libertad de elegir y la capacidad de elegir deben reducir el tamaño de las familias y ejercer menos presión sobre los recursos del país. En Tailandia y Egipto, se estimó que cada dólar gastado en la planificación familiar ahorraba $16 y $31, respectivamente, en salud, educación, vivienda y otros costos de servicios sociales.

Muchos países tienen programas gubernamentales bien desarrollados para la salud y educación primaria de su niñez. Sin embargo, muchos descuidan las necesidades de sus adolescentes. Cuando esto sucede, los países están en peligro de perder el beneficio de los recursos invertidos en la niñez, como por ejemplo los vastos montos que generalmente se asignan a la educación.

Los abortos inseguros producen aproximadamente 68 mil muertes anuales. Las mujeres que sobreviven a los abortos inseguros suelen sufrir lesiones permanentes. El aborto inseguro también representa una carga inmediata para los servicios de salud. En el África al sur del Sahara, entre la quinta parte y la mitad (según el país) de las camas en ginecología son ocupadas por mujeres que requieren atención después de abortos. Sería mucho más económico dotar a estas mujeres de medios anticonceptivos.

El FNUAP en su Estado de la Población Mundial anota que actualmente la violencia mata y lesiona a tantas mujeres y niñas entre las edades de 15 y 44 años, como el cáncer. Esto produce costos en atención a la salud, servicios policiales y judiciales, así como pérdidas en escolaridad y productividad.

Cuando no se asignan recursos adecuados a los servicios de salud reproductiva y otros por el gobierno, hay un costo adicional impuesto a las mujeres que tienen que intervenir para encargarse del cuidado "gratuitamente". A primera vista puede parecer que esto no cuesta nada al gobierno. Sin embargo, el tiempo y las demás cargas que impone este trabajo no remunerado de cuidado a las mujeres les impide dedicarse a otras actividades, incluyendo la generación de ingresos, y aumenta la probabilidad de que también llegarán a depender del gobierno de alguna manera. El trabajo no remunerado de cuidado también impide que el país aproveche sus otras destrezas y las contribuciones que podrían hacer al progreso económico del país.

Más allá de los argumentos instrumentalistas, hacia un enfoque de derechos

Todos estos argumentos son fuertes a favor a la asignación de recursos para los servicios de SR. Sin embargo, no debemos usar sólo los argumentos instrumentalistas que señalan las maneras cómo una mejor salud para las mujeres beneficiará al país. Las mujeres tienen derecho a la salud por su propia cuenta, no sólo por el beneficio a los demás.

Como lo señala el informe del equipo de trabajo sobre los ODM con relación a la salud materno-infantil, el término "mujeres y niños/as" no debe ser "un sinónimo de la vulnerabilidad, una SOS pidiendo rescate, una señal de que uno debe sentirse culpable". Más bien, hay que ver a las mujeres y la niñez como "la gente que trabaja y trabajará en las economías, que cuidará a sus familias… Son seres humanos. Tienen derechos—de disfrutar de las condiciones, incluyendo el acceso a la salud, que les permitirá proteger y promover su salud; de participar significativamente en las decisiones que afectan sus vidas; y de exigir la rendición de cuentas a las personas e instituciones cuyo deber es tomar las medidas que cumplan con esos derechos." (2005:4).

Referencia: FNUAP, "Estado de la Población Mundial 2005: La Promesa de Igualdad. Equidad de Género, Salud Reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio," 2005.

RECUADRO 8: A VECES SÓLO EL DINERO NO ES SUFICIENTE

El FNUAP viene apoyando al Ecuador para su ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita de 1998. La Ley dispone acceso gratuito a un paquete de servicios relacionados con el embarazo, la planificación familiar y el cuidado de la salud para las/los niños menores a cinco años. El gobierno asignó un presupuesto para pagar los costos de estos servicios, pero no fue suficiente para que la Ley se ejecutase eficazmente. Por lo tanto, el gobierno estableció comités locales para administrar los recursos locales de salud, en colaboración con el Ministerio de Salud, las autoridades municipales, el Consejo Nacional de Mujeres y organizaciones comunitarias. También han establecido comités de usuarios/as de los servicios, y hay reuniones regulares con mujeres de las comunidades circundantes para conscientizar sobre la Ley y controlar su ejecución.

Referencia: FNUAP, "Estado de la Población Mundial 2005: La Promesa de Igualdad. Equidad de Género, Salud Reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio," 2005, 27.

EL "DIVIDENDO DEMOGRÁFICO"

Uno de los beneficios económicos específicos que se postula con la prestación de los servicios de SR se ha llamado el "dividendo demográfico." Sus proponentes explican que, cuando se reducen las tasas de fertilidad y mortalidad, la estructura de la población cambia. Se disminuye el tamaño de las familias, y una mayor proporción de la población consiste en gente joven y productiva, con relativamente pocas cargas familiares (de menores y ancianos/as). El dividendo demográfico se enfoca en la distribución de la población antes que sólo en su número global.

Las/los economistas han calculado que el dividendo demográfico explica aproximadamente la tercera parte del excepcional crecimiento económico que los países del sudeste asiático experimentaron entre 1965 y 1990. También hay un "dividendo de género" ya que las mujeres que tienen menos hijos/as encuentran más facilidades para participar en la fuerza laboral económica.

Algunos/as economistas arguyen que los países en vías de desarrollo hoy en día podrían lograr beneficios similares. Otros economistas y demógrafos/as no tienen tanta certeza. Señalan que la evidencia existente del dividendo demográfico se basa en tendencias macro antes que un entendimiento del comportamiento de individuos y hogares. Otros/as señalan que el crecimiento económico no es suficiente. Para una reducción efectiva de la pobreza, la riqueza adicional generada tendría que distribuirse equitativamente entre la población.

Parece que está surgiendo un consenso de que los países no disfrutarán automáticamente de un dividendo demográfico cuando descienden su fertilidad y mortalidad. Para lograr este beneficio, tienen que establecerse las políticas apropiadas. Por ejemplo, para lograr el "dividendo de género," los gobiernos necesitan encontrar maneras para facilitar que las mujeres participen de la fuerza laboral remunerada, porque el gran número de hijos/as no es el único factor que le impide trabajar fuera de la casa. Por ejemplo, en el Japón, se ha reducido marcadamente la fertilidad, pero relativamente pocas mujeres han ingresado a la fuerza laboral asalariada.

Las/los analistas también advierten que el dividendo demográfico actualmente no viene al caso en un gran número de países—especialmente en África—que están experimentando un "déficit demográfico" en sus grupos etáreos productivos por el VIH/SIDA.

PSG, SALUD REPRODUCTIVA Y TRABAJO NO REMUNERADO DE CUIDADO

Generalmente se piensa que los presupuestos son asuntos económicos, y las personas que construyen los presupuestos se enfocan en sus costos en términos de dinero. Como resultado, tienden a cegarse al trabajo no remunerado de cuidado—trabajo realizado principalmente por las mujeres, que gestan y cuidan a sus hijos/as y apoyan a otros miembros de la familia y comunidad. El trabajo no remunerado de cuidado incluye el trabajo de casa y cuidado a los niños/as que las personas hacen para sus propias familias. Para nuestros fines en este análisis, también incluye la atención sin sueldo a las personas enfermas.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) es el conjunto de reglas de aceptación internacional que dicen cómo los países deben calcular su producto interno bruto (PIB). Las reglas del SCN reconocen el trabajo no remunerado de cuidado como "productivo" y como "trabajo." Sin embargo, las reglas dicen que estos servicios de cuidado no remunerado no deben incluirse en los cálculos del PIB. Esto fomenta la renuencia de economistas y planificadores/as a tomar en consideración el trabajo no remunerado de cuidado.

No obstante, hay muchas maneras en que los presupuestos gubernamentales son subsidiados por el trabajo no remunerado. Por ejemplo, cuando el gobierno recorta los presupuestos públicos de los servicios de salud, son las personas (en su mayoría, mujeres) en los hogares que tienen que compensar por el faltante. Este cuidado puede parecer "gratuito" para el gobierno, pero impone un costo a quienes lo proporcionan y a sus familias.

Un cuaderno de la OMS para enfermeros/as y parteras/os sugiere que hasta el 90% del cuidado a las personas enfermas se proporciona en el hogar. La necesidad de cuidado tiende a aumentarse si un país es afectado por el VIH/SIDA u otras epidemias similares. Se hace especialmente aguda a medida que las personas infectadas se enferman cada vez más y un país avance de una epidemia del VIH hacia una pandemia del SIDA. Sin embargo, la mayoría de los recursos de alto perfil disponibles para el VIH/SIDA tienden a concentrarse en los costos del tratamiento antes que los costos del cuidado.

Para enfrentar la creciente demanda de servicios generada por el VIH/SIDA, muchos países están cambiando a sistemas de cuidado en el hogar. En estos sistemas, trabajadores/as voluntarios y con una remuneración mínima visitan los hogares para prestar la atención antes que atender a las personas en clínicas u hospitales. Los aparentes beneficios para el presupuesto de salud son obvios. Por ejemplo, un estimado encontró que, si todos/as los pacientes de SIDA en Tanzania se trataran en centros de salud públicos, con fármacos adecuados, los gastos absorberían la mitad del presupuesto público de salud. Sin embargo, los sistemas de tratamiento en el hogar están siendo subsidiados de hecho por los trabajadores/as que prestan cuidados en los hogares, y casi nunca se considera, incluso en estos programas, el tiempo, las oportunidades perdidas y otros costos soportados por los miembros de la familia. Sin embargo, un estudio en Zimbabwe encontró que el tiempo representa la mayor parte de los costos familiares para cuidar a los miembros de la familia que están en cama.

RECUADRO 9: LOS COSTOS DEL CUIDADO EN EL HOGAR

En 2003 UNIFEM financió y coordinó una investigación en Botswana, Mozambique y Zimbabwe sobre los costos en tiempo y dinero para el gobierno, las organizaciones y las personas que prestaban el cuidado en las organizaciones y hogares del modelo de atención en el hogar para el VIH/SIDA. La investigación fue planeada y ejecutada por una combinación de representantes del gobierno, gente de ONGs participantes en el cuidado en el hogar, personas de ONGs que han hecho trabajo presupuestario, representantes de organizaciones de mujeres, y académicos/as.

La investigación aplicó un enfoque de estudios de caso, con tres proyectos de cuidado en el hogar en cada uno de los tres países. Cada país usó herramientas similares para que los hallazgos pudieran compararse más fácilmente y para que fuera más fácil para que las promotores/as y sus públicos pudieran aprender de los diferentes casos.

Al final del proyecto, las/los investigadores y representantes de organizaciones de los tres países se reunieron para compartir sus hallazgos y elaborar mensajes nacionales y regionales para la incidencia. El grupo concertó las siguientes preocupaciones a nivel regional:

- Participación muy limitada por los hombres en el trabajo de cuidado en el hogar;
- Total falta de incentivos para algunos cuidadores/as, bajo nivel de incentivos cuando los había, y disparidades entre trabajadores/as en términos de los incentivos recibidos;
- Falta de reconocimiento del trabajo de cuidado en el hogar, en particular por el gobierno;
- Maltrato al cuidador/a por algunos/as beneficiarios/as;
- Acceso desigual al cuidado en el hogar para quienes lo necesitaban;
- Necesidad de enfoques más integrales al cuidado en el hogar, con una gama de actores/as e incluyendo factores de salud, nutrición, sociales y financieros.

Las/los investigadores calcularon el valor del trabajo por un típico trabajador/a en cuidado en el hogar en su país, multiplicando el número de horas laboradas por el sueldo promedio que se paga a ayudantes de enfermería, trabajadores/as domésticas, o similares. El valor mensual eran 270 Pula en Botswana, US$ 130 en Mozambique y Z$ 403.550 en Zimbabwe. Sin embargo, los investigadores/as consideraban que usar los sueldos de ayudantes de enfermería y sirvientes domésticos/as trivializa el trabajo de cuidado en el hogar, dada la gama y variabilidad de las tareas requeridas, así como las tensiones psicológicas y otro estrés. Además, anotaron que los sueldos para todos estos trabajos se fundamentan en suposiciones sobre el trabajo femenino, que generalmente tiende a subvalorar el trabajo realizado en el mercado laboral o en el hogar.

El trabajo no remunerado de cuidado no sólo es una consideración para el cuidado en el hogar del VIH/SIDA. También se encuentra, buscándolo tras bastidores, en muchos otros programas sociales que basan sus operaciones en el trabajo no remunerado.

RECUADRO 10: EL TRABAJO NO REMUNERADO DE CUIDADO EN EL VASO DE LECHE

Una iniciativa de PSG financiada por UNIFEM en el municipio de Villa El Salvador, Perú, calculó el valor del trabajo no remunerado por las mujeres prestando lo que el municipio llama servicios "autogestionados". Un ejemplo de semejante servicio es el programa del Vaso de Leche. En este programa el municipio paga por los materiales básicos y la leche, pero las mujeres de la comunidad proporcionan la mano de obra requerida para organizar el programa y distribuir la leche a los beneficiarios/as. Este programa representó más de la tercera parte del presupuesto municipal (US$ 3 millones) al momento de la investigación.

El equipo investigador entrevistó a las mujeres beneficiarias para averiguar cuándo tiempo dedicaban al trabajo con el programa. Luego multiplicaron el número de horas por el sueldo básico peruano. Cuando compararon este monto con el presupuesto total del programa del Vaso de Leche, encontraron que, si se hubiera remunerado el trabajo de las mujeres, habría agregado un 23% más al presupuesto total. Este aporte en trabajo no remunerado de cuidado era adicional a los aportes comunitarios para cubrir los gastos como combustible, azúcar y utensilios.

En efecto, en este programa las mujeres están subsidiando el presupuesto del gobierno. Si no estuvieran dispuestas a ofrecer sus servicios gratuitamente, el gobierno necesitaría contratar a personal para realizar el trabajo. Se da un subsidio similar cuando las mujeres cuidan la salud a otros miembros de sus hogares y comunidades. Si las mujeres no proporcionaran este cuidado gratuitamente como parte de sus deberes familiares y comunitarios, las personas enfermas más probablemente acudirían a los servicios gubernamentales de salud en busca del cuidado, aumentando la carga para el presupuesto del gobierno.

Referencias: Andía-Pérez, B. y Beltrán-Barco, A., "Análisis del Presupuesto Público con un Enfoque de Género: Villa El Salvador, Lima, Perú" en Bethsabé Andía-Pérez et al., Presupuestos Sensibles al Género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres, 2004

Pearl, R., "The Andean Region: A multi-country program" en Budlender, D. y Hewitt, G. (eds.), Gender Budgets Make More Cents: Country studies and good practice, Commonwealth Secretariat: Londres, 2002.

Referencias: Budlender, D., Why should we care about unpaid care work? Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres: Harare, 2004.

Ogden, J., Esim, S. y Grown, C., "Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus," Centro Internacional de Investigación sobre las Mujeres: Washington DC, 2004.

USAR EL PRESUPUESTO PARA ADELANTAR OTROS TRABAJOS

Esta sección describe cómo el enfoque del PSG puede utilizarse para fortalecer la incidencia y eficacia de una amplia gama de diferentes programas, campañas y actividades. Posibles espacios para usar el enfoque del PSG incluyen las agendas nacionales de desarrollo como las monografías estratégicas para reducir la pobreza (PRSPs) que tienen muchos países en vías de desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Además se examina el uso del enfoque del PSG para abordar temas específicos como la mortalidad materna y la violencia de género. La última parte de esta sección describe cómo el trabajo con los PSG puede formar parte de una agenda de incrementar la participación pública en la formulación de políticas.

SALUD REPRODUCTIVA, TRABAJO PRESUPUESTARIO Y ODMS

Salud reproductiva en los ODMs

Los ODMs son los objetivos mundiales para abordar diferentes dimensiones de la pobreza extrema para el 2015. El Objetivo 5 se enfoca en la mortalidad materna y salud reproductiva. Pero no hay ningún ODM formal con objetivos para la salud sexual y reproductiva aparte de éste. No se mencionan una sola vez las/los adolescentes en la Declaración del Milenio de las NNUU.

El Proyecto del Milenio de la ONU (www.unmillenniumproject.org) es una entidad asesora del Secretario General de las NNUU. Sus diez grupos de trabajo reúnen a participantes de círculos académicos, gubernamentales, organismos de la ONU, IFIs, ONGs, entidades donantes, y el sector privado. Varios de estos grupos de trabajo, y no sólo él del Objetivo 5, han reconocido que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y protección de los derechos reproductivos es importante para lograr los demás ODMs, incluyendo la pobreza y el hambre, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, escolaridad, sustentabilidad ambiental y el mejoramiento de la calidad de vida para las poblaciones urbano-marginales.

El documento de los resultados de la Cumbre Mundial del 2005 plantea interrogantes en materia de la SR bajo el encabezamiento del VIH/SIDA haciendo referencia a la necesidad de lograr “acceso universal a la salud reproductiva para el 2015,” en consonancia con la ICPD. Al tratar el objetivo de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, el documento se refiere a la necesidad de asegurar “igualdad de acceso a la salud reproductiva.”

Los Anexos 1 y 2 al documento del Proyecto del Milenio, Invertir en el Desarrollo, incluyen una variedad de intervenciones pertinentes a la SSR. Ejemplos incluyen el acceso universal a los servicios e información de salud sexual y reproductiva (incluyendo planificación familiar; maternidad segura, así como la prevención, tratamiento y cuidado de ITSs incluyendo VIH/SIDA); educación y servicios apropiados según la edad; atención a la participación de los hombres; salud reproductiva adolescente; educación para padres y madres; asegurar la opción de medios anticonceptivos; mejorar la consejería; combatir la violencia de género; desalentar el matrimonio prematuro; eliminar la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas; expandir el acceso al aborto seguro (donde lo permita la ley) y revisar tales legislaciones para salvaguardar la salud de las mujeres.

Grupo de Trabajo en Salud Materno-infantil

El Grupo de Trabajo en Salud Materno-infantil puso énfasis en la necesidad de cambios fundamentales en los sistemas, incluyendo los presupuestos. Elaboró las nueve recomendaciones básicas, de las cuales la segunda se enfoca en el financiamiento. El Grupo de Trabajo dijo que se requería un financiamiento significativo adicional. Dijo que los países deben incrementar las asignaciones a sus sectores de salud. Además dijo que los cobros a usuarios/as por los servicios básicos de salud debían eliminarse. La cuarta recomendación básica trata de los derechos sexuales y reproductivos y dice firmemente que son "esenciales" para poder cumplir con todos los ODMs. El Grupo de Trabajo recomendó además que las iniciativas de VIH/SIDA se integren en los programas de SSR, que las adolescentes deben recibir atención explícita, y que en todos los países las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para manejar las complicaciones del aborto. La sexta recomendación, sobre la mortalidad materna, indica que los esfuerzos por establecer un "sistema de salud primaria que funcione bien" deben incluir el cuidado obstétrico de emergencia. La recomendación final dice que el acceso universal a los servicios de SR debe agregarse como meta bajo el ODM 5.

El énfasis en el acceso "universal" se alinea con el consistente énfasis del Grupo de Trabajo en la equidad y en abordar las necesidades de la gente más pobre. El Grupo de Trabajo anota que, aunque la gente pobre generalmente experimenta peor salud que la gente más rica, suele tener peor acceso a los servicios de salud. Agregan que simplemente abordar una determinada enfermedad que es más prevalente entre la gente pobre no quiere decir que beneficiará más a la gente pobre. Se necesitan estrategias específicas para asegurar que esto suceda.

Las/los analistas de los presupuestos suelen quejarse de la gran proporción de los presupuestos que se gasta en sueldos. Ignoran el hecho de que, sin el personal que gana dichos sueldos, no habría ningún servicio. Haciendo contraste con tales analistas, el Grupo de Trabajo dice que los sueldos, las posibilidades de hacer carrera y las condiciones de trabajo del personal de salud deben mejorarse "substancialmente". Sugieren que esto podrá ayudar, entre otras cosas, a frenar la "fuga de cerebros" de enfermeros/as y médicos/as desde los países pobres hacia los ricos – éxodo que transfiere las destrezas desarrolladas por presupuestos asignados en el Tercer Mundo hacia el Primer Mundo.

El Grupo de Trabajo también cuestiona algunos de los otros aspectos comunes de la SSR y, en particular, la transición hacia la privatización. Anota que "incluso las/los reformadores más entusiastas del sector de la salud… reconocen que las reformas en base al mercado para convertir la salud en un bien transable terminarán fracasado al no llegar a la gente más pobre, que simplemente no tiene suficiente dinero u otros recursos para comprar el cuidado que necesita."

Referencias: Grupo de Trabajo en Salud Materno-infantil del Proyecto del Milenio, "Who's got the power? Transforming health systems for women and children," Versión resumida, Nueva York, 2005.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "Población, Salud reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Mensajes de los Informes del Proyecto del Milenio de las NNUU," junio 2005. http://www.unmillenniumproject.org

Borrador de resolución referida a la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General por la Asamblea General en su sesión 59, Resultado de la Cumbre Mundial del 2005. A/60/L.1. Septiembre 2005, documento de Resultados de la Cumbre Mundial.*

RECUADRO 11: MORTALIDAD MATERNA Y ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

La recomendación del Grupo del Trabajo del Proyecto del Milenio de incluir el cuidado obstétrico de emergencia en los servicios de salud primaria refleja el creciente entendimiento de la importancia de estos servicios para abordar los altos índices de mortalidad materna en muchos países.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte define la muerte materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independiente a la duración o sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales."

Del total estimado de 529 mil muertes maternas anuales del mundo, el 99% ocurren en los países en vías de desarrollo. Por cada mujer que muere de las complicaciones relacionadas con el parto, aproximadamente 30 más sufren lesiones, infecciones y discapacidades (como incontinencia urinaria y fecal, infertilidad, y daños neurológicos). Las causas directas de las muertes maternas son hemorragia, sepsis, labor de parto obstruida, preclampsia y eclampsia o los males hipertensivos del embarazo, y las complicaciones del aborto inseguro. Las complicaciones obstétricas directas afectan a un 15% estimado de las mujeres durante el embarazo o en el postparto. Las complicaciones obstétricas indirectas son causadas por las enfermedades agravadas por el embarazo como la anemia, malaria, tuberculosis y VIH/SIDA.

Las complicaciones que producen la muerte materna generalmente no pueden predecirse ni prevenirse. Las complicaciones tienen igual probabilidad de afectar a una mujer embarazada saludable como una que esté menos saludable. Cuando ocurren las complicaciones, lo que se necesita es el cuidado obstétrico de emergencia, que muchas veces puede salvar la vida de la madre.

A fines de los años 1980, las/los expertos consideraban que la planificación familiar era la manera más costo-eficaz de reducir las muertes maternas. La planificación familiar reduce el número de embarazos, lo que reduce el riesgo. Sin embargo, la planificación familiar no reduce el grado de riesgo una vez que la mujer esté embarazada.

El cuidado prenatal se basa en el enfoque del "riesgo" para prevenir las muertes maternas, identificando a las mujeres gestantes más expuestas al riesgo de complicaciones. En 1934, F.N. Reynolds ya indicó que más del 80% de las muertes maternas se debían a las complicaciones para las cuales no era posible ninguna selección prenatal: sepsis puerperia, hemorragia postparto y shock.

En 1987 la OMS, el FNUAP, y el Banco Mundial lanzaron la Iniciativa de Maternidad Segura. La Iniciativa incluye cuidado prenatal, kits para el parto, disponibilidad de servicios de planificación familiar, distribuir píldoras con sales de hierro, capacitar a trabajadores/as de salud y parteras tradicionales, organizar a las comunidades, lanzar las campañas de información y educación, y empoderar a las mujeres. Sin embargo, no se redujo significativamente el índice de muertes maternas durante la siguiente década. Es posible que un enfoque en el cuidado obstétrico de emergencia habría sido más eficaz. Para salvar las vidas de las mujeres, el punto clave es que los sistemas de referencia funcionen para poder entregar un cuidado de calidad, incluyendo servicios obstétricos de emergencia.

Referencia: Adaptado de información proporcionada por Marilen Danguilan, FNUAP.

COSTOS DE LOS ODMS

Se han hecho varios intentos de estimar los costos de los ODMs. Estas iniciativas tienen como objetivo informar tanto a los gobiernos nacionales como a la comunidad internacional de donantes en cuanto a los montos que necesitarán asignar en sus presupuestos nacionales o de cooperación. El costeo se ha hecho a nivel internacional y nacional. También se ha realizado para objetivos específicos.

Estimaciones mundiales

Los estimados mundiales de lo que costará para lograr los ODMs varían ampliamente. Por ejemplo, Reddy y Heuty (2004) anotan que el Informe del Panel de Alto Nivel sobre el Financiamiento del Desarrollo (el "Informe Zedillo") estimó el costo (internacional) de alcanzar los objetivos para el 2015 en unos $50 mil millones al año, mientras que el Banco Mundial planteó el costo para los donantes entre US$ 35 y $76 mil millones anuales. Un documento de antecedentes para el Informe del PNUD sobre el Desarrollo Humano del 2003 estimó el costo de lograr tan sólo el Objetivo 1 en US$ 76 mil millones.

El MYFF del FNUAP registra un estimado por el Banco Mundial de 20–25 mil millones de dólares al año para alcanzar todos los ODMs relacionados con la salud. Sin embargo, en el 2001 los flujos de recursos financieros internacionales para la cooperación relacionada con asuntos de población totalizaron apenas $2.500 millones, muy por debajo de los objetivos acordados.

Estimaciones nacionales

El hecho de que el documento de resultados de la Cumbre Mundial del 2005 indica claramente la necesidad de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015 presenta una importante oportunidad de tratar con los gobiernos sobre cómo piensan lograr esto. Un costeo en base a datos sólidos podría ayudar a los gobiernos a entender lo que se requeriría para alcanzar este objetivo.

El Proyecto del Milenio ha desarrollado herramientas de costeo para ayudar a los países a estimar el costo de alcanzar los ODM para el 2015. Están disponibles hojas electrónicas y materiales de apoyo para los diferentes sectores y/u objetivos.

El modelo de costos de la SR se hizo para ayudar a los países a estimar cuánto costaría brindar un acceso universal a un paquete básico de servicios de SR. El paquete incluye diez intervenciones relacionadas con la planificación familiar, cinco para el cuidado prenatal y el parto, siete relacionadas con las complicaciones obstétricas, tres para otras condiciones maternas, tres para neonatos/as, y cinco relacionadas con las ITSs. Para cada intervención, el modelo calcula el costo por caso típico, el número de potenciales beneficiarias durante un determinado año, y el costo anual total. Incluye previsiones para el personal, los fármacos y demás suministros requeridos para prestar los servicios. No incluye el costo de las instalaciones, los equipos ni otros costos generales.

Para usar el modelo eficazmente, los países requieren cinco categorías de datos:

- Datos demográficos, como por ejemplo el número de mujeres de edad reproductiva y el número de nacimientos;
- Datos epidemiológicos, como por ejemplo sobre la incidencia de las complicaciones con el embarazo y las ITSs;
- Las coberturas actuales para los diferentes servicios;
- Información sobre las medicinas y suministros requeridos;
- Datos de costos relacionados con el personal, las medicinas y demás suministros.

El modelo proporciona datos predefinidos para 200 países para la mayoría de estos rubros.

Costeo de la igualdad de género

Un módulo aparte se proporciona para los costos de la igualdad de género. Se puede suponer que la inclusión de un "sector" por separado de género es en respuesta a la inclusión de un objetivo de género entre los ODMs. Sin embargo, el módulo de costos del género va más allá del objetivo de género de los ODMs para incluir las intervenciones específicamente para el género cubiertas en el diagnóstico de necesidades para los demás sectores. Esto se alinea con las observaciones de una serie de comentarios de que el género no debía confinarse al Objetivo 3. El módulo de costeo también proporciona un diagnóstico de necesidades en género, en el sentido de lo que se requiere para que las políticas de género (como los planes nacionales) se hagan operativas. Esto permite que las/los autores del módulos de costos abarquen elementos que no se cubran (totalmente) en los diagnósticos de necesidades de los demás sectores. Así, potencialmente, avanza más allá de los ODMs. Esto es apropiado si hemos de transversalizar el género y las políticas aceptadas de género en el país de la PRSP.

Un costeo por separado de las intervenciones en género pretende resaltar y alentar tales intervenciones. Pero potencialmente podría tener un impacto contrario. Si se considera que las intervenciones en género son algo "separado", esto podría significar que pierden cuando los recursos estén limitados y hay que elegir entre las diferentes intervenciones. El género podría verse como una "alternativa que sería agradable poderla alcanzar" antes que una parte esencial de las políticas en general. Un mejor enfoque (uno que coincide con la transversalización) podría ser él de verificar que las intervenciones en género se incluyan como parte integral de las intervenciones en el sector principal.

Referencias: Reddy. S. y Heuty, A., "Achieving the MDGs: A critique and a strategy," Mimeógrafo, abril 2004.

Proyecto del Milenio de la ONU. Modelo de Costeo de la Salud Reproductiva
http://www.unmillenniumproject.org/policy/needs03.htm

TRABAJO PRESUPUESTARIO Y PRSPS

En 1999 el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) introdujeron la idea de las monografías estratégicas para reducir la pobreza (PRSPs) como una de las condicionalidades previas para que los países pobres accedieran a los préstamos concesionales para el alivio al endeudamiento para los Países Pobres y Altamente Endeudados (HIPC). La idea de las PRSPs se extendió después a los otros países que no estaban incluidos en los HIPCs. Para principios del 2005 los países HIPC que tenían PRSPs eran Benín, Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Chad, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guyana, Honduras, Laos, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Nicaragua, Níger, Rwanda, Senegal, Tanzania, Uganda y Zambia. Los países no-HIPC con sus PRSPs eran Albania, Armenia, Azerbaiján, Bosnia y Herzegovina, Camboya, Djibouti, Georgia, Kenya, Kyrgyzstán, Moldova, Mongolia, Nepal, Pakistán, Serbia y Montenegro, Sri Lanka, Tajikistán, Vietnam y Yemen. Angola, Bangladesh, Bhután, Cabo Verde, Dominica, Lesotho y Macedonia estaban en el proceso de desarrollar sus PRSPs.

Una PRSP presenta el plan general del gobierno para la reducción de la pobreza y debe cubrir todos los sectores del gobierno, la economía y sociedad. Una PRSP cubre un período de tres años, luego del cual se revisa. Tanto el desarrollo de la estrategia inicial como todas sus revisiones deben ser ampliamente participativos, incluyendo tanto la sociedad civil organizada como ciudadanos/as adicionales.

Por este requisito de la participación, las instituciones financieras internacionales y los donantes bilaterales describen las PRSPs como estrategias "propias" de los países. Sus críticos/as responden que la participación y apropiación en muchos casos no son reales. Incluso los parlamentos no tienen una injerencia verdadera en el PRSP porque saben que, si insisten en cambios significativos del documento, esto podría poner en peligro la ayuda externa. La verdadera participación en la toma de decisiones, más allá de un pequeño grupo de personas se restringe además con el hecho de que los Artículos de Acuerdo del Banco Mundial y del FMI dicen que pueden tratar directamente sólo con los Ministerios de Finanzas y Bancos Centrales.

Los/las críticos de las PRSPs también anotan que las prescripciones políticas de las PRSPs son asombrosamente similares de un país a otro, pese a sus diferencias de condiciones históricas, políticas, económicas y sociales. En 2005 el Movimiento Mundial de Desarrollo (WDM) examinó el grado en que constaban nueve recetas políticas comunes en 42 PRSPs públicamente disponibles. Ninguna de estas prescripciones se relacionaba directamente al sector de la salud aunque algunas, como la privatización (de los servicios de agua potable entre otras áreas) y la liberalización comercial, podrían haber afectado los servicios de salud. El WDM encontró que 30 de las 42 PRSPs hablaban de extender la liberalización comercial, 38 se referían a la privatización, 26 a la desreglamentación para inversiones, y 40 a los ajustes fiscales. Este último punto afecta a los presupuestos directamente, porque deja menos dinero disponible para los gastos del sector social. El WDM señaló que las cifras indicadas subestimaban, porque en algunos casos cuando la PRSP no incluía una política, era porque el país ya la había introducido. Hubo muy pocos casos de países que introdujeran políticas "poco ortodoxas" en las nueve áreas estudiadas.

Las/los analistas y activistas de género también han criticado muchas PRSPs por no transversalizar los elementos del género. La unidad de género del Banco Mundial produjo un Libro de Recursos detallado que describe cómo asegurar que las PRSPs sean sensibles al género. Muchas PRSPs sí describen problemas de género, como menor matrícula escolar para niñas o alta mortalidad materna. Pero la mayoría no examinan sistemáticamente las diferencias de género entre todos los sectores ni incorporan el género en las soluciones propuestas. Sin embargo, hay algunas excepciones. Por ejemplo, generalmente se considera que la PRSP de Rwanda tuvo éxito transversalizando el género, en gran medida como resultado del esfuerzo concertado de las mujeres del país. Una parte de este trabajo se enfocó en recoger e incorporar datos desagregados por sexo para usarlos en el informe. El trabajo de campo realizado para describir la situación de las mujeres, hombres, niñas y niños en los diferentes sectores fue aprovechado después para la Iniciativa de Presupuesto de Género en Rwanda.

Pese a sus debilidades, las PRSP usualmente deben aprovecharse como enfoque para el trabajo con los PSG en cualquier país que tenga tal estrategia. Ya que se supone que la PRSP debe constituir el marco general para la acción del gobierno (y las acciones de las/los actores no gubernamentales) también debe constituir la fuerza impulsora tras la forma del presupuesto. Para el PSG, esto significa que, si el género no se incorpora adecuadamente en la PRSP, será difícil lograr un presupuesto sensible al género. Y significa que, si el género no se incorpora en el sistema de monitoreo y evaluación de la PRSP, es poco probable que sea parte de la evaluación de la ejecución presupuestaria.

Referencias: Movimiento Mundial del Desarrollo, "Denying Democracy: How the IMF and World Bank take power from people," Londres, 2005.

Whitehead, A., "Failing women, sustaining poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers," Informe para la Red de Género y Desarrollo en el Reino Unido, 2003.

RECUADRO 12: LA SOCIEDAD CIVIL CONTROLA LA POLÍTICA Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA PARA LA EDUCACIÓN EN MALAWI

La Coalición de la Sociedad Civil en Malawi para la Educación Básica de Calidad (CSCQBE) fue establecida en el 2000. Para 2005 tuvo 58 miembros, incluyendo ONGs, organizaciones de base comunitaria, sindicatos de educadores/as, organizaciones religiosas, y 10 Redes de Distrito. Desde el comienzo, el monitoreo de las políticas, planes y estrategias del gobierno en materia de educación, incluyendo la manera cómo se ejecutan, fue una de las actividades principales de la CSCQBE.

Cada año CSCQBE realiza un ejercicio de seguimiento implementado por sus organizaciones miembros. El ejercicio procura determinar si los recursos asignados para la educación básica son suficientes para alcanzar un cambio medible en el acceso equitativo, calidad y pertinencia de la educación, como derecho de todos los niños/as. El ejercicio también es parte de la rendición de cuentas del gobierno – verificando si la ejecución coincide con las políticas y si los recursos llegan hasta sus beneficiarios/as en línea con la PRSP del país.

El informe para 2004 abarca a 322 escuelas primarias distribuidas entre las seis divisiones educacionales de Malawi. El cuestionario se enfoca, en particular, en el seguimiento a los "gastos prioritarios contra la pobreza" de la PRSP – materiales didácticos, educación para estudiantes con necesidades especiales, capacitación y reclutamiento de maestros/as, supervisión e inspección de las escuelas, y rehabilitación y construcción de escuelas. El seguimiento compara lo que la Coalición encuentra a nivel de cada escuela con lo que consta en el presupuesto. Este control incluye cuestiones de género, por ejemplo examinando la matrícula y las tasas de deserción masculina / femenina, la provisión de materiales (como pupitres) que se considera que son especialmente importantes para retener a las niñas, y la distribución de género entre maestros/as en las escuelas rurales y urbanas.

Referencia: Nsapato, L. (ed.), "Are Public Funds making a Difference for Pupils and Teachers in Primary Schools? Report on Civil Society Basic Education Budget Monitoring For Financial Year 2003/4," Lilongwe, 2004.

RECUADRO 13: LA COMUNIDAD CONTROLA LOS FONDOS PARA LA POBREZA EN UGANDA

La Red de la Deuda en Uganda (UDN) fue formada originalmente para hacer campaña por el alivio de la deuda para Uganda bajo la iniciativa HIPC. En 1997–8, después de que Uganda se unió a HIPC, el gobierno creó el Fondo de Acción contra la Pobreza (PAF) como manera de asegurar que los recursos liberados mediante el alivio del endeudamiento se gastaran en sectores prioritarios para reducir la pobreza. En 2001–2, el PAF representaba el 35% del presupuesto nacional. La salud primaria y el control del VIH/SIDA están incluidos entre los programas financiados por el PAF.

Los recursos del PAF se proporcionan a los distritos en forma de subvenciones condicionadas y deben gastarse según los lineamientos emitidos por los ministerios centrales. En el 2000 la UDN comenzó a establecer estructuras de base popular, llamadas Comités de Monitoreo del Fondo de Acción Contra la Pobreza (PAFMCs), para asegurar que estos recursos estuvieran recibiéndose en los distritos y utilizándose correctamente. Los comités constan de voluntarios/as de grupos de la sociedad civil. En 2005 la UDN apoyaba a PAFMCs en siete distritos del país.

UDN proporciona capacitación para los miembros de sus comités. Se invita a funcionarios/as distritales a talleres y reuniones para informarles y conseguir su compromiso. A diferencia del monitoreo en Malawi, en Uganda el monitoreo usa principalmente métodos cualitativos. Donde los comités descubren problemas con la ejecución del PAF, la UDN los informa a las autoridades pertinentes, como el Auditor General, el Ministerio de Ética e Integridad, el Comité Parlamentario sobre las Cuentas Públicas o los funcionarios/as locales. Los problemas informados en los primeros años incluyeron muchas diferentes formas de malversación y soborno, cobros excesivos y trabajos deficientes por contratistas en obras de infraestructura.

Referencia: Red de la Deuda en Uganda, Monitoring of the Poverty Action Fund Annual Report Mayo 2001–Abril 2002, Kampala.

TRABAJO PRESUPUESTARIO ENFOCADO EN TEMAS ESPECÍFICOS

La mejor manera de explicar cómo el enfoque del PSG puede utilizarse para fortalecer la incidencia sobre temas específicos es dando ilustraciones mediante estudios de caso. Por lo tanto, esta subsección incluye ejemplos del trabajo presupuestario en diferentes países con la mortalidad materna, y del trabajo continuo con los presupuestos en un mismo país, Sudáfrica, con relación a la violencia de género.

RECUADRO 14: DINERO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

En noviembre 2004 el Proyecto Internacional Presupuestario, Centro de Análisis e Investigación Fundar en México, y el Consejo de Población copatrocinaron un diálogo de tres días entre expertos/as y activistas en las áreas de salud materna y el análisis presupuestario aplicado.

Los estudios de caso de México, Ecuador, India y Uganda ilustraron tres principales desafíos para reducir la mortalidad materna:

- Recursos humanos e infraestructurales requeridos para el cuidado calificado;
- Equidad en el acceso a los servicios; y
- Prestación eficaz y eficiente de servicios.

Las/los participantes consideraron que el diálogo entre países fue útil, siempre que la metodología fuera lo suficientemente flexible. Pero pusieron énfasis en la necesidad de que los investigadores/as y promotores/es deben evitar las generalizaciones y comparaciones cuando hay grandes diferencias en las situaciones de los países.

El trabajo de Fundar y otras organizaciones en México es especialmente interesante en dos sentidos. Primero, Fundar ha intentado realizar su análisis presupuestario regularmente en colaboración con otras organizaciones como la organización de mujeres, Equidad de Género. Esto fortalece la posibilidad de que los hallazgos se respalden de una voz fuerte. En segundo lugar, la investigación por Fundar dio un resultado muy concreto. En 2002, la cantidad asignada al Arranque Parejo en la Vida, nuevo programa enfocado en la salud materna en base a una alianza entre los sectores público y privado, fue incrementada en casi el 900%.

Referencia: Keith-Brown, K., "Investing for Life: Making the link between public spending and the reduction of maternal mortality," 2004.

www.internationalbudget.org/Investingforlife.pdf

RECUADRO 15: ¿CUÁNTO CUESTA COMBATIR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

El examen por ONGs de las asignaciones presupuestarias en materia de la violencia de género comenzó el segundo año de la Iniciativa Presupuestaria de Mujeres (WBI) en Sudáfrica, con un capítulo que examinó cómo los presupuestos de los Departamentos de Seguridad (policía) y Justicia atendían este problema.

En 1999 Sudáfrica aprobó una nueva Ley mejorada sobre la Violencia Doméstica. En junio de 1998, el Programa de Incidencia por el Género (GAP) organizó una sesión informativa para las ONGs sobre la WBI y cómo se asignan los presupuestos gubernamentales. En un segundo taller, el GAP y sus socios coincidieron en que se necesitaba más investigación para ver cuánto asignaba el gobierno para ejecutar la nueva Ley.

La investigación encontró que se asignaron recursos nuevos para capacitar a policías y funcionarios/as de las cortes sobre la nueva Ley. El gobierno también asignó dinero para producir afiches y folletos y para publicidad y conscientización. Buena parte del dinero para estos fines provenía de donantes.

Tres años más tarde, la ONG Centro para el Estudio de la Violencia y la Reconciliación (CSVR) hizo una investigación entrevistando a policías sobre cuánto asignaron para ejecutar el trabajo relacionado con la violencia de género. Nuevamente, las asignaciones fueron principalmente para capacitación y conscientización. Pero también hubo asignaciones generales, por ejemplo para infraestructura, que la policía dijo que ayudará a ejecutar la Ley.

En 2005 el CSVR decidió averiguar cuánto debía asignarse para ejecutar la Ley de Violencia Doméstica. Lo hicieron entrevistando a todos los diferentes funcionarios/as del gobierno que tenían algo que ver con su ejecución, sobre cuánto tiempo dedicaban a un caso típico. Se multiplicaba este tiempo entonces por el sueldo pertinente, y se multiplicaba el monto total para un solo caso por el número estimado de casos en el país.

Referencia: Vetten, L., "'Show Me the Money': A Review of Budgets Allocated towards the Implementation of South Africa's Domestic Violence Act," Politikon 32(2), Noviembre 2005: 277-295.

TRABAJO PRESUPUESTARIO Y GOBERNABILIDAD / PARTICIPACIÓN

Algunas iniciativas de PSG se enfocan solamente en el contenido de los presupuestos. Otras incluyen un enfoque en el proceso de la formulación del presupuesto. Algunas de estas iniciativas examinan las oportunidades que tienen los miembros de la legislatura, como representantes electos/as de la sociedad civil, para influir en el presupuesto. Donde existan oportunidades, las iniciativas de PSG pueden tratar de ayudar a las/los representantes (especialmente las que sean mujeres) para que intervengan significativamente, ayudándoles a comprender los presupuestos y el proceso de su formulación. Así, el Foro para las Mujeres en la Democracia (FOWODE) en Uganda primero apoyó a mujeres como candidatas en las elecciones para el gobierno local. Una vez electas, FOWODE proporcionó capacitación para las concejalas en el PSG para que pudieran representar eficazmente los intereses de las mujeres en su nuevo rol.

Algunas iniciativas de PSG también examinan las oportunidades para que las organizaciones de la sociedad civil intervengan en los procesos presupuestarios. Nuevamente, Uganda es un ejemplo de buenas prácticas en este asunto. El gobierno de Uganda ha establecido grupos de trabajo sectoriales que participan desde un principio en el ciclo de planificación y presupuestación. Estos grupos de trabajo sectoriales incluyen a representantes de las organizaciones de la sociedad civil que tienen experticia en este sector. FOWODE es una de las organizaciones de la sociedad civil que es parte de un grupo de trabajo sectorial.

Pero es más común que el gobierno dé oportunidades para la participación de la sociedad civil a nivel local antes que nacional. En su mayoría, estas iniciativas se enfocan en las inversiones del presupuesto antes que en los gastos corrientes / recurrentes (sueldos, etc.). América Latina ha liderado la participación a nivel del gobierno local. Algunos de los procesos no hacen ningún esfuerzo especial para asegurar que se escuchen todas las voces – en particular las voces de las mujeres. Sin embargo, hay algunos ejemplos donde sí se hacen como resultado de la incidencia.

Está claro que un sistema que permita que la sociedad civil participe en la planificación del presupuesto proporciona buenas oportunidades para realizar un impacto verdadero en las asignaciones. Pero la etapa de planificación no es la única etapa que puede y debe incorporar la participación. Donde la sociedad civil ha participado en la etapa de planificación, necesitará hacer seguimiento a la ejecución para asegurar que los recursos se asignen y utilicen de las maneras planificadas. Donde la sociedad civil aún no haya logrado el derecho de participar en la etapa de planificación, no obstante puede cumplir un papel influyendo en cómo se usa el dinero asignado. Mediante el monitoreo de la ejecución, la sociedad civil también consigue información útil que puede usar para hacer incidencia por las asignaciones futuras.

Las iniciativas de PSG enfocadas en la participación pueden aprovechar las preocupaciones generales sobre la gobernabilidad, ya que la gobernabilidad requiere que la ciudadanía – y también sus representantes – tengan voz en las políticas públicas y en cómo se ejecutan. Las iniciativas también pueden fundamentarse en el Artículo 7 de la CEDAW. Este Artículo afirma, además, que los Estados Partes deberán asegurar que las mujeres tengan el derecho de “participar en la formulación de las políticas del gobierno y su ejecución.”

RECUADRO 16: GÉNERO Y EL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO EN RECIFE

En 1995, el gobierno municipal de Recife, Brasil introdujo un sistema de consulta popular sobre el presupuesto; en sus primeras etapas la participación en el proceso presupuestario se restringía a las/los miembros de organizaciones específicas y, en gran parte, no abordaba las cuestiones de la desigualdad de género.

En 2001 un nuevo gobierno municipal fue electo, con base en la Coordenadoria da Mulher (Coordinación de las Mujeres) para articular las políticas oficiales de género. Este grupo colabora estrechamente con una entidad de la sociedad civil, el Consejo Municipal de Mujeres. El nuevo gobierno también desarrolló maneras de aumentar la participación en el proceso presupuestario.

El nuevo presupuesto participativo tiene dos principales estrategias: (1) las reuniones de área en los diferentes barrios de la ciudad tratan los problemas y necesidades presupuestarias. Cada región de la ciudad forma entonces un foro regional de representantes de las reuniones de área. (2) se establecieron foros temáticos para abordar los problemas como la educación y la salud. Dos representantes de cada foro (regional y temático) participan en el Consejo General del presupuesto participativo.

Al mismo tiempo, la Coordenadoria da Mulher introdujo tres actividades destinadas a incrementar la participación femenina en el proceso del presupuesto participativo:

1. Espacios móviles de recreación infantil se instalan donde se hagan las reuniones del presupuesto para facilitar la participación por las mujeres que tengan responsabilidades de cuidado infantil.
2. Se reparten panfletos que perfilan la importancia de la participación de las mujeres en las reuniones de área para promover su mayor representación en los foros regionales y temáticos.
3. Se organizaron reuniones especiales de mujeres con funcionarios/as públicos, miembros del movimiento de mujeres, y activistas en cuestiones raciales, para encontrar maneras de movilizar una participación femenina más amplia en el presupuesto. Las actividades incluyeron componer música para las radioemisoras comunitarias. En el 2002 la Reunión de Mujeres se hizo uno de los foros temáticos del presupuesto participativo. Esto les dio voz en la estructura oficial de presupuestación, y permitió que la Reunión eligiera a miembros al Consejo General del presupuesto participativo.

Referencia: www.bridge.ids.ac.uk/dgb12.html#3

PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS Y GÉNERO

UNIFEM ha generado propuestas para incorporar la perspectiva del género en los procesos del presupuesto participativo a nivel local. Las propuestas se basan en el trabajo realizado por UNIFEM en la Región Andina con el PNUD y el Consejo Presidencial para la Igualdad de las Mujeres de Colombia.

El documento de UNIFEM comienza anotando que, ya que la participación pública en la formulación de los presupuestos constituye un cambio radial en la forma en que las comunidades se relacionan con el gobierno, se requieren mecanismos para apoyar la participación activa. En particular, se necesita apoyar a los grupos, como las mujeres, que tradicionalmente han sido marginados. Las comunidades también necesitan sensibilizarse sobre los temas relacionados con las políticas públicas, como la redistribución e igualdad, que van más allá de las necesidades individuales. Necesitan tener los conocimientos y las herramientas que permitan que analicen y trabajen con los presupuestos. También necesitan aprender las destrezas como la negociación.

El documento plantea varias razones por las que las mujeres podrían no participar adecuadamente en los procesos participativos a menos que se hagan esfuerzos especiales:

- Muchas veces el gobierno asume que, cuando deja participar a la "comunidad", todos/as sus miembros serán representados/as automáticamente. El gobierno no suele reconocer que las relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres, y el rol tradicional de liderazgo masculino en las organizaciones locales, impedirá que las voces de las mujeres se escuchen con fuerza.
- Las mujeres están menos acostumbradas que los hombres a operar en los espacios "públicos".
- Las mujeres todavía llevan la responsabilidad principal de las tareas domésticas, lo que les deja menos tiempo para participar. Es especialmente difícil para ellas si las reuniones se realizan a horas (como temprano en la noche) cuando están atendiendo las necesidades de sus hijos/as.
- Cuando las mujeres participan, muchas veces dan prioridad a las necesidades de sus hijos/as, familias o comunidades, postergando sus propias necesidades.

Las recomendaciones propuestas para asegurar una perspectiva de género en el proceso participativo incluyen mecanismos para incrementar la participación de las mujeres, promoviendo la priorización de los proyectos sensibles al género, y asegurando el uso de un enfoque sensible al género durante la ejecución y el monitoreo. El documento sugiere que estos varios mecanismos sean institucionalizados, por ejemplo, mediante su inclusión en las reglamentaciones. Además, recomienda que haya sesiones de sensibilización para los funcionarios/as públicos para que comprendan por qué es necesaria la sensibilidad al género.

Los mecanismos sugeridos para aumentar la participación femenina incluyen:

- Crear una lista de organizaciones de mujeres, y asegurar que sean invitadas a todas las reuniones;
- Proporcionar facilidades para el cuidado infantil en todas las reuniones, y programarlas a horas convenientes para mujeres que tengan niños/as pequeños/as;
- Sesionar por separado con las mujeres antes del proceso principal para permitir que definan su propia agenda y aprendan a manejar las destrezas de los presupuestos y la negociación;
- Asegurar que los documentos del presupuesto usen lenguaje no sexista; y
- Contar con reglas que aseguren la representación de iguales números de hombres y mujeres.

Para ayudar con la ejecución, UNIFEM sugiere desarrollar una guía explicativa que explícitamente requiera información como el número de mujeres y hombres beneficiarios/as, el impacto probable en mujeres y hombres, y la contribución del proyecto a aliviar la carga del trabajo no remunerado de cuidado. Para el monitoreo, UNIFEM sugiere una serie de indicadores.

Referencia: Coello-Cremades, R., "Propuestas y recomendaciones para incluir la perspectiva de género en los procesos de presupuestos participativos," UNIFEM, febrero 2004.

RECUADRO 17: GÉNERO Y EL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO EN VILLA EL SALVADOR

En Villa El Salvador, Perú, la parte del presupuesto utilizada para ejecutar el plan integral de desarrollo ha sido elaborada participativamente desde el 2000. Los principales actores/as del proceso son el municipio, los comités de gestión territorial y las comisiones temáticas.

El proceso comienza cuando el municipio determina la distribución de fondos entre los territorios. Lo hace en base a los criterios de necesidades básicas insatisfechas, tamaño de población y antecedentes de las/los residentes en el pago de sus impuestos. Más tarde, se invita a todos los ciudadanos/as mayores a los 16 años de edad y a todas las organizaciones públicas y privadas de la comunidad a participar en la formulación y aprobación del presupuesto, y luego a manejar y evaluar su ejecución.

Los roles del municipio incluyen la coordinación del proceso de debate, aprobación y ejecución del presupuesto participativo. Los comités de gestión territorial determinan en cada territorio las inversiones prioritarias que deben hacerse con el monto asignado al territorio. Deberán supervisar los proyectos ejecutados y responsabilizarse de los gastos de mantenimiento.

Las comisiones temáticas actúan como entidades consultivas para los temas específicos. En la actualidad, Villa El Salvador tiene seis comisiones temáticas: comercio, comunidad saludable, género, juventud, educación, y pequeñas y medianas empresas. La comisión de género se compone de la Federación de Mujeres Populares y varias ONGs. Su propósito es asesorar a todas las demás comisiones sobre cómo incorporar un enfoque sensible al género.

El presupuesto participativo de Villa El Salvador ya prevé, entonces, la igualdad de género. Sin embargo, las defensoras del género quieren más previsiones. Desean una cuota mínima de participación de mujeres en el liderazgo de cada territorio, en la toma de decisiones y en la ejecución de los proyectos. También han propuesto incluir un indicador del cambio en la brecha de género entre los criterios para la selección y evaluación de proyectos.

Referencia: Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M, Palán-Tamayo, Z. y Zabalaga-Estrada, C., "Presupuestos Sensibles al género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres," 2004. www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Responsive_Budgets_in_Latin_America-_Accountability _for_Equity_and_Transparency.pdf

¿CÓMO SE VEN LOS PRESUPUESTOS?

Esta sección introduce las diferentes maneras en que los presupuestos pueden presentarse y formularse en los diferentes países. Pretende, en primer lugar, ayudar a desmistificar las tecnicalidades de los formatos y presentaciones de los presupuestos para que no "intimiden" tanto. En segundo lugar, describe la cuestión relacionada de los diferentes enfoques utilizados para formular los presupuestos. En particular, analiza la presupuestación en base al desempeño / las actividades y los marcos de gasto a mediano plazo. Durante los últimos años, estos dos enfoques se han introducido cada vez más en los países en vías de desarrollo, muchas veces simultáneamente. La sección incluye un análisis de los desafíos y oportunidades para el PSG que implican los diferentes formatos y enfoques.

PRESENTACIÓN DEL PRESUPUESTO

Diferentes maneras de presentar los presupuestos

Ya que los libros de presupuesto contienen tanta información, hay que clasificar esta información de alguna manera. Las maneras comunes de clasificar los gastos en un presupuesto son:

- Económicos
- Administrativos
- Funcionales
- Programáticos.

Muchas veces, los gobiernos presentarán su presupuesto en más de una forma.

Clasificación económica

Las principales categorías de gastos en esta clasificación usualmente son gastos corrientes e inversiones de capital. Los gastos corrientes implican los servicios y bienes que probablemente durarán menos de un año y que son necesarios para realizar las operaciones del gobierno. Incluyen los sueldos del personal del gobierno, subsidios a empresas, hogares e individuos, y gastos para operaciones y mantenimiento. Los gastos de capital son para bienes y servicios que se utilizarán durante más de un año. Incluyen los gastos para asistencia técnica y capacitación, así como la tierra, edificios, infraestructura y bienes como libros de texto.

Clasificación administrativa

Aquí los gastos se clasifican según la entidad responsable del gasto. Por ejemplo, los presupuestos nacionales se clasificarán según los diferentes Ministerios o Departamentos. Usualmente esta clasificación se usa en combinación con otra clasificación.

Clasificación funcional

Esta clasificación agrupa los gastos según su función o propósito de incurrir en el gasto. Se usan categorías normalizadas de funciones. Usualmente hay alguna similitud entre las clasificaciones administrativas y funcionales, pero no son exactamente iguales. Por ejemplo, el Ministerio de Defensa gastará dinero por servicios médicos para su personal. Este gasto se clasificará bajo Salud en la clasificación funcional, pero bajo el Ministerio de Defensa en la clasificación administrativa.

Clasificación programática

Un programa es un conjunto de actividades que un gobierno realiza para alcanzar un objetivo. A menudo se usa esta clasificación conjuntamente con una clasificación administrativa, ya que el presupuesto de cada agencia se divide en varios programas, cada uno con su propio presupuesto. A veces los programas se subdividen, a su vez, en subprogramas o proyectos, nuevamente cada uno con su propio presupuesto.

RECUADRO 18: CAMBIAR LOS PRESUPUESTOS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA EN PARAGUAY

En las clasificaciones funcionales y programáticas por igual, a veces se encuentra que las categorías no se desagregan de una manera que permita identificar los montos asignados para lo que se quiera averiguar. En particular, el tema de interés puede estar agrupado con otros servicios.

La Comisión del Senado de Paraguay para la Igualdad, Género y Desarrollo Social encontró este problema cuando procuró averiguar cuánto asignaba, para la salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Al plantear el problema, lograron persuadir al Ministerio que introdujera una partida aparte para las asignaciones para comprar anticonceptivos. La Comisión encontró que el 100% de la cantidad de gastos en anticonceptivos eran fondos de donantes.

El Municipio de Asunción fue inspirado por lo que se lograba a nivel nacional y pidió la ayuda del FNUAP para trabajar con los PSG a nivel municipal. Esta iniciativa produjo la eliminación de cobros a usuarios/as por cuidado prenatal y postnatal en las policlínicas municipales para adolescentes embarazadas menores a los 20 años de edad. El Municipio también aumentó en un 300% la asignación para los costos de métodos para la planificación familiar.

Referencia: www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm

¿Cuántos presupuestos?

En muchos países en vías de desarrollo el presupuesto se divide en dos partes. (1) El presupuesto recurrente, operativo o de "ingresos" cubre principalmente los gastos de operaciones. De hecho, una proporción muy grande de estos presupuestos consiste en sueldos y beneficios para servidores públicos/as, pero también debe cubrir otros gastos operativos (como medicinas y otros suministros) y el mantenimiento de los bienes de capital. (2) El presupuesto de desarrollo o inversión está designado a los gastos a más largo plazo, como las inversiones de capital. En la práctica, el presupuesto de desarrollo se suele usar principalmente para reflejar la parte del presupuesto cubierto por donantes, así como cualquier financiamiento requerido de contraparte. Cuando es así, el presupuesto de desarrollo suele incluir asignaciones para gastos operativos en varios proyectos apoyados por donantes.

Algunos/as analistas de PSG se han enfocado en el presupuesto de desarrollo porque hay muy poco espacio de maniobra en el presupuesto operativo, ya que predominan ahí los sueldos. En cambio, en Rwanda las/los servidores públicos insistieron en que la iniciativa PSG se enfocara en primer lugar en el presupuesto operativo, ya que el gobierno tenía tan poco control sobre el presupuesto de desarrollo.

Un problema para dividir los presupuestos en operaciones y capital de esta manera es que no facilita que la planificación tome en cuenta las implicaciones del un tipo de asignación para el otro tipo. Por ejemplo, sirve de poco presupuestar la construcción de una nueva clínica en el presupuesto de desarrollo si el presupuesto operativo no prevé los gastos de funcionamiento de la clínica. Otro problema es que los

presupuestos operativo y de capital suelen usar formatos muy diferentes, los que dificulta aún más planificar y analizar de manera sensata. Por estos problemas y otros, con el tiempo la mayoría de los gobiernos probablemente pasarán a un solo presupuesto consolidado que muestre tanto los gastos de operaciones como de capital.

El enfoque del presupuesto de desarrollo se fundamenta en la suposición de que todo financiamiento por donantes debe canalizarse por el presupuesto del gobierno. En la práctica, usualmente no es así. Por una u otra razón, los donantes y el gobierno tratan de evitar que el dinero se tramite por los canales oficiales.

FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO

Presupuestación tradicional

Tradicionalmente, se formulaban los presupuestos en gran medida en forma incremental. Cada año, las/los funcionarios responsables tomarían los presupuestos del año anterior y reajustarían las asignaciones en un porcentaje similar, por ejemplo un porcentaje igual a la tasa de inflación. La presupuestación incremental de esta índole tiende a promover el statu quo. Trata la presupuestación como si fuera simplemente un ejercicio contable.

Las formas más nuevas de presupuestación toman en serio el hecho de que los presupuestos deberían reflejar las políticas, antes que simplemente contabilizarse. Además, las nuevas formas de presupuesto reconocen que las políticas no deben ser estáticas—que las políticas deberían cambiar a medida que se modifique la situación, o se cambien las prioridades del gobierno, o evolucione el pensamiento sobre la mejor manera de abordar los problemas.

Presupuestación a partir de la “base cero”

La presupuestación a partir de la “base cero” probablemente es la forma más radical de presupuestación. Este enfoque dice que cada año uno debe comenzar con una tábula rasa y pensar sobre cada asignación previamente a su inclusión, antes que simplemente copiar lo que sucedió el anterior año. Esto obviamente es idealista. En primer lugar, el gobierno no podría dejar de pagar, súbitamente, por sus programas en ejecución, como la educación, el suministro eléctrico, etc. En segundo lugar, el gobierno no tiene suficiente tiempo y energía para reconsiderar todos los gastos cada año.

No obstante, la idea tras la presupuestación a partir de la “base cero”—de que no debe ser sólo “lo mismo de siempre” cada año—es válida. La presupuestación en base al desempeño (que se trata a continuación) refleja esta idea requiriendo que los presupuestos se acompañen de texto que describe los cambios en la situación y cambios en las políticas y usarlos para explicar los cambios en los presupuestos.

Presupuestación en base al desempeño

La presupuestación programática en base al desempeño (que a veces se llama presupuestación en base a actividades) está introduciéndose en muchos países, muchas veces conjuntamente con los marcos de gasto a mediano plazo (MTEFs). Este estilo de presupuestación trata de abordar muchas de las debilidades de la presupuestación tradicional.

Para una iniciativa interna del gobierno en PSG, la presupuestación programática en base al desempeño puede proporcionar un **buen formato para producir las declaraciones presupuestarias sensibles al género** que son una de las herramientas de Diane Elson. Aprender a comprender la presupuestación programática en base al desempeño también puede ser útil para las personas fuera del gobierno

(a) para que puedan saber cómo interpretar el presupuesto gubernamental y su política subyacente y (b) porque algunas ideas pueden ser útiles en el trabajo con los PSG fuera del gobierno.

Cuando pedimos que los gobiernos comiencen con su PSG, podrían responder que ya tienen demasiado trabajo que hacer y el trabajo con los PSG significaría una carga adicional insoportable. Los argumentos son importantes, entonces, que explican que el PSG no implicará un montón de trabajo adicional para los funcionarios/as públicos. Si un país usa el formato de la presupuestación en base al desempeño, generalmente es más fácil incorporar el género en el formato existente que si hay un formato tradicional. También se puede sugerir que agregar el **elemento del género "agrega valor"** a lo que el gobierno ya está tratando de lograr con la presupuestación en base al desempeño.

Así como la presupuestación en base al desempeño es útil para una de las Herramientas de Elson, usualmente también refleja al menos cuatro de los cinco pasos del PSG enumerados en otra parte de este paquete de recursos. Los resultados a veces no se incluyen en el formato porque no es fácil medirlos en forma anual.

En la presupuestación en base al desempeño, las/los planificadores y formuladores del presupuesto del gobierno deben comenzar con su objetivo de política y, a partir de esa base, determinar las asignaciones del presupuesto y evaluar su **Economía, Eficiencia y Eficacia** (las tres "Es" que suelen mencionar las/los especialistas en presupuestos). La Economía examina el vínculo entre el dinero e insumos – cuánto cuestan los insumos. La Eficiencia examina el vínculo entre los insumos y productos—cuántos insumos se utilizan para generar cada producto. La Eficacia examina el vínculo entre los productos y los resultados—si lo que se produce realmente marca alguna diferencia.

La presupuestación tradicional ignora una importante **Cuarta E—Equidad**. Mientras que la Economía, Eficiencia y Eficacia se consideran en sus sendos pasos, la Equidad debe considerarse en todos los pasos. Por ejemplo, usando un ejemplo de la educación— ¿se paga el mismo sueldo a profesores hombres y mujeres (recursos con relación a insumos); hay igual número de estudiantes varones y mujeres (insumos con relación a productos); y las y los estudiantes salen igualmente bien preparados/as al terminar su educación para poder ganarse la vida con buenos ingresos y lograr el éxito en el mundo exterior (productos con relación a resultados)?

Agregar el género en la presupuestación programática no es difícil. La página del presupuesto que aparece a continuación fue elaborada por funcionarios/as del Ministerio de Salud en Rwanda en uno de los primeros años que usaron la presupuestación en base al desempeño. La página del presupuesto usa un formato que amplía el formato normal de presupuesto de desempeño que se usa en Rwanda agregando una columna para la "dimensión del género." Las demás columnas ya existían en el formato normal. Se las hizo sensibles al género con la manera de especificar los rubros bajo cada encabezamiento.

Referencia: Rhonda Sharp, "Budgeting for Equity: Gender budget initiatives within a framework of performance oriented budgeting" (producido para UNIFEM, 2003).

MINISTERIO DE SALUD	DIMENSIÓN DE GÉNERO	PRODUCTOS	ACTIVIDADES	INDICADORES
1. Combatir el VIH/SIDA	Por razones biológicas, las mujeres y niñas están más vulnerables al VIH/ SIDA que los hombres. Además, en la mayoría de los casos, las mujeres gestantes infectadas con el SIDA trasmiten el virus a su bebé. Las relaciones vigentes de género no dan a las mujeres y niñas mucho poder de protegerse contra relaciones sexuales inseguras. La violencia sexual que se ejerce constantemente contra las niñas les expone a grandes riesgos de infección.	1. El programa de transmisión vertical se integra en 10 centros de salud; 2. 20 sitios del VCT están abiertos para diciembre del 2003; 3. Apoyar la investigación del VIH/SIDA; 4. Vigilancia de casos de sífilis en mujeres gestantes que se realiza cada año; 5. Encuesta nacional desagregada sobre los casos seropositivos vinculados con el VIH/SIDA, aplicada anualmente; 6. el laboratorio realiza un análisis de la biología molecular del VIH, cada año.	El programa de Prevención del VIH/SIDA orientado específicamente a hombres, mujeres, niñas y niños. Emprender en un estudio de prevalencia del VIH a nivel nacional. Promover el acceso a preservativos de uso femenino y masculino. Emprender en un estudio de prevalencia de sífilis. Programas de conscientización para personas en riesgo como prostitutas/os, choferes de camión, personal militar, etc. Hacer disponible el tratamiento para hombres y mujeres. Tomar las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical del VIH.	Porcentaje de mujeres y niñas, hombres y niños infectados/as. Número y porcentaje de mujeres/ niñas y hombres/ niños seropositivos/as que tienen acceso al tratamiento. Número de mujeres/ niñas y hombres/ niños específicamente focalizados/as en la conscientización para la prevención del VIH/SIDA. Disponibilidad y accesibilidad (precio) del preservativo para uso femenino.

MARCO DE GASTOS A MEDIO TÉRMINO (MTEF)

La presupuestación en base al desempeño suele introducirse al mismo tiempo con el marco de gastos a mediano plazo (MTEF). El MTEF es un sistema multi-anual de presupuestación. La legislatura vota tan sólo sobre las cifras para el año venidero, pero se presentan estimados para otros 2-4 años más adelante. Esta forma de presupuestación pretende ayudar al gobierno a planificar mejor. También debe brindar mayores oportunidades para que las legislaturas y sociedades civiles intervengan, ya que se conocen las intenciones del gobierno con anticipación, incluyendo los objetivos proyectados para sus productos. Desde la perspectiva del PSG, el MTEF es útil para calcular cuánto se está planificando para los programas más importantes para la igualdad de género. Además, permite solicitar que los objetivos sean desagregados por sexo cuando esto sea apropiado, y que se establezcan sistemas para recoger los datos necesarios para dar informes correctos.

RECUADRO 19: PRESUPUESTACIÓN EN BASE AL DESEMPEÑO EN EL MINISTERIO DE BIENESTAR PÚBLICO, PAKISTÁN

El gobierno de Pakistán actualmente está en transición hacia la presupuestación en base al desempeño dentro de un marco de gastos a mediano plazo. A nivel nacional, los Ministerios de Bienestar Público y de Salud fueron elegidos para la etapa piloto. El MTEF para el Ministerio de Bienestar Público para el período 2005–8 tuvo los siguientes indicadores de alto nivel para el Ministerio (nacional) y los Departamentos (provinciales) de Bienestar Público.

Descripción	Meta Junio 2008	Medida de desempeño		Estrategia resumida
		Junio 05	Junio 06	
Estimado de usuarios/as de anticonceptivos (millones)	10.757	7.748	8.716	Expansión de los servicios y mejoras en su calidad con una fuerte campaña de incidencia
Fertilidad total (hijos/as por mujer)	3.37	3.90	3.73	Expansión de los servicios, incidencia y actividades de investigación del control de la fertilidad
Prevalencia de anticonceptivos	44.9	38.4	40.6	Incidencia, comunicaciones interpersonales mediante servicios de base comunitaria y ampliación y mejoras en los servicios prestados
Crecimiento poblacional	1.72	1.92	1.83	Todas las estrategias aportan al logro de este objetivo

En términos de metas físicas para la prestación de servicios, el MTEF propuso lo siguiente:			
Intervenciones	**2005–6**	**2006–07**	**2007–8**
Centros de Bienestar Familiar	2,436	2,626	2,803
Centros de salud reproductiva	176	218	269
Unidades de Vasectomía	14	18	21
Unidades de Servicios Móviles	294	298	302
Movilizadores Hombres	5,280	5,980	6,324
HoHD/Plus	6,811	6,916	7,011
RMP/Hakeem/Homeo	48,995	49,860	50,935

MARCOS Y HERRAMIENTAS

Esta sección da algunos ejemplos de diferentes marcos y herramientas que se han usado en las iniciativas de PSG de diferentes partes del mundo. Incluye ejemplos que ilustran cómo se han utilizado con relación a la salud reproductiva u otros temas de interés para el FNUAP.

Los marcos y herramientas no deben verse como "reglas" sobre cómo hay que abordar el trabajo con los PSG. Más bien, debe considerarse como ideas sobre las cuales construir. Cuando sean apropiados, los diferentes marcos y herramientas podrán utilizarse simultáneamente. También hay una gama de otras herramientas que no están incluidas aquí. Esta sección pone su énfasis, mediante los ejemplos, en la necesidad de usar los marcos existentes como puntos de partida y generadores de ideas antes que como un plano detallado.

LAS TRES CATEGORÍAS DE SHARP

El presupuesto de las mujeres del Sur de Australia de los años 1980 utilizó un formato de tres categorías desarrollado por la Economista Rhonda Sharp, que ayudó al gobierno en sus esfuerzos. El enfoque de tres categorías fue diseñado para ayudar a los funcionarios/as públicos con el análisis del presupuesto y como base para su presentación en las declaraciones anuales del presupuesto. No pretendía constituir la base para la formulación de los presupuestos. Estas tres categorías han sido utilizadas desde entonces en varias otras iniciativas de PSG. El gobierno del Sur de Australia presentó una declaración de presupuesto de género cada año – en el día de la presentación oficial del presupuesto al parlamento – que dividía los gastos en tres categorías, a saber:

- **Gastos específicos para las mujeres:** asignaciones a los programas que se destinaban específicamente a grupos de mujeres y niñas. Ejemplos incluían las iniciativas para la salud de mujeres aborígenes, y programas para aumentar el acceso de las jóvenes a la capacitación profesional no tradicional;
- **Igualdad de oportunidades en la administración pública:** asignaciones orientadas hacia los servidores/as públicos/as actuales o potenciales, que promuevan la igualdad de representación de las mujeres en la gerencia y los puestos de decisión, con pago y condiciones de trabajo equitativos. Los ejemplos incluyeron programas de mentores para servidoras públicas y la revisión de las descripciones de funciones para eliminar su sesgo de género;
- **Gastos generales o transversales:** todo el resto de las asignaciones no cubiertas por las dos anteriores categorías. Ejemplos incluyen identificar a las/los usuarios/as de los servicios de salud, asistencia jurídica y contratistas con el gobierno.

Las iniciativas posteriores que utilizaron el enfoque de las tres categorías cambiaron la categoría de "mujeres" al "género." La primera categoría podría incluir, entonces, asignaciones para puntos focales de género así como iniciativas para abordar problemas específicos de grupos de hombres.

Algunas iniciativas de PSG se han enfocado en la primera categoría porque son las más fáciles de ver y medir. Estas asignaciones pueden ser importantes como una forma de "acción afirmativa" o "discriminación positiva" cuando existen brechas, disparidades y resistencias grandes. Sin embargo, enfocarse en la primera categoría implica enfocarse en las migas mientras que otras personas se coman el resto de la torta.

Algunas iniciativas de PSG han reinterpretado la segunda categoría para significar la proporción de la factura de los sueldos y beneficios que se destina para mujeres y para hombres. Ya que una parte tan grande del presupuesto se gasta en los sueldos, especialmente en los sectores como la salud, puede parecer una cuestión importante. Sin embargo, no es la cuestión más importante en términos del presupuesto, ya que el objetivo principal del presupuesto debería ser prestar servicios y promover el bienestar de la población en general, no de las personas de clase media que sean candidatas para la mayoría de los cargos de la administración pública.

Sin embargo, dentro de la salud suele haber preguntas que plantear sobre el personal. En otra parte de este paquete de recursos, examinamos el trabajo de cuidado en base al hogar / la comunidad para las personas afectadas por VIH/SIDA en los países del sur del África, y vimos que las personas que prestan estos servicios reciben poca remuneración o ninguna. En otros países, también, suelen trabajar promotores/as de salud comunitaria, de salud de las mujeres, etc. – en su mayoría mujeres. El trabajo con los PSG deberá verificar si están remunerándose adecuadamente estas personas por el trabajo que realizan y si están laborando bajo condiciones dignas. En muchos países podría también cuestionarse el pago y las condiciones para el personal de enfermería en general. En la mayoría de los países, la profesión de la enfermería está dominada por las mujeres. Su remuneración es importante como política no sólo para dar una compensación apropiada a estas trabajadoras por su labores, sino también porque el pago bajo y las malas condiciones motiva a muchas enfermeras a buscar trabajo en otros países, lo que deja a la ciudadanía sin atención apropiada.

RECUADRO 20: CONTENIDO DE GÉNERO EXPLÍCITO VERSUS IMPLÍCITO

Decidir lo que es pertinente al género y sensible al género y lo que no es, no siempre es obvio. La investigación financiada por UNIFEM en PSG sobre los planes y el presupuesto del Distrito Metropolitano de Quito distinguió entre los programas y proyectos con contenido "explícito" de género y los que tenían contenido de género "implícito". En el sector de la salud, la investigación enumera como contenido explícito las iniciativas tendientes a mejorar "en términos de equidad urbana y rural, equidad de género y generacional, servicios preventivos para proteger la salud física y psicológica." Enumeró como contenido implícito de género una iniciativa para alentar la capacitación de parteras y asistentes de salud primaria, especialmente en las zonas rurales, supuestamente porque estas trabajadoras probablemente serán mujeres y prestarán los servicios principalmente a mujeres.

Referencia: Palán-Tamayo, Z., "Análisis de Género de los Presupuestos, Planes y Programas del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito" en Andia-Pérez et al. Presupuestos sensibles al género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia, UNIFEM, 2004.

LOS CINCO PASOS DEL ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

La iniciativa sudafricana en PSG desarrolló un sencillo enfoque de cinco pasos para el análisis de políticas y presupuestos que desde entonces se ha utilizado en otras iniciativas. Este enfoque se encuadra bien con un enfoque de presupuestación orientado hacia el desempeño. El paso 2 es lo mismo que las "actividades" en la jerga de los presupuestos, el paso 3 a los "insumos," el paso 4 a los "productos" y el paso 5 a los "resultados." El enfoque también se combina bien con un enfoque de derechos. Los cinco pasos son:

1. Análisis de la situación de las mujeres, hombres, niñas y niños en un determinado sector;

2. Evaluación del grado al cual la política sectorial aborda la situación (vista en términos del género) descrita en el primer paso. Este paso incluye una evaluación de la legislación, programas y políticas. Incluye una evaluación de la política escrita e implícita (la que se refleja en las actividades del gobierno). Puede incluir una evaluación del grado al cual la legislación, programas, políticas y actividades cumplen con los derechos socioeconómicos de las mujeres, y otros derechos que tienen las/los ciudadanos;

3. Evaluación de la idoneidad de las asignaciones del presupuesto para ejecutar la política que se ha identificado como sensible al género en el paso 2;

4. Monitoreo para ver si el dinero se gastó según los planes, averiguando qué se entregó y a quiénes;

5. Evaluación si la política en la forma ejecutada cambió la situación descrita en el primer paso, en el sentido de aumentar la igualdad de género.

Los dos primeros pasos habían sido comunes en el trabajo del género antes de introducir el PSG. Los pasos tres, cuatro y cinco agregaron el valor de examinar los presupuestos y recursos.

RECUADRO 21: ABORDAR LOS PROBLEMAS CON EL PASO 4 EN MÉXICO

Desde 2003, la ONG mexicana Fundar ha tenido un proyecto que analiza los gastos del gobierno en el VIH/SIDA. Cuando Fundar examinó el presupuesto federal del 2005, descubrieron que el gobierno financiaba a algunos hospitales nacionales para el VIH/SIDA, aunque algunos de estos hospitales no eran especializados en el tratamiento de la epidemia. Por lo tanto, la organización decidió hacer monitoreo de cómo se utilizaba el dinero.

Durante 2005 Fundar se valió del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) para presentar más de 200 solicitudes formales de información al Departamento de Finanzas, al Departamento Federal de Salud, al Centro Nacional del SIDA y a la Comisión Nacional del Seguro Popular. Fundar pidió que las instituciones que recibían recursos para el VIH/SIDA explicaran cómo utilizaron los recursos. La finalidad principal de la organización fue lanzar una campaña pública para informar a quienes requieren servicios de salud relacionados al VIH/SIDA sobre la disponibilidad de recursos adicionales en los hospitales.

Luego de analizar la información obtenida de las instituciones, Fundar se dio cuenta de que el Ministerio de Salud había asignado algunos de los recursos del VIH/SIDA a hospitales se sufrieron recortes operativos generales, aunque no tuvieran ningún componente para el VIH/SIDA. Muchos de estos hospitales no estaban usando los fondos para fines relacionados con el VIH/SIDA. Tres de las siete instituciones que recibieron recursos para el VIH/SIDA reclasificaron los fondos para "Servicios Generales." De modo que gastaron el dinero marcado para el VIH/SIDA en servicios financieros, limpieza y seguridad, y mantenimiento de edificios y vehículos.

Entonces, Fundar desarrolló una estrategia de incidencia para cuando el Ministerio de Finanzas planteara la Propuesta del Presupuesto para el 2006. La estrategia incluyó trabajo con el IFAI así como el Contralor Interno y comisiones del Congreso Nacional, y con otras organizaciones de la sociedad civil.

Su incidencia produjo incrementos notables en las asignaciones para el VIH/SIDA. Estas incluyeron un incremento de 71 millones de pesos para el programa de investigación y tratamiento del VIH/SIDA en los Institutos Nacionales de Enfermedades Respiratorias y de Cáncer. Estos dos institutos habían trabajado con Fundar y las otras organizaciones, explicando su trabajo y cuánto necesitaban para poder prestar servicios adecuados. También incluyó 100 millones de pesos para CENSIDA, el Centro Nacional para el SIDA, para gastarlos en la prevención. A más de los recursos adicionales, Fundar espera que su intervención produzca mejores controles en el futuro para asegurar que las asignaciones para el VIH/SIDA sean gastadas para este mismo fin.

Fuente: Comunicación personal, Helena Hofbauer

PASOS Y PREGUNTAS ELABORADOS POR UNIFEM REGIÓN ANDINA

Cuando algunos grupos en los países de la región andina comenzaron a trabajar con los PSG a nivel local, adaptaron las herramientas que se habían utilizado en otros países, y encontraron que no podían utilizar algunas herramientas por la falta de información necesaria. Con otras herramientas, consideraban que había brechas importantes que necesitaban llenarse.

En particular, las investigadoras consideraban que las herramientas normales no abarcaban las cuestiones institucionales como el proceso presupuestario; cómo se formulan los presupuestos; si esto sucede en forma centralizada o descentralizada; y cuáles son los mecanismos para ejecutar los gastos públicos. También querían saber en qué grado los diferentes gastos eran previamente determinados (por ejemplo, porque ya había un gran personal establecido, o porque el gobierno central imponía los usos de los recursos) o había la flexibilidad que permitiría reasignarlos a prioridades de género.

Con relación al marco institucional, las investigadoras sugirieron las siguientes preguntas, que pueden considerarse como una herramienta adicional:

- ¿Cuáles sistemas existen para la administración financiera y cómo están relacionados entre sí?
- ¿Cuál es el marco jurídico del sistema de presupuesto?
- ¿Cuál tipo de información genera el sistema presupuestario? ¿Cómo se presenta (por rubros, por programas, etc.) y hasta cuál nivel está desagregada?
- ¿Cuáles son las etapas del proceso presupuestario?
- ¿Cómo funciona el proceso de formulación y aprobación del presupuesto? (calendario, actores/as involucrados, y sus áreas de jurisdicción)
- ¿La formulación del presupuesto incluye mecanismos para la distribución territorial? (Por ejemplo, ¿usa indicadores de la pobreza?)
- ¿Cuál metodología se usa para formular el presupuesto (por rubros de gastos, por programas, o de otra manera)?
- ¿Cuáles mecanismos existen para reprogramar el presupuesto? (una vez aprobado el presupuesto de apertura, ¿cuáles mecanismos se usan para reprogramarlo?)
- ¿Cuáles condiciones se requieren para ejecutar proyectos con financiamiento privado o externo? (por ejemplo, si se requiere contraparte del gobierno, y cuáles porcentajes)
- ¿Cuáles mecanismos estatales de control y supervisión existen?

También sugirieron un conjunto de preguntas que deben hacerse en la situación de un gobierno descentralizado, y sugirieron preguntas sobre la participación de la sociedad civil, y la participación de las mujeres en particular, en la formulación del presupuesto, su supervisión y evaluación.

Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z. y Zabalaga-Estrada, C., "Presupuestos Sensibles al Género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia," UNIFEM, 2004.

GUÍA MEXICANA PARA FORMULAR PRESUPUESTOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

En 2004 el Ministerio de Salud de México publicó su Guía para la Formulación de Presupuestos Sensibles al Género en el Sector de la Salud. La guía fue un esfuerzo conjunto del Ministerio y dos ONGs mexicanas: Fundar, organización de análisis presupuestario, y Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, organización para los derechos de las mujeres. La guía pretendía ayudar a las/los planificadores gubernamentales a diseñar políticas y presupuestos sensibles al género.

La introducción a la Guía dice claramente que formular presupuestos sensibles al género no es cuestión de contabilizar cuánto dinero se gasta en servicios para las mujeres. Más bien, se trata de asignar dinero a las actividades que eliminen las barreras de género (principalmente) a las mujeres (y también para algunos hombres) en su acceso a los servicios de salud.

La guía propone seis pasos—dos en cada una de tres categorías—para formular los presupuestos sensibles al género:

- Diagnóstico 1: Revisar el Diagnóstico por el Ministerio de Salud sobre la situación de salud, usando una perspectiva de igualdad de género
- Diagnóstico 2: Analizar las desigualdades de género que no se abordan
- Programación 1: Determinar los componentes y acciones programáticos para abordar las desigualdades identificadas
- Programación 2: Determinar las prioridades utilizando el diagnóstico sensible al género de las situaciones de salud
- Presupuestación 1: Asignar los recursos para abordar las desigualdades de género
- Presupuestación 2: Diseñar indicadores para medir y controlar los resultados

Las tres categorías para este marco coinciden muy estrechamente con los primeros tres pasos del enfoque de cinco pasos. Pero en este caso los pasos se expresan más claramente como acciones que deben tomar las/los servidores públicos al formular los presupuestos, mientras que el enfoque de los cinco pasos está diseñado para el análisis a más de la formulación de los presupuestos.

La guía mexicana pone énfasis en la priorización de las estrategias y acciones que lograrán el mayor impacto para la igualdad de género. La guía anota que, especialmente en las primeras etapas del PSG, no se trata de reformular los programas existentes por completo. Más bien se trata de incorporar incrementalmente los criterios de igualdad de género dentro de cada paso y con el tiempo, para que los pasos posteriores tomen en cuenta el género. La guía sugiere varias interrogantes para ayudar a incorporar el género en lo existente:

- ¿En cuáles de los encabezamientos existentes pueden incluirse recursos dirigidos hacia acciones para lograr la igualdad de género?
- I¿En cuáles de los componentes establecidos de la presupuestación pueden incluirse nuevos encabezamientos (o subprogramas) para asignar recursos para la igualdad de género?
- ¿Es necesario asignar recursos para crear datos (en los sistemas existentes o nuevos de información) que reflejen las posibles desigualdades de género que afecten la salud en los aspectos cubiertos por el programa?
- ¿Algunos recursos necesitan dirigirse hacia grupos determinados para abordar sus necesidades específicas?

Referencia: Fragoso, L.P., y Granados, R.L.R., “Guía para la Formulación de los Presupuestos Públicos en el Sector de la Salud usando una Perspectiva de Género,” Ministerio de Salud, Ciudad de México, 2004.

CATEGORIZACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE GÉNERO A PROGRAMAS DE VIH/SIDA

En 2002, una consulta de la Organización Mundial de la Salud propuso un marco para el análisis de género en las actividades de VIH/SIDA. El marco no hace referencia directamente a los presupuestos, pero podría ser útil para el análisis del PSG no obstante.

El marco sugiere que hay un amplio espectro de enfoques para abordar el género en los programas de VIH/SIDA, que van desde los que son perjudiciales para el género hasta los que empoderan en términos de género, como siguen:

- Las intervenciones que causan daños fortaleciendo los estereotipos de género que directa o indirectamente fomentan la epidemia;
- Las intervenciones sensibles al género que reconocen que las necesidades masculinas y femeninas suelen diferir y encuentran maneras de satisfacer esas necesidades diferentemente;
- Las intervenciones transformadoras de género que abordan las diferencias de género pero también van más allá, creando las condiciones en las cuales las mujeres y los hombres pueden experimentar con nuevos comportamientos con el fin de crear roles y relaciones más equitativos;
- Las intervenciones estructurales y transformadoras que van más allá de la salud para empoderar a las mujeres y las niñas para de esta manera cambiar la dinámica económica y social de los roles y relaciones del género.

La publicación de la OMS que presenta este marco reconoce que "en toda sociedad hay muchas clases de masculinidad y feminidad que varían según la clase social, etnicidad, sexualidad y edad." El informe señala los daños posibles por las intervenciones diseñadas para tratar a mujeres y hombres de exactamente la misma manera, ignorando sus diferencias de situación, necesidades y responsabilidades.

Referencia: Organización Mundial de la Salud, "Integrating Gender into HIV/AIDS Programs," Consulta de expertos/as, 3–5 junio 2002, Ginebra, 2002.

HERRAMIENTAS PROPUESTAS PARA EL ANÁLISIS DE LOS PSG

Seis herramientas de Diane Elson

A mediados de los años 1990 la Secretaría de la Mancomunidad Británica comisionó a Diane Elson para desarrollar "herramientas" para el análisis del PSG. El estudio que hizo Ms. Elson de la bibliografía le permitió concretar las siguientes seis ideas para herramientas:

Un diagnóstico de las políticas con conciencia de género implica un análisis del presupuesto con sus políticas y prácticas relacionadas. Este diagnóstico usualmente se enfoca en un sector específico. Implica un análisis tanto cualitativo como cuantitativo. Esta herramienta es de uso común por los grupos de la sociedad civil. También puede ser utilizada por el gobierno, por ejemplo cuando se informa a la CEDAW. Es una herramienta útil al comienzo de una iniciativa de PSG ya que da una imagen general del sector.

El diagnóstico a las/los beneficiarios/as es una manera de escuchar las voces de las/los ciudadanos/as (y de personas que no sean ciudadanas) sobre las prestaciones del gobierno. Idealmente, este diagnóstico debería incluir a potenciales beneficiarios/as así como actuales, para averiguar por qué algunas personas no acceden a los servicios. El diagnóstico puede enfocarse en servicios particulares, o puede preguntar a la ciudadanía sobre los servicios que consideran importantes. El diagnóstico puede usar métodos cualitativos y cuantitativos. El gobierno y la sociedad civil pueden utilizar esta herramienta.

El análisis de impacto de los gastos públicos, desagregado por el género implica un análisis cuantitativo que multiplica el costo unitario de prestar un determinado servicio por el número de unidades prestadas a beneficiarios hombres y mujeres. Un análisis más sofisticado combina el género con otras variables, como los quintiles de gasto. Este enfoque es difícil hacerlo con respecto a servicios que no se prestan a individuos, como la electricidad o el agua. También depende de contar con los datos disponibles sobre el uso de los servicios, por ejemplo de una encuesta de hogares. Este análisis usualmente lo realizan los grupos investigadores o el Banco Mundial.

RECUADRO 22: GÉNERO Y SESGOS EN LOS GASTOS PARA LA SALUD EN MARRUECOS

El Informe Económico y Financiero de Marruecos para el año del presupuesto 2006 incluyó por primera vez todo un capítulo completo sobre el género. En el análisis del Ministerio de Salud, este capítulo describe un análisis de impacto de la salud pública. En general, el estudio encontró que las mujeres obtienen en promedio 114 dirhams de beneficio de la inversión infraestructural, mientras que los hombres obtienen un beneficio de 93 dirhams. Sin embargo, aparte de la salud primaria, las mujeres más pobres se benefician menos por los gastos en servicios de salud que los hombres. Por ejemplo, las mujeres más pobres se beneficiaban de tan sólo el 7% de los gastos hospitalarios que se destinaron a las mujeres, mientras que los hombres más pobres se beneficiaban del 12–13% de los gastos hospitalarios para hombres. En general, el quintil más pobre de mujeres recibió tan sólo el 11% de todos los gastos en salud que beneficiaron a las mujeres, mientras que el quintil más rico recibió el 40%.

En el **análisis del impacto del presupuesto sobre el uso del tiempo** se pregunta cómo el presupuesto y los servicios que éste paga influyen en cómo pasan su tiempo las mujeres y hombres, niñas y niños. Los estimados precisos del impacto requieren datos sobre el uso del tiempo. Si no están disponibles datos sobre el uso del tiempo, una evaluación menos exacta puede hacerse en base al análisis lógico. Este análisis usualmente se hace dentro de la sociedad civil pero también debería hacerlo el gobierno.

Mediante el término del **marco para la política económica a mediano plazo con conciencia de género**, Elson se refería a dos sub-herramientas. La primera sub-herramienta implica insertar los elementos del género en los modelos macroeconómicos que muchos países usan para determinar cuáles recursos están disponibles al comienzo de su ciclo presupuestario, y determinar cuál será el impacto económico a nivel general, sectorial, familiar e individual de las diferentes políticas macroeconómicas. El género puede insertarse desagregando las variables de la oferta laboral del modelo. Si están disponibles datos sobre el uso del tiempo, se puede enmendarse el modelo también para incluir la economía de cuidado no remunerado. Los modelos macroeconómicos usualmente se manejan en el gobierno o sus organismos. La segunda herramienta implica un marco económico a mediano plazo con conciencia de género, es decir, un enfoque de presupuestación para años múltiples que toma en cuenta las consideraciones del género. Por lo que la introducción de un marco presupuestario a mediano plazo (MTBF) usualmente sucede conjuntamente con la introducción de la presupuestación en base al desempeño, un importante aspecto de usar esta sub-herramienta implica desarrollar indicadores de productos y resultados que sean sensibles al género.

Las **declaraciones sobre los presupuestos sensibles al género** usualmente son desarrolladas por el gobierno para presentarlas en el día de hacer público el presupuesto. Las declaraciones son una herramienta para la rendición de cuentas mediante la cual el gobierno puede mostrar a las/los parlamentarias/os y la sociedad civil lo que está haciendo para promover la igualdad de género. La declaración sobre el presupuesto puede aprovechar información de muchas de las demás herramientas. Esta declaración tiene más probabilidad de institucionalizarse si hay un formato establecido. Esto es más fácil hacer cuando el gobierno use la presupuestación en base al desempeño.

Otras herramientas que están usándose para los PSG

Elson propuso sus herramientas como ideas para dar inicio al PSG en diferentes países. Otras personas han desarrollado otras maneras de examinar los presupuestos desde una perspectiva de género. El costeo es un enfoque cuantitativo que pretende sacar un estimado de lo que cuesta o debería costar un

determinado programa o política. Este estimado puede compararse, entonces, con lo que el gobierno efectivamente gasta en un determinado problema o servicio. El uso del costeo respecto a los ODMs se trata en otra parte de este paquete de recursos. A continuación damos un ejemplo de un costeo más específico de tramitar las órdenes de protección bajo la Ley sudafricana de Violencia Doméstica.

RECUADRO 23: COSTOS DE EJECUTAR LA LEY SUDAFRICANA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

En 1999 el parlamento sudafricano aprobó la Ley de Violencia Doméstica. La protección más importante que dispone esta Ley es la orden de protección que puede obtener la persona maltratada contra su maltratante. A principios del 2005, el Centro para el Estudio de la Violencia y la Reconciliación (CSVR) investigó en nueve tribunales y centros policiales en tres provincias para averiguar cuánto tiempo (y por ende cuánto dinero del gobierno) se gastaba emitiendo estas órdenes. El CSVR entrevistó a secretarios/as de las cortes, magistrados/as, fiscales y policías sobre las actividades que realizan para ejecutar la Ley, y cuánto tiempo requiere cada actividad. Las principales actividades fueron:

- Los secretarios/as de la corte usualmente ayudan a las solicitantes a completar los formularios. A veces los policías también ayudan a las mujeres con sus solicitudes de órdenes de protección.
- El magistrado/a decide si otorgar una orden interina de protección.
- En una fecha cuando se vence la orden, el magistrado/a realiza una audiencia si ambas partes están presentes, y decide si otorgar una orden definitiva.
- Un alguacil o la policía entrega la orden al acusado y a la solicitante. La solicitante usualmente paga los honorarios del alguacil a menos que ella pueda comprobar que es sumamente pobre.
- La policía arresta y detiene a los hombres reportados por violar la orden de protección.
- Los magistrados/as y fiscales cumplen sus roles cuando los hombres comparecen ante la corte por violar la orden.

Para calcular el costo al gobierno para ejecutar la Ley, el CSVR multiplicó el tiempo promedio para cada actividad por el porcentaje de casos en los cuales se aplican y el costo del personal implicado. Esto sumó R245,03 por caso. Esto tan sólo cubre los costos del personal. No incluye los costos como papelería, alquiler, ni personal de apoyo. También utiliza el sueldo del menor nivel jerárquico posible del personal para cada actividad.

Conjuntamente, las cortes y la policía en los nueve sitios deben haber gastado aproximadamente R6,4m procesando casi 26 mil solicitudes de órdenes de protección en el 2004. Los registros del gobierno muestran que se otorgaron 114.142 órdenes de protección en Sudáfrica entre marzo del 2004 y febrero del 2005. Esto debe de haber costado al gobierno aproximadamente R28m para los servicios judiciales y policíacos. Pero todavía era muy poco para lograr el objetivo de la Ley de eliminar la violencia doméstica del país.

CSVR ha presentado los resultados de la investigación a los diferentes organismos responsables de ejecutar la Ley y también al Tesoro. Todos/as han expresado interés en colaborar más con la organización para elaborar los lineamientos que aseguren una ejecución apropiada de la Ley y presupuestos adecuados para lograrlo.

Referencia: Vetten, L., Budlender, D. y Schneider, V., "The Price of Protection: Costs of implementation of the Domestic Violence Act," Centre for the Study of Violence & Reconciliation, Programa de Género, Informe sobre Políticas No. 02, Johannesburgo, Octubre 2005.

El **sistema de monitoreo comunitario** (CBMS) es una forma de monitoreo local del bienestar comunitario y familiar que se desarrolló como respuesta a la necesidad de una fuente regular de información actualizada a nivel local. El sistema se desarrolló con el apoyo financiero y técnico del Centro Internacional de Investigación del Desarrollo (IDRC) y para el 2005 se había ejecutado en 14 países. En la mayoría de estos países el gobierno es el actor principal, pero usualmente hay alguna forma de participación comunitaria también. A fines del 2004 UNIFEM e IDRC reunieron a sus contrapartes para tratar cómo el CBMS podría utilizarse para facilitar el PSG a nivel local. Las ideas desarrolladas mediante estas conversaciones están sometiéndose a pilotajes en Senegal y las Filipinas.

Aunque el método y sus instrumentos difieren un poco de un país a otro, en todos los países las principales herramientas del CBMS son cuestionarios familiares y comunitarios. Una de las tareas en los pilotajes del CBMS-PSG es averiguar cómo adaptar estos instrumentos (a) para que sean más sensibles al género y (b) para que brinden información pertinente para la planificación y presupuestación.

Los siguientes son algunos ejemplos de cómo se ha modificado el cuestionario familiar para Senegal. En términos de salud, el cuestionario incluía preguntas sobre los usos individuales de los servicios de salud. Se ha agregado una pregunta sobre cuáles individuos acompañaron a otras personas cuando acudieron al servicio de salud. Ésta es una cuestión de género porque usualmente esta tarea es de las mujeres. Una opción para las enfermedades reproductivas se ha agregado para la pregunta sobre las razones de acudir para atención médica. Se ha agregado la opción de cuidado recibido de otras personas en el hogar para la pregunta preguntando por qué la persona, aunque se enfermó, no acudió al centro de salud. La sección sobre la migración se ha cambiado para cubrir la migración interna a más de la internacional. Esto debe hacer que el cuestionario sea más sensible al género, ya que generalmente – por factores sociales y otros – las mujeres senegalesas tienen menos probabilidad de emigrar fuera del país. Las preguntas sobre el trabajo se han reformulado para incluir opciones más aptas para captar los tipos de trabajo informales y especiales que suelen hacer las mujeres. Para las hijas/os cuya madre y padre no viven dentro del hogar, el cuestionario ahora distingue entre el caso en que el padre / la madre vive en otro lugar y el caso en que falleció. Es probable que se distribuyan estas situaciones de modo diferente para madres y padres. En una zona de Senegal, también se ha agregado al CBMS un módulo sobre el uso del tiempo.

Referencia:Budlender, D., Reyes, C. y Melesse, M., "Gender-responsive budgeting through the CBMS Lens: Implementing the Community-Based Monitoring System in a way that facilitates gender-responsive budgeting," 2005

CIRCULARES PRESUPUESTARIAS Y PRESENTACIONES DE PRESUPUESTOS SENSIBLES AL GÉNERO

Muchas de las herramientas ya descritas implican el análisis de los presupuestos en términos del género. Tal análisis subyace a la mayor parte del trabajo con los PSG de alguna manera. Sin embargo, a fin de cuentas, hay que avanzar más allá del análisis e influir en los presupuestos. Para hacer esto, las **circulares presupuestarias y presentaciones de presupuestos sensibles al género** constituyen dos importantes herramientas. Las circulares presupuestarias son los avisos oficiales que emite el Ministerio de Finanzas o su equivalente cerca del comienzo de cada ciclo presupuestario. Esta circular se dirige a todo organismo que realiza gastos (ministerios, departamentos, otras instituciones financiadas por el gobierno). La circular usualmente dice a cada entidad cuál será el "techo" del presupuesto para el siguiente año, es decir cuánto el Ministerio de Finanzas piensa asignar a esa agencia. La circular también da una serie de otras instrucciones a los organismos sobre cómo deberían construir y formatear el borrador del presupuesto para el año entrante y cómo deberán presentar sus justificaciones para este presupuesto. Entonces, cada organismo usa este formato para elaborar su respectivo presupuesto que se entrega al Ministerio de Finanzas para su inspección y negociación, antes de que pase al Gabinete.

El formato de los documentos a entregar para el presupuesto difiere ampliamente entre de un país a otro. Algunos consisten principalmente en cuadros de números. Otros – especialmente cuando los países están avanzando hacia la presupuestación en base al desempeño – incluyen bastante información narrativa. Estos documentos generalmente no son públicos sino que son los documentos internos de trabajo del gobierno. Sin embargo, si la circular dice que el género debe reflejarse en los borradores, y que será considerado como criterio importante durante las negociaciones, éste puede ser un incentivo importante para los organismos, para hacer sus presupuestos de manera sensible al género. Y mientras más claramente la circular especifique cómo incluir el género, más probable es que las agencias consideren el asunto detenidamente y especifiquen de manera clara lo que pretenden hacer.

Varios países han dado el paso ya de mencionar el género en su circular presupuestaria. Algunos sólo piden que los organismos especifiquen acciones orientadas hacia las mujeres. Otros dicen simplemente que el "género debe tomarse en consideración." Idealmente, cualquier circular que mencione el género necesita acompañar la documentación y capacitación para ayudar a las/los funcionarios de los organismos a "acatar la instrucción sobre el género."

ACTORES/AS, ACTIVIDADES Y ENFOQUE

Esta sección analiza los diferentes actores/as que podrían participar en las actividades del PSG y presenta algunas opciones en términos del enfoque del trabajo presupuestario. Mientras que las otras secciones hablan del enfoque en términos temáticos, esta sección habla de enfocar en términos de alcance (sectores, nivel de gobierno, etc.) así como en términos de actividades (investigación, incidencia, etc.). Finalmente, la sección señala las etapas típicas del ciclo presupuestario y sugiere posibles intervenciones para diferentes etapas, en particular para la sociedad civil.

ACTORES/AS Y ACTIVIDADES

El objetivo final del PSG es que el país tenga y ejecute presupuestos y programas que tomen en cuenta las necesidades de hombres y mujeres, niñas y niños. A estas alturas, ningún país cuenta con un presupuesto perfectamente sensible al género, pero el PSG ha ayudado a algunos países a desarrollar presupuestos que son más sensibles de lo que eran, al menos en algunos aspectos.

Para lograr el objetivo máximo, el trabajo con los PSG incluye toda una serie de diferentes estrategias, herramientas y actividades. Algunas de estas actividades implican diferentes formas de análisis que desglosan y revelan hasta dónde el presupuesto y los programas actualmente son sensibles al género. El análisis puede ser realizado desde fuera del gobierno, por investigadores/as, académicos y organizaciones de la sociedad civil. Idealmente, también deben hacer análisis las/los parlamentarias/os y funcionarios/as públicos responsables de formular los presupuestos.

Algunas de las actividades de PSG implican establecer sistemas y procesos que ayudan a revelar hasta qué punto los programas y presupuestos sean sensibles al género y así ayudar a quienes quieren avanzar hacia la igualdad de género. La sociedad civil puede hacer incidencia por los sistemas y procesos sensibles al género, pero finalmente son el gobierno y el parlamento los que tienen que establecerlos.

Por ejemplo, una declaración sobre el presupuesto con conciencia de género es un documento de rendición de cuentas producido por el gobierno para mostrar lo que están haciendo sus programas y presupuestos con respecto al género. Contar con una declaración sobre el presupuesto sensible al género no es suficiente para significar que el gobierno ya tiene un PSG. Pero en el proceso de elaborar dicha declaración, los funcionarios/as públicos pueden darse cuenta de los vacíos en lo que están haciendo. Además, cuando los parlamentarias/os y el público leen la declaración del presupuesto consciente del género, podrán apreciar tanto sus fortalezas como sus debilidades y tomar acción, como por ejemplo haciendo incidencia para tratar de remediar las debilidades.

Ya que las iniciativas de PSG tienen diferentes finalidades, pueden incluir una gama de diferentes actividades. La mayoría de las iniciativas de PSG no incluyen todas las actividades, aunque una iniciativa usualmente necesitará incluir más de una actividad si ha de ser exitosa. Las actividades más comunes en las iniciativas de PSG incluyen:

- Investigación: Usualmente realizada desde fuera del gobierno, como base para la incidencia;
- Incidencia: Usualmente realizada desde fuera del gobierno, pero también puede ser necesario que actores/as dentro del gobierno y parlamento hagan incidencia por el PSG;
- Monitoreo: Éste es un rol clave del parlamento, pero el propio gobierno debe hacer monitoreo como parte de su función administrativa, y la sociedad civil querrá hacer monitoreo de la ejecución del presupuesto;
- Capacitación: La capacitación puede implicar todos los actores/as, pero usualmente debe hacerlo en talleres por separado por todos los diferentes conocimientos y funciones de los diferentes actores/as;
- Conscientización: Usualmente se enfoca en quienes no se espera que cumplan un rol clave, pero cuyo apoyo se requiere. Así, puede orientarse hacia el público en general (para conseguir apoyo para las exigencias de la incidencia) y los altos funcionarios/as públicos (para conseguir su compromiso con la actividad de PSG dentro de sus organismos);
- Análisis y diseño de políticas: Éste es el rol del gobierno. El PSG es una forma de análisis político, y una de las finalidades de la mayoría de las iniciativas de PSG es que el gobierno institucionalice el PSG en sus actividades cotidianas y anuales con relación al presupuesto.

Como lo ilustra esta lista, los actores/as del PSG pueden incluir al gobierno, parlamento, sociedad civil, académicos/as y actores internacionales como donantes e IFIs. Dentro de cada una de estas categorías, hay más sub-categorías. Por ejemplo, dentro del gobierno, las iniciativas de PSG pueden incluir al Ministerio de Finanzas, ministerios de género/mujeres, y ministerios sectoriales. Dentro de lo sectorial, pueden implicar a los altos niveles de decisión, los funcionarios/as del presupuesto, las personas que formulan políticas a nivel medio, y los puntos focales de género.

La lista de participantes en cada país dependerá, entre otros factores, de quién inicia el PSG, cuáles son sus objetivos, cuáles son los principales asuntos de género en el país, las fortalezas y debilidades de las diferentes partes del país, la posición política y de género en diferentes grupos, y las iniciativas de desarrollo existentes. Encontrar a las personas apropiadas, y ayudarles cuando sea necesario para que adquieran la experticia necesaria, se enmarca en el objetivo más amplio de los organismos de la ONU y otros, de reforzar la apropiación nacional del proceso de desarrollo.

RECUADRO 24: ELEGIR QUIÉN DEBE HACER LA INVESTIGACIÓN

La publicación que reúne el análisis del trabajo con los PSG en varios países andinos reflexiona sobre las fortalezas y debilidades de que diferentes actores/as sean investigadores/as. Encontraron que, aunque las/los consultoras externas producían documentos de alta calidad, hubo limitaciones en cuanto a la sustentabilidad e impacto político del trabajo, porque el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil podrían percibir que la investigación "viene de afuera". La investigación realizada por ONGs a veces era menos "experta" en términos de calidad, pero era más probable que fuera sostenible, ya que las ONGs tendían a continuar trabajando con la temática aunque terminara el financiamiento específico. En Cuenca, donde una funcionaria municipal fue una de los investigadores/as, el proyecto tuvo mayor acceso a la información. Sin embargo, la funcionaria tuvo tiempo limitado para dedicarlo al proyecto por sus demás responsabilidades.

Referencia: Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z. y Zabalaga-Estrada, C., "Presupuestos sensibles al género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia," UNIFEM, 2004.

RECUADRO 25: REPRESENTANTES PÚBLICOS - NO SIEMPRE A FAVOR DE LA TRANSPARENCIA

Mazdoor Kisan Shakti Sangathan (MKSS) es una organización campesina y trabajadora con sus bases en Rajasthan Central, el estado más grande de la India. Una de las estrategias de MKSS es organizar audiencias públicas en las cuales los pobladores/as analizan los fondos para el desarrollo gastados en los proyectos patrocinados por el gobierno en sus comunidades. Antes de la audiencia, MKSS recoge y organiza la información y luego sus voluntarios/as llevan la información de casa en casa, compartiéndola y verificando que coincida con lo que saben las familias campesinas. Luego de cada audiencia, MKSS elabora un informe formal que envía a los altos funcionarios/as públicos del estado, a los medios de comunicación social, y a otros grupos participantes en la campaña.

Pese a que supuestamente representan a la ciudadanía, las/los representantes electos en Rajasthan Central no siempre se contentan con el trabajo de MKSS. En el año 2002, unos 300 representantes electos de las aldeas manifestaron delante de la legislatura del estado, exigiendo que se reformara la ley sobre el derecho a la información. Dijeron que la ciudadanía estaban usando la ley para "acosarles".

Pero el gobierno estatal apoya el trabajo de MKSS. Ha introducido el requisito de que se hagan audiencias públicas a nivel de aldea cada año. Como parte de estas audiencias, las/los residentes de las aldeas votan sobre una resolución para verificar si los proyectos de desarrollo en su aldea han sido cumplidos con éxito.

Referencia: Ramkumar, V., "Case study, Part 2: The Right to Know Movement in India." Making Change Happen, Just Associates, 2002.

http://www.justassociates.org/MKSS%20Case%20Study%20Section%20II.pdf

EL ENFOQUE DEL TRABAJO CON PSG

A más de los diferentes actores/as y actividades, las iniciativas de PSG pueden focalizarse en diferentes sentidos. Algunas se enfocan en el proceso presupuestario, y en quiénes participan en las diferentes fases. Otras consideran el proceso presupuestario en términos de cuáles actividades son más apropiadas en cada etapa, pero no consideran que la participación es su preocupación principal. Algunas iniciativas de PSG se enfocan en el presupuesto nacional, mientras que otras examinan los presupuestos seccionales. Algunas examinan todo el presupuesto a un determinado nivel, mientras que otras se enfocan en un determinado sector (como por ejemplo la salud), o en asuntos específicos (como el VIH/SIDA o la violencia de género) que pueden relacionarse con partes del presupuesto de varios diferentes organismos.

Al enfocarse en un sector, algunas iniciativas de PSG examinan todo el presupuesto del sector. Otras eligen unos pocos programas para enfocarse. Por ejemplo, en Rwanda la iniciativa de PSG examinó a cuatro ministerios. Dentro de cada ministerio, las funcionarios/as públicos identificaron los seis subprogramas que recibieron las mayores asignaciones y se analizaron éstos desde una perspectiva de género. Este enfoque se eligió para asegurar que el trabajo con los PSG se concentrara en el financiamiento principal antes que realizar mucho análisis de unas pocas "migas" asignadas a algún proyecto de género.

El principal enfoque del trabajo con los PSG está en los presupuestos de los gobiernos. Sin embargo, especialmente en un sector como la salud, es importante comprender el rol de las fuentes no gubernamentales. Éstas podrían incluir tanto las que no tienen fines de lucro como las empresariales. Los

aspectos a investigar incluyen la relativa amplitud y calidad de los servicios prestados por los diferentes actores/as, quiénes usan los diferentes servicios, cuáles subsidios proporciona el gobierno para los diferentes actores/as que prestan los diferentes servicios, en qué maneras el gobierno regula a otros actores/as, y los cobros a usuarios/as para los diferentes servicios y actores/as.

RECUADRO 26: DECISIONES EN UN SISTEMA DESCENTRALIZADO

En el 2000 la Iniciativa de Presupuestos de las Mujeres Sudafricanas encargó un estudio de cómo los gobiernos nacional, provincial y local se interrelacionan en la formulación de políticas, presupuestación y ejecución de nuevas políticas en materia de salud. El documento se elaboró seis años después del final del apartheid, cuando muchos cambios todavía se daban tanto en términos de políticas como en términos de la estructura del gobierno. El estudio anotó que la mayoría de los cambios se implantaban mediante estructuras que operaban de arriba hacia abajo. Esto tiene una dimensión de género, porque las personas de "abajo" en la estructura tienden a ser mujeres, mientras que los hombres se concentran en los niveles superiores.

El estudio examina las relaciones y el poder, dentro de los servicios de salud y entre quienes prestan y ocupan los servicios. Averigua quiénes toman las decisiones, especialmente sobre los recursos financieros. Pregunta si hay transparencia en las decisiones, si se valora a la gente a todo nivel, y si se toman en cuenta su experiencia y sus conocimientos.

Referencia: Klugman, B. y McIntyre, D., "From Policy, through Budgets, to Implementation: Delivering quality health-care services," Women's Budget Initiative: El Cabo, 2000.

EL CICLO PRESUPUESTARIO Y OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN

Por qué es importante entender el ciclo presupuestario

Los presupuestos son herramientas políticas. Una serie de actores/as participan del proceso de elaborarlos, y cada actor/a promoverá su propia agenda. Una de las finalidades de muchas iniciativas de PSG es promover mayor participación en el proceso presupuestario, especialmente por la ciudadanía del país, así como los parlamentarias/os, en particular las parlamentarias mujeres. La mayor participación de las parlamentarias, la salud reproductiva y otros grupos conscientes del género podrían ayudar a plantear cuestiones del género en una primera etapa.

Para las iniciativas interesadas en aumentar la participación, es esencial comprender el proceso presupuestario vigente y explorar las oportunidades de mayor participación. Examinar el proceso (o "ciclo") presupuestario también es útil para las iniciativas de PSG que tienen otros objetivos, para ver dónde existen oportunidades para la intervención, y evitar que se postergue la intervención hasta que sea muy tarde y la única opción disponible sea criticar lo que está mal.

Las descripciones del ciclo presupuestario tienden a diferir según quiénes lo describan. Por ejemplo, el Ministerio de Finanzas usualmente describirá un proceso en el cual el Ministerio es el actor central, dejando de mencionar algunos otros actores/as que cumplen o podrían cumplir un rol importante. Los actores/as específicos diferirán entre países. Por ejemplo, en algunos países el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional desempeñan roles poderosos, aunque no consten en las descripciones del proceso presupuestario formal.

Pasos típicos en el proceso del presupuesto nacional

El momento cuando el presupuesto se presenta ante el parlamento es la parte más pública del proceso. Sin embargo, esta presentación constituye tan sólo una etapa del proceso presupuestario. En todos los países, el proceso presupuestario a nivel nacional incluirá las siguientes etapas:

- El Ministerio de Finanzas estima los ingresos disponibles para el año entrante. Los ingresos disponibles se basa en la situación macroeconómica del país y lo que puede obtener el país en ingresos mediante impuestos, subvenciones, préstamos y otras fuentes. Los ingresos disponibles, conjuntamente con una decisión sobre el déficit del presupuesto, establecen el "techo" del dinero disponible para gastarlo.
- El Ministerio de Finanzas envía una "circular presupuestaria" a todos los organismos (por ejemplo los ministerios y otras instituciones públicas), pidiendo que presenten propuestas para el presupuesto del próximo año. La circular suele indicar un "techo" presupuestario para cada organismo. En algunos casos, se enviarán circulares por separado para el presupuesto recurrente y él de desarrollo; en cuyo caso el Ministerio de Finanzas usualmente lidera el presupuesto de gastos recurrentes y la Comisión de Planificación (o cualquier entidad que realice esa función) lidera el presupuesto de desarrollo.
- Los organismos elaboran sus propuestas presupuestarias y las negocian con el Ministerio de Finanzas (y quizá con la Comisión de Planificación o su equivalente).
- El Gabinete revisa la propuesta consolidada elaborada por el Ministerio de Finanzas (y quizá por la Comisión de Planificación).
- Se presenta y trata el presupuesto en el parlamento, y luego se aprueba la Ley del Presupuesto.
- Los organismos del gobierno ejecutan los programas y proyectos, usando los recursos asignados.
- El Auditor General audita los gastos.

Oportunidades de participación

La mayoría de los procesos presupuestarios ofrecen muy limitadas oportunidades de participación. Incluso los funcionarios/as de los ministerios sectoriales suelen considerar que tienen poco espacio de maniobra. Señalan que el Ministerio de Finanzas les da un "techo" y que es muy difícil alterarlo. Afirman que un gran porcentaje de ese monto será requerido para cubrir los sueldos de las/los servidores públicos existentes, de modo que queda poquísimo dinero "discrecionario" para reasignar. Éste es especialmente el caso con el presupuesto de gastos recurrentes.

Los parlamentarias/os usualmente consideran que tampoco tienen mucha posibilidad de influir en los presupuestos. En muchos casos, recién conocen el presupuesto por primera vez en el día de su presentación oficial. Entonces queda muy poco tiempo para debatirlo antes de que comience el siguiente ejercicio fiscal. En muchos países hay límites sobre el tipo de cambios que pueden hacer los parlamentos. En algunos países o bien tienen que aceptarlo, tal como se presentó, o deben rechazarlo totalmente. Pocos gobiernos querrán rechazar el presupuesto totalmente, ya que ¡eso significaría el fin de ese gobierno! En otros países, los parlamentarias/os pueden hacer cambios, pero tan sólo si los cambios no modifican el total de los gastos, o no modifican la distribución de los gastos entre los diferentes ministerios.

Para la sociedad civil, usualmente hay aún menos oportunidades. A veces la sociedad civil puede hacer presentaciones en las audiencias parlamentarias sobre el presupuesto. En unos pocos países, el Ministerio de Finanzas consulta con grupos de interés específicos durante la elaboración del presupuesto. Sin embargo, usualmente los grupos de interés representan a los grandes negocios u otros poderosos, más que a la ciudadanía.

Ejemplos de la participación por la sociedad civil en el proceso presupuestario

No obstante, hay posibilidades de intervención que ya existen en algunos países y que se pueden conseguir mediante la lucha en otros. Éstas incluyen:

- En Uganda y Kenya, el gobierno ha establecido grupos de trabajo sectoriales para los diferentes ministerios. Estos grupos incluyen representantes de la sociedad civil, incluyendo grupos de mujeres. Los grupos se reúnen con funcionarios/as del ministerio para tratar las políticas y programas que deben recibir asignaciones, antes de que el ministerio sectorial presente su propuesta al Ministerio de Finanzas.
- En algunos países, cada comité sectorial en el parlamento realiza audiencias sobre el presupuesto para el ministerio respectivo, invitando a actores/as pertinentes para comentar sobre el presupuesto. A veces también se prevén presentaciones por escrito, sean espontáneas o por invitación.
- En algunos países, el Ministerio de Finanzas presenta su marco fiscal general ante el parlamento varios meses antes del final del ejercicio económico. Este marco muestra la forma general del presupuesto que están planeando para el año entrante – e incluso para varios años si el gobierno usa el marco de gastos a mediano plazo (MTEF). Esta presentación anticipada permite que los parlamentarias/os y miembros de la sociedad civil inicien antes su incidencia. Si hay un MTEF, la incidencia puede enfocarse en lo que deberá cambiarse en los presupuestos para años futuros.
- En algunos países (Uganda, India, Brasil y Malawi), los grupos de la sociedad civil y grupos de la ciudadanía en general han encontrado maneras de hacer monitoreo de cómo se gasta el dinero, por ejemplo mediante audiencias públicas para pedir cuentas a los funcionarios/as públicos, encuestas a las instalaciones que prestan servicios, y la organización de comités locales de monitoreo.

El último ejemplo, en particular, muestra que la sociedad civil no necesita esperar una invitación para intervenir. Tampoco hay que afligirse si el sistema oficial no incluye maneras formales de intervenir en el proceso. Si la sociedad civil plantea de manera eficaz los temas valederos desde fuera del proceso oficial, es muy posible que sus ideas sean retomadas por los actores/es que sí cumplen un rol en el sistema oficial. La eficacia dependerá en parte de cómo la sociedad civil enmarca los mensajes para los diferentes públicos. La eficacia también requiere que las acciones de la sociedad civil sucedan al momento apropiado en el proceso presupuestario, justamente cuando los actores/as respectivos estarán considerando los temas y tendrán la mejor oportunidad de incluir los criterios de la sociedad civil.

EL LADO DE LOS INGRESOS

Esta sección examina el lado de los ingresos del presupuesto. Los ingresos no han sido el principal enfoque del trabajo con PSG tantas veces como los gastos, especialmente en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, la sección señala una serie de aspectos por el lado de los ingresos del presupuesto que requieren atención si queremos lograr un presupuesto sensible al género en el área de la salud reproductiva. La sección comienza con una breve descripción de las principales fuentes del financiamiento de la salud. A continuación se analizan los cobros a usuarios/as, que comúnmente se introducen como parte de las reformas del sector de la salud. Las siguientes sub-secciones analizan los diferentes aspectos del financiamiento por donantes, ya que usualmente es una fuente importante para el financiamiento de la salud en los países en vías de desarrollo. La parte final, sobre las relaciones fiscales intergubernamentales, aborda los temas relativos al flujo de dinero entre los diferentes niveles del gobierno. Este aspecto es especialmente importante en los países donde están descentralizándose los servicios de salud.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Hay una serie de temas relacionados con el "financiamiento de la salud," o cómo se generan los ingresos para cubrir los costos de los servicios de salud. El proyecto de Derechos y Reformas sobre la reforma del sector de la salud investigó estos temas en Asia, África y América Latina. Identificaron los siguientes mecanismos principales para financiar el sector de la salud: impuestos, seguro social, cobros a usuarios/as, seguro de salud privado (con fines de lucro), y fondos comunitarios. Los ingresos de impuestos y seguro social son fuentes "públicas" de financiamiento, mientras que los demás son fuentes privadas. Para complicar aún más el asunto, puede haber financiamiento privado (por ejemplo, cobros a usuarios/as) para las prestaciones de salud en el sector público, y financiamiento público (por ejemplo, seguro social) para la atención de salud en el sector privado.

Los ingresos por impuestos pueden recaudarse mediante impuestos directos sobre la renta de individuos o empresas, o mediante impuestos indirectos como el impuesto a las ventas (incluyendo el impuesto al valor agregado [IVA]), impuestos al rol de pagos, a las importaciones y exportaciones. En los países en vías de desarrollo, los impuestos indirectos usualmente son una fuente mucho más importante de ingresos que los impuestos directos, porque no hay suficientes personas con suficiente dinero para pagar impuestos a la renta. En algunos países, una proporción de los ingresos de ciertos impuestos, como el impuesto a los cigarrillos y el alcohol, puede destinarse al sector de la salud. Ya que es más probable que los hombres consuman los cigarrillos y el alcohol que las mujeres, esto puede constituir una transferencia implícita de hombres a mujeres.

El seguro social usualmente sucede en forma de un fondo público establecido por el gobierno. A mediados de los años 1990, ocho países africanos al sur del Sahara tenían alguna forma de seguro social y cinco más estaban considerando establecerlo. Usualmente la afiliación es obligatoria para toda persona que tenga empleo formal, y los aportes provienen tanto de los empleadores/as como de los empleados/as. El monto de pago usualmente se basa en los ingresos de la persona empleada, pero los beneficios son iguales para todo el mundo. Esto produce un subsidio cruzado a favor de las personas que ganen menos.

Sin embargo, ya que las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de tener empleo formal, es menos probable que se beneficien del seguro social. Algunas mujeres tienen cobertura como cargas familiares de hombres empleados y afiliados. Sin embargo, en algunos países (por ejemplo, Senegal) un hombre casado no estará cubierto como carga familiar de su esposa que tiene empleo. En Argelia, el esposo tiene cobertura, pero los hijos/as no. En algunos pocos países, las personas que trabajan en el sector informal pueden elegir ser parte del fondo.

Los cobros a usuarios/as casi siempre se encuentran en el sector privado, aunque a veces se pagan por seguros u otros fondos. A veces también se cobra a los usuarios/as por servicios del gobierno, aunque en este caso los cobros usualmente no cubren todo el costo de la prestación. Los gobiernos suelen describir esto como "compartir los costos". Los cobros a usuarios/as normalmente desincentivan a las personas – especialmente las personas pobres – de usar los servicios. Éste es el caso especialmente con los servicios preventivos, para los cuales no es tan obvia la necesidad inmediata del servicio. Entonces, por ejemplo, las mujeres podrían omitir sus chequeos prenatales si éstos tienen costo.

Cuando se cobra al usuario/a por los servicios gubernamentales, a veces hay un esquema de excepción para grupos determinados. Muchas veces, estos sistemas de excepción no funcionan eficazmente. En primer lugar, quienes tienen opción a la exoneración muchas veces desconocen las reglas y por lo tanto no ejercen sus derechos. En segundo lugar, a veces los centros de salud hacen lo posible por dar el mínimo posible de excepciones. Éste es el caso especialmente si el centro de salud puede quedarse con todo el dinero que recibe por los cobros a usuarios/as.

Los esquemas de seguro privado con fines de lucro, como medicina prepagada, requieren pagos del individuo o, a veces, por el individuo y su empleador, para comprar el seguro. Algunos de estos sistemas cubren todo tipo de servicios de salud, mientras que otros cubren sólo ciertas clases, o un cierto porcentaje. Algunos excluyen ciertos costos, como por ejemplo los anticonceptivos. Algunos sistemas de seguro privados no aceptan afiliar a personas con ciertas condiciones, como el VIH/SIDA, o les cobran más que a los demás afiliados/as.

Los fondos comunitarios pueden aplicar la afiliación familiar, para que cada hogar pague un monto fijo cada mes, lo que permite a sus familiares acceso a una serie de servicios de salud. Algunos fondos son organizados por el gobierno y otros por organizaciones sin fines de lucro. A menudo los hogares más pobres de una comunidad no pertenecen al fondo porque no avanzan a pagar la afiliación, aunque sea mínima.

El financiamiento por donantes es otra fuente muy importante de ingresos para muchos países en vías de desarrollo. Esta fuente de financiamiento necesita examinarse, aunque el principal interés sea averiguar cómo el gobierno gasta sus propios recursos. La cooperación es fungible, lo que significa que un dólar, chelín o peso que se gasta de una manera se ve exactamente igual que un dólar, chelín o peso gastado con otra finalidad. De modo que un incremento en las contribuciones de donantes a la salud podría permitir que el gobierno asigne menos de sus propios ingresos a la salud. Asimismo, cuando los donantes dan dinero específicamente para la igualdad de género, esto podría motivar al gobierno a dar menos para este rubro. Si los fondos "ahorrados" por el aporte del donante en un determinado campo se usan productivamente en otro sector, tal fungibilidad no necesariamente es un problema. La interrogante clave es qué pasará cuando el dinero del donante ya no está disponible.

Un examen del financiamiento por donantes también es importante por la influencia que los donantes y las instituciones financieras internacionales ejercen sobre la forma de gastar sus propios recursos, y también sobre cómo gastan los gobiernos en términos más generales.

Referencias: Ravindran, T.K., "Health financing reforms in Asia and the impact on reproductive and sexual health services," documento elaborado para la Iniciativa por los Derechos Sexuales y Reproductivos en las Reformas de la Salud, Proyecto de Salud Femenina, Sudáfrica, 2003.

Mackintosh, M. y Tibandebage, P., "Gender and Health Sector Reform: Analytical perspectives on African Experience," en Razavi, S. y Hassim, S. (eds.), Gender and Social Policy in a Development Context: Mothers, workers and citizens, Palgrave: Basingstoke, a publicarse próximamente.

COBROS A USUARIOS/AS

Los cobros a usuarios/as por los servicios del gobierno transforman estos servicios, que eran un bien y derecho públicos, en un bien transable.

Quienes están a favor de los cobros a usuarios/as dicen que generan más dinero para el sector de la salud, lo que permite prestar más servicios de mejor calidad. Dicen que se puede exonerar a las personas pobres, para que no les representen una carga indebida. También dicen los promotores/as que los cobros que usuarios/as deben pagar por los servicios desmotiva el uso de los servicios de salud cuando no sean necesarios, y así evita sobrecargar a los servicios, permitiendo que los recursos estén disponibles para prestar los servicios realmente necesarios.

Quienes están en contra de los cobros a usuarios/as señalan que estos cobros usualmente generan tan sólo una mínima proporción del dinero. Sostienen que el esfuerzo de cobrar el dinero, y los impactos negativos que esto puede tener, no valen la pena. Los cobros a usuarios/as pueden ser particularmente perjudiciales para las mujeres, ya que suelen tener menos control sobre cómo se gasta el dinero del hogar. Las exenciones son de utilidad limitada porque usualmente no se publicitan bien, y los centros de salud generalmente dificultan el acceso a las exoneraciones.

Algunas exoneraciones se basan en los ingresos – el criterio de los medios. En algunos países, como Tanzania, las enfermedades como VIH/SIDA y TB pueden tratarse gratuitamente, independiente a que la persona sea rica o pobre. En muchos países, hay servicios gratuitos para niños/as pequeños y bebés, mujeres gestantes y lactantes. Pero muchas veces los otros tipos de servicios de salud reproductiva, como anticonceptivos, no tienen exoneración.

Durante los años 1990, el Banco Mundial apoyó la eliminación de los cobros a usuarios/as por la educación básica, pero continuó defendiendo los cobros a usuarios/as por los servicios de salud. Hacia fines del 2000, el Banco Mundial anunció que ya no seguiría promoviendo los cobros a usuarios/as por la atención de salud básica.

RECUADRO 27: EVIDENCIA DEL IMPACTO DE COBRAR POR SERVICIOS DE SALUD EN ÁFRICA

- En Kenya, la introducción de un pequeño costo para las visitas ambulatorias a un centro de salud redujo las consultas en un 52%. Cuando se volvió a eliminar este cobro, las consultas subieron en un 41%.
- En Tanzania, la asistencia en tres hospitales públicos de distrito se redujo en un 53% después de introducir los cobros a usuarios/as.
- En Nigeria, las muertes maternas aumentaron en un 56% y los partos en hospitales se redujeron en un 46% después de la introducción de cobros a usuarios/as.

En Tanzania, una investigación por la Universidad Duke encontró que más personas se sometieron a los exámenes, conocieron su condición en cuanto al VIH, y participaron en los esfuerzos de prevención cuando estuvieron disponibles las pruebas de detección para VIH gratuitamente. La Universidad hizo el experimento conjuntamente con la ONG de mujeres, KIWAKKUKI, ofreciendo pruebas gratuitas de VIH en vez de que las/los beneficiarios/as tuvieran que pagar el costo normal de mil chelines tanzanios. Durante el experimento, el número de personas que acudían a la clínica para exámenes subió de cuatro a 15 diarias. Luego de este experimento, se utilizaron los resultados para hacer incidencia que permitiera que KIWAKKUKI continuara ofreciendo las pruebas gratuitamente.

Referencia: http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-english&y=2006&m=January&x=20060131131831cmretrop0.3781549&t=livefeeds/wf-latest.html

Referencia: Braam, T., "The impact of health sector financing reforms on sexual and reproductive health services in Africa," Documento elaborado para Rights and Reforms. www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms

FINANCIAMIENTO POR DONANTES

El MYFF del FNUAP anota que el Programa de Acción de la ICPD estimó que se necesitarían $18.500 millones en el año 2005 para ejecutar los programas básicos específicos en salud reproductiva así como la recolección y el análisis de los datos básicos. Aún más se necesitaría para fortalecer los sistemas de salud, el cuidado obstétrico de emergencia y el tratamiento y cuidado del VIH/SIDA. El Programa de Acción de la ICPD estimó que al menos la tercera parte de este monto, es decir $6.100 millones en el 2005, tendría que provenir de fuentes externas.

En su MYFF, el FNUAP afirma que la Organización tendrá que enfocarse en cómo incorporar la salud reproductiva y temas afines en los principales enfoques de los grandes donantes, para que se pueda lograr la agenda de la ICPD. Estos enfoques incluyen las PRSPs, los ODMs, y el enfoque sectorial (SWAp) hacia el financiamiento.

Esta observación en el MYFF es importante porque, durante los últimos años, el financiamiento por donantes se ha alejado cada vez más del financiamiento para proyectos a otras **modalidades**. Actualmente, las principales modalidades son:

- **El enfoque sectorial** (SWAp), que implica el desarrollo de un marco integral para las políticas, estrategias y gastos para todo un sector, con un marco para su administración, planificación e informes. Los donantes participan en la elaboración de las políticas, estrategias y el marco y aportan sus recursos al fondo general que lo financiará;

- **El fondo o canasto común de recursos**, incluye a diferentes donantes que contribuyen a una cuenta común que se reserva para fines específicos, usualmente dentro de un determinado sector. El uso de los recursos se concierta entre el gobierno y los donantes;
- **El apoyo directo al presupuesto** implica que los donantes contribuyen a un programa del gobierno, como la reducción de la pobreza, el ajuste fiscal, la reforma del proceso presupuestario o la reforma de un determinado sector. La diferencia entre ésta y otras formas de apoyo por donantes es que el dinero se integra a los recursos generales del gobierno, y se administra mediante los sistemas generales de su presupuesto.

Los SWAps sectoriales son una manera para que los donantes aseguren que su dinero se gaste en la salud, cuando no tengan la confianza de que se priorice adecuadamente la salud en el uso del dinero si dan su apoyo al presupuesto general. En el 2005, FNUAP participó en SWAps en 27 países, y en financiamiento de un fondo común en siete países.

La Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de septiembre del 2005 endosó la **Declaración de París sobre la Eficacia en la Cooperación**, la que exige que los donantes aumenten la cantidad de sus aportes. La Declaración también estableció cuatro principios para un nuevo enfoque hacia la cooperación, a saber: (a) apropiación nacional, (b) alineamiento de la cooperación con los planes y presupuestos nacionales, (c) armonización de las acciones de cada donante con los demás donantes, y (d) rendición de cuentas mutua entre donantes y países receptores. Aunque estos principios tienen muchos aspectos positivos, el enfoque tiene un peligro implícito con respecto al género, ya que el alineamiento con los presupuestos nacionales significará que los donantes no podrán ayudar a compensar por las debilidades en la manera en que el país aborda sus problemas de género, con la misma facilidad que habrían tenido en el pasado.

El financiamiento por donantes suele incluir **condicionalidades**. La forma de la condicionalidad depende hasta cierto punto de la modalidad. Por ejemplo, cuando se entregan créditos o apoyo para el presupuesto en general, la condicionalidad podría ser que el déficit fiscal (la diferencia entre los gastos e ingresos) debe reducirse, o que un cierto porcentaje de los gastos públicos tengan que asignarse a los sectores sociales. Las condicionalidades pueden impactar en los servicios de salud aunque no los mencionen. Por ejemplo, la reducción del déficit puede lograrse poniendo menos dinero a disposición para la prestación de servicios de salud, o estableciendo cobros a usuarios/as. Cuando los donantes proporcionan apoyo sectorial, podrían estipular que una cierta proporción de los ingresos propios del gobierno se asignen a ese sector, o que se impongan cobros a usuarios/as o que ciertas instituciones o servicios se privaticen. Las implicaciones de estas condicionalidades pueden ser más visibles que cuando el apoyo es para el presupuesto en general.

Referencias: Declaración de París sobre la Eficacia de la Cooperación
http://www.aidharmonization.org/ah-wh/secondary-pages/Paris2005#declaration

UNIFEM, "Promoting Gender Equality In New Aid Modalities and Partnerships, Marzo 2006.
http://unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=64

ENFOQUE SECTORIAL

Las acciones sectoriales (SWAps) son una manera para que los donantes aseguren que su dinero se gaste para la salud, cuando no tengan la confianza de que se priorice adecuadamente la salud en el uso del dinero si el apoyo es para el presupuesto en general. Las SWAps también pretenden mejorar la administración financiera, aumentando la eficiencia y reduciendo la duplicación, disminuyendo la burocracia y los informes requeridos. Al tener una sola estrategia coordinada, los resultados deberían ser mejores.

El programa sectorial organizado para el financiamiento usualmente se elabora en el Ministerio de Salud conjuntamente con donantes y quizás otros actores/as, como ciudadanos/as y grupos del país. Una de las debilidades de algunas SWAps en el sector de la salud es que las ONGs no tienen injerencia, pese al rol protagónico que cumplen en la prestación de los servicios de salud. Usualmente, uno de los donantes toma el liderazgo en la gestión del SWAp. El FNUAP ha liderado varias acciones sectoriales tipo SWAps en el sector de la salud.

Las SWAps plantean varias oportunidades para el FNUAP y para promotores/as de SR y género:

- Hay el potencial de influir en el enfoque nacional hacia la SR y el género, antes que sólo el enfoque de un solo proyecto;
- Hay la posibilidad de visibilizar los asuntos de la SR y el género entre funcionarios/as del sector de la salud y donantes;
- Hay la oportunidad de abordar los problemas sistémicos que impiden avanzar hacia la salud reproductiva para todas/os; y
- Hay la oportunidad de conseguir financiamiento para rubros específicos del presupuesto, como anticonceptivos.

Sin embargo, las SWAps también plantean sus desafíos. El primero es que los donantes acepten la idea. Casi siempre hay donantes—usualmente USAID y la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional—que se niegan a participar de la SWAp sectorial y continúan financiando los programas y proyectos de su preferencia. Aun los donantes que sí contribuyen a las SWAps se reservan fondos en muchos casos para otras "modalidades" en el mismo sector simultáneamente. Para usar la metáfora del canasto, no quieren poner todos los huevos en un mismo canasto. Otro problema es que a menudo cantidades significativas del dinero de la SWAp no se desembolsan mediante el sistema gubernamental. Este financiamiento fuera del presupuesto parecería contradecir la idea de un plan coordinado.

A menudo surgen problemas de "transición" a medida que los países hagan el cambio del financiamiento vertical (por proyectos) al fondo común. Estos problemas tienden a afectar los programas verticales para enfermedades como TB, malaria y VIH/SIDA, y probablemente afectarán más a la gente pobre que a la rica. Pero en general, la mayoría de los donantes están contentos con el cambio a las SWAps sectoriales. Los gobiernos pueden estar más ambivalentes. En particular, las SWAps tienden a dar aún más poder a los donantes que antes, porque ahora pueden influir en todo el programa sectorial antes que sólo algunas partes.

Finalmente, las SWAps pueden presentar desafíos al tratar de abordar asuntos trans-sectoriales, como la violencia contra mujeres, porque la SWap se enfoca en un solo sector. Esta debilidad puede ser grave en los asuntos de género que suelen relacionarse con varios sectores.

Algunas SWAps han producido mayor financiamiento para la atención primaria antes que la curativa, y mejor cobertura y utilización. Estos son avances valiosos desde la perspectiva de la equidad, y probablemente desde una perspectiva de género. Sin embargo, las SWAps también pueden reducir el dinero de donantes que se canaliza a actores no gubernamentales, como las ONGs orientadas a la prestación de servicios. Esto perjudicaría a las personas pobres que en muchos casos dependen fuertemente de las ONGs para poder acceder a los servicios básicos de salud.

Referencias: HLSP Institute, "Sectoral Approaches: A resource document for UNFPA staff," elaborado para el FNUAP, Reino Unido, Septiembre 2005.

Ravindran, T.K.S. y Maceira, D., "Health financing reforms," en Ravindran, T.K.S. y de Pinho, H. (eds.), Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health: The right reforms? Proyecto de Salud Femenina: Parktown, 2005.

FNUAP, "Being effective in the new aid environment: Leading the ICPD Agenda. Issues and Recommendations from the UNFPA Workshop on SWAps and Budget Support, 8–10 June 2005," Ginebra, julio 2005.

INICIATIVAS ESPECIALES DE DONANTES PARA VIH/SIDA

La pandemia del SIDA ha motivado una serie de iniciativas financieras internacionales para apoyar a los países más severamente afectadas. Esta sección resume los principales aspectos de las iniciativas más conocidas y, en particular, su envergadura – por ejemplo en el tipo de actividades financiadas, y los países cubiertos. Los resúmenes incluyen algunas de las críticas que se han planteado sobre aspectos particulares de algunas de las iniciativas.

Programa del Banco Mundial en Múltiples Países del África para VIH/SIDA (MAP)

En 2002, el Banco Mundial introdujo su Programa en Múltiples Países del África para el VIH/SIDA (MAP). El objetivo para los primeros cinco años era establecer los mecanismos institucionales, fortalecer la capacidad humana para ejecutar programas de gran escala en prevención, cuidado, tratamiento e investigación, y aumentar la escala de los programas existentes. El Banco asignó $500 millones para el MAP en septiembre del 2000 y otros $500 millones más en febrero del 2002. Para fines del 2003, se habían aprobado proyectos MAP para 24 países.

Una evaluación del MAP a principios del 2004 consideró que "en términos de casi cualquier forma de medirlo, en su concepción y diseño el Programa MAP ha representado un logro importante". Sin embargo, sí hubo algunas debilidades. Una fue el liderazgo político. Los Consejos Nacionales (NACs) para el (NACs) no proporcionaban el liderazgo esperado. Algunos países no habían asignado el 5% de contraparte requerida.

En segundo lugar, desde el establecimiento del MAP, muchas otras importantes iniciativas financieras surgieron, como el Fondo Global, el PEPFAR estadounidense y fundaciones privadas como la Fundación Gates. Sin embargo, algunos donantes no utilizaban la estructura común. Por ejemplo, el Fondo Global usaba un mecanismo aparte para coordinación nacional de las propuestas de financiamiento. Algunos fondos también se enfocaban en el tratamiento al desmedro de otros aspectos del cuidado.

En tercer lugar, el proceso de aprobar programas comunitarias implicó retrasos e incluso posiblemente corrupción. En cuarto lugar, aunque el programa habló de acción "multi-sectorial", muchas entidades gubernamentales se enfocaban en programas para sus propios empleados/as antes que para el público en general. En quinto lugar, aunque el MAP habla de la necesidad de adaptar el programa a las especificidades de cada país, los proyectos eran muy similares entre los países que tenían etapas muy diferentes de la epidemia. Y finalmente, en tan sólo uno de los seis países visitados por el equipo evaluador las contrapartes mencionaron siquiera el género.

Referencia: Banco Mundial, "Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa, " 2004. http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COU TRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFR-REGTOPHIVAIDS/ 0,,contentMDK:20450745~menuPK:717173~pagePK:34004173~piPK:34003707~the SitePK:717148,00.html

Los Tres Unos

El 25 de abril del 2004, ONUSIDA, el Reino Unido y los Estados Unidos copatrocinaron una reunión de alto nivel en el cual los donantes reforzaron su compromiso con fortalecer las respuestas nacionales contra el SIDA lideradas por los países afectados. Los donantes endosaron los principios de los "Tres Unos", que consideraron que aumentarían la probabilidad de un uso rápido, eficaz y eficiente de los recursos, a saber:

- Un solo marco de acción concertado para el VIH/SIDA para coordinar el trabajo de todas las contrapartes;
- Una sola autoridad nacional de coordinación para el SIDA, con un mandato multi-sectorial.
- Un solo sistema nacional de monitoreo y evaluación.

Los Tres Unos no implican el aumento de los recursos, sino los criterios de los donantes de cómo podrían asegurar que el dinero ya disponible se utilice más eficazmente.

En 2005 la iniciativa de Los Tres Unos enfocaba el apoyo para doce países que se considera que su epidemia está en etapa crítica en términos de desarrollar una respuesta nacional. Los doce países fueron Etiopía, Haití, India, Indonesia, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Tanzania, Ukrania, Vietnam y Zambia.

Referencia: http://www.unaids.org/Unaids/EN/About+UNAIDS/What+is+UNAIDS/ UNAIDS+at+country+level/The+Three+Ones.asp#top

El Fondo Mundial para VIH/SIDA, TB y Malaria (GFATM)

IEn abril 2001, en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA, el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, exhortó a la creación de un "fondo de guerra" para luchar contra la pandemia. Pronto después, los países del G8 decidieron establecer el Fondo Global como alianza internacional, independiente entre el sector público y privado para generar recursos frescos para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. El GFATM se lanzó en el 2002. El principio de "público y privado" opera tanto en donaciones como en la recepción de apoyo, ya que el Fondo acepta solicitudes nacionales de gobiernos y entidades no gubernamentales, así como grupos de personas que viven con VIH/SIDA. El Marco del GFATM dice que las propuestas se financiarán en base a "las normas científicas y técnicas más apropiadas que toman en cuenta las realidades y prioridades locales".

En sus dos primeras “rondas” de financiamiento, el Fondo aprobó el financiamiento para 160 programas de VIH, TB o malaria en 85 países del mundo. Para mediados del 2002, el GFATM había movilizado más de $2 mil millones, paro le faltaba $1,.600 millones de lo que se necesitaba para la tercera ronda.

Los donantes dijeron que el dinero para el Fondo Global sería adicional al financiamiento existente para la salud – en la práctica, no siempre ha sido así.

Desde una perspectiva mundial, una auditoría en género del GFATM podría incluir una revisión de escritorio para examinar tanto las propuestas aprobadas como las rechazadas de una o más rondas, para ver hasta qué punto las propuestas toman en cuenta el género y las realidades de las mujeres. A nivel nacional, un diagnóstico de políticas con conciencia de género podría examinar cómo se utilizan los recursos para ver si se abordan aspectos de género y si las acciones se enmarcan en la estrategia nacional para combatir el VIH/SIDA.

Referencia:www.theglobalfund.org

Plan de Emergencia del Presidente para Aliviar el SIDA (PEPFAR)

En enero del 2003 el Presidente Bush de los EEUU anunció una asignación de US$15 mil millones durante cinco años para combatir la pandemia del VIH/SIDA fuera de las fronteras de los EEUU. Dijo que el dinero del PEPFAR se dirigiría a los países más afectados en África y el Caribe. El Congreso aprobó el plan y financiamiento en mayo del 2003. El Congreso dijo que habría un “enfoque particular en las necesidades de las familias con hijos/as (incluyendo la prevención de la transmisión de madre a hijo/a), mujeres, jóvenes y niños/as (como menores sin acompañamiento y huérfanos/as).” Mientras tanto, EEUU pensaba gastar US$17.500 millones dentro del propio país tan sólo en el 2005.

El Congreso dijo que más de la mitad (55%) del dinero del PEPFAR debía ser para el tratamiento (especialmente medicinas anti-retrovirales), el 15% para cuidados paliativos, el 20% para la prevención y el 10% para ayudar a huérfanos/as y otros menores vulnerables. Al menos la tercera parte del dinero para la prevención debía gastarse en la promoción de la abstinencia antes del matrimonio.

Antes de que se anunciara el PEPFAR el gobierno de los EEUU ya estaba dando financiamiento para el SIDA mediante fondos bilaterales de país a país. Este financiamiento se incluyó en el PEPFAR. En general, US$ 5 mil millones del dinero del PEPFAR representaría la continuación del financiamiento anterior, US$9 mil millones serían recursos frescos, y US$1 mil millones se destinaba al Fondo Global.

El Presidente Bush y el Congreso dijeron que se asignarían US$15 mil millones. Sin embargo, se hace la presupuestación en forma anual, de modo que el monto final podría ser más o menos que los US$ 15 mil millones. En el 2004, Bush propuso asignar US$ 1.900 millones para el VIH/SIDA, TB y malaria, pero el Congreso aumentó esto a US$ 2 mil millones.

Catorce países fueron elegidos como los países “focales” para el PEPFAR: Botswana, Costa de Marfil, Etiopía, Guyana, Haití, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda y Zambia. En 2004 el Congreso decidió agregar a Vietnam. El PEPFAR también proporciona algún financiamiento para el trabajo con VIH/SIDA en otros países.

Tanto el Presidente Bush como el Congreso establecieron objetivos para el PEPFAR—por ejemplo, el número de personas que debían recibir el tratamiento con medicinas anti-retrovirales. Los objetivos no fueron logrados en el primer período, en parte porque el dinero inicial se desembolsó con retraso. Para los períodos posteriores, las cifras sugieren que el PEPFAR mejoró en muchos países. Sin embargo, las cifras pueden ser engañosas. Por ejemplo, las cifras reportadas incluyen la tercera parte de todas las cifras del Fondo Global con la justificación de que la tercera parte del dinero para el Fondo Global proviene de los EEUU. En algunos países, como por ejemplo Botswana, las personas que reciben tratamiento son contadas por el PEPFAR aunque el PEPFAR hizo sólo un aporte mínimo a dichos programas.

El PEPFAR proporciona fondos sólo para fármacos aprobados por organismos reguladores en los EEUU, Canadá, Japón o Europea Occidental. Dice que la pre-calificación de las medicinas por la Organización Mundial de la Salud no es suficiente. Los documentos del PEPFAR dicen que el dinero puede utilizarse para comprar medicinas genéricas (que usualmente son mucho más baratas) pero la mayoría de las genéricas tienen sólo la pre-calificación de la OMS.

El gobierno del Brasil rechazó US$ 40 millones en recursos PEPFAR en mayo del 2005 porque PEPFAR estipula que no proporcionará asistencia a ningún gobierno que no se opone explícitamente a la prostitución y el tráfico sexual. El gobierno brasileño dice que, si aceptaran esta regla, impediría su trabajo para ayudar a las/los trabajadoras sexuales y sus clientes a protegerse.

Las organizaciones no tienen ninguna obligación de publicar ningún detalle del dinero recibido del PEPFAR. El propio PEPFAR publicó alguna información, pero no con detalles completos

Referencia: http://www.avert.org/pepfar.htm

RECUADRO 28: LAS CONDICIONES DE PEPFAR IMPONEN COSTOS INNECESARIOS

El Grupo Conjunto de Monitoreo de la Sociedad Civil en Sudáfrica reúne a una gama de ONGs dedicadas al monitoreo de la distribución de las medicinas anti-retrovirales en el país. Las ONGS colaboran con donantes y funcionarios/as públicos simpatizantes. En su reunión de noviembre del 2005, el Grupo fue informado que el dinero de PEPFAR venía con dos condiciones: que (a) la organización receptora tenía que producir una declaración firmada de que no apoyaba el trabajo sexual; y (b) que los recursos podían usarse tan sólo para fármacos aprobados por la Administración Federal de Fármacos de los EEUU. La reunión resolvió exigir que el PEPFAR también permitiera la compra de fármacos aprobados por el Consejo de Control de Medicinas de Sudáfrica, ya que el Consejo ha aprobado genéricos que son mucho más baratos que los fármacos aprobados en los EEUU.

Referencia: www.hst.org.za

Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud - 3 para 5

El Día Mundial del SIDA en diciembre del 2003, la OMS y ONUSIDA hicieron público su plan de proporcionar tratamiento anti-retroviral a tres millones de personas en los países en vías de desarrollo y en transición para fines del 2005. Se llegó a conocer el plan como la Iniciativa de 3 para 5.

La OMS y ONUSIDA eligieron enfocarse en los anti-retrovirales porque estas medicinas pueden cambiar el VIH/SIDA de una sentencia de muerte en una enfermedad crónica pero manejada. Sin embargo, aunque las anti-retrovirales han ayudado a los países desarrollados a reducir as muertes por el VIH/SIDA en un 70%, hasta ahora los países en vías de desarrollo y transición no han logrado lo mismo.

La Iniciativa de 3 para 5 se basa en cinco "pilares":

- herramientas simplificadas y normalizadas para entregar los ARVs;
- un servicio para asegurar un suministro confiable de medicinas y diagnósticos;
- identificación, difusión y aplicación rápidas de nuevos conocimientos y estrategias;
- apoyo rápido y sostenido para los países; y
- liderazgo, alianzas e incidencia a nivel mundial.

Para distribuir ARVs a 3 millones de personas en los países en vías de desarrollo, la OMS estimó que habría que capacitar a 100 mil personas – profesionales de la salud y no – y desarrollar sistemas, infraestructura y normas de salud. En el 2005, la OMS estimó que todavía faltaban US$ 5.500 millones para alcanzar su objetivo.

Referencia: www.who.int/3by5/about/initiative/en/index.html

Iniciativa de la Fundación William J. Clinton para el VIH/SIDA

La Fundación Clinton tiene el VIH/SIDA como uno de sus focos centrales. Se asignan recursos a países para ayudar con la planificación y ejecución de programas en gran escala para cuidado, tratamiento y prevención integrales. Las descripciones de la Iniciativa sugieren que hay un énfasis especial en la provisión de ARVs.

La Fundación ha dado financiamiento a Lesotho, Mozambique, Rwanda, Sudáfrica, Tanzania, China, India, la Organización de Estados del Caribe Oriental, Bahamas, la República Dominicana, Haití y Jamaica.

Referencia: http://www.clintonfoundation.org/programs-hs-ai.htm

Fundación Melinda y Bill Gates

La Fundación Gates enfoca su apoyo en ayuda a prevenir la transmisión del virus antes que en la prestación del cuidado. Asigna recursos para:

- desarrollar una vacuna contra el VIH que sea segura, eficaz y a un precio alcanzable;
- desarrollar microbicidas en forma de geles o cremas que las mujeres puedan usar para protegerse de la infección sexualmente adquirida;
- ampliar el acceso a las herramientas existentes para la prevención del VIH/SIDA; y
- hacer incidencia para reforzar el apoyo para un enfoque científico para impedir la epidemia.

Entre otros, la Fundación ha asignado US$200 millones para su iniciativa contra el SIDA en la India, Avahan, que trabaja con grupos de alto riesgo y la población en general. También apoyó el establecimiento de un Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH, que reúne a casi 50 expertos/as en SIDA para tratar las políticas y prácticas en la prevención del VIH.

Referencia:http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/HIVAIDS/default.htm

RECUADRO 29: ASEGURAR QUE SE BENEFICIEN LAS MUJERES

El Centro para la Salud y Equidad de Género ha sugerido una lista de verificación de preguntas para asegurar que las mujeres reciban acceso equitativo a los fármacos de iniciativas para tratamiento financiados por los EEUU:

- Asegurar que los criterios de elegibilidad reflejen las vulnerabilidades tanto biomédicas como socioeconómicas;
- Asegurar que los criterios de elegibilidad no discriminen por el embarazo;
- Asegurar que los criterios y procesos para ampliar el acceso sean transparentes;
- Desarrollar precios equitativos para las medicinas;
- Asegurar que los programas para garantizar el uso de las medicinas sean sensibles al género;
- Asegurar que los sistemas de salud primaria se desarrollen y mejoren;
- Invertir en la calidad del cuidado y los esfuerzos por eliminar las distorsiones dentro del sistema de salud;
- Expandir los servicios de consejería sensibles al género como parte de los programas de tratamiento y prevención;
- Asegurar la equidad en acceso a la terapia con ARVs mediante mecanismos más sensibles para financiamiento de la salud;
- Abordar las inequidades de género en las políticas del personal de salud;;
- Asegurar que los servicios de ARVs se presten como parte de un sistema integral de atención completa de salud;
- Asegurar que todas las mujeres y adolescentes, niñas y niños, tengan acceso a servicios y educación completos sobre la salud reproductiva y sexual, incluyendo esfuerzos para abordar la violencia de género; y
- Asegurar el acceso a las tecnologías preventivas controladas por las mujeres.

El documento explica más detalladamente lo que implica cada uno de estos temas. Aunque algunos requieran asignaciones especiales o adicionales, la mayoría simplemente requieren que las asignaciones existentes se gasten con sensibilidad al género.

Centro para la Salud y Equidad de Género, "Gender, AIDS, and ARV Therapies: Ensuring that Women Gain Equitable Access to Drugs within U.S. Funded Treatment Initiatives."

LA REGLA MUNDIAL DE LA MORDAZA

La regla mundial de la mordaza fue anunciada por primera vez por la Administración Reagan en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población en la Ciudad de México. Por eso a veces se le llama la Política de la Ciudad de México. La regla de la mordaza dice que las ONGs en otros países que reciben fondos para la planificación familiar de USAID no podrán usar fondos propios para prestar servicios de aborto (legales o no), hacer cabildeo ante sus gobiernos para reforma de las leyes contra el aborto, ni proporcionar educación al público, consejería ni referencias médicas sobre el aborto. No impide que los grupos contra el aborto hagan cabildeo por leyes más estrictas anti-aborto.

En 1993, la Administración Clinton puso fin a la regla mundial de la mordaza por orden ejecutiva. Pero el 22 de enero del 2001, a su primer día hábil en el cargo, el Presidente George Bush volvió a imponer la regla mundial de la mordaza.

La regla mundial de la mordaza es especialmente grave porque las ONGs restringidas por la regla muchas veces son las únicas fuentes de atención médica en zonas remotas y rurales. La regla mundial de la mordaza no impide explícitamente que las ONGs realicen abortos para salvar vidas ni proporcionen cuidados pos-aborto si éstos son legales en el país. Pero muchas veces las ONGs dejarán de prestar estos servicios también, porque temen que la USAID dejará de financiarles si se relacionan de alguna manera con el aborto. Otros donantes bilaterales también pueden verse afectados porque las ONGs a las que financian no pueden trabajar en proyectos relacionados con el aborto si también tienen financiamiento de USAID.

Para el 2003, la regla había afectado a ONGs en por lo menos 56 países. La regla restringe su derecho a la libertad de expresión y participación pública. Además, impide que los centros de salud cumplan con la ética médica básica al proporcionar toda la gama de servicios e información disponibles. En Etiopía, Kenya, Zambia y Rumania—y quizá otros países—algunas comunidades se quedaron sin ningún servicio médico como resultado de la regla. En otros países, las organizaciones de planificación familiar perdieron su suministro de anticonceptivos de la USAID, incluyendo preservativos. En Kenya, Marie Stopes Internacional cerró una clínica de salud reproductiva en la provincia con el mayor índice de VIH/SIDA por la resultante crisis financiera.

En agosto del 2003, el Presidente Bush emitió una Orden Ejecutiva exonerando de la regla de la mordaza a los fondos de los EEUU para el SIDA a nivel mundial. Sin embargo, en noviembre del 2005 los funcionarios/as públicos estadounidenses indicaron que el Presidente Bush planeaba extender la regla mundial de la mordaza a quienes recibieran financiamiento del PEPFAR. The Washington Post advirtió a Bush que estaría "sacrificando [alguna] porción del paquete contra el SIDA sobre el altar de la política controvertida del aborto … [y] dejando que las consideraciones políticas internas desdibujen el enfoque en el trabajo de emergencia que tenemos al frente." No obstante, se incluyó la regla de la mordaza en los criterios de elegibilidad para los recursos del PEPFAR en Kenya y quizá en otros países.

Los funcionarios/as públicos dijeron que, para transar en un punto medio, quizá las agencias podrían recibir fondos del paquete del SIDA si separaban su trabajo de planificación familiar completamente de su trabajo con el SIDA. Esto impediría que las clínicas traten las enfermedades relacionadas con el SIDA y la salud reproductiva en un mismo centro. Esto afectará especialmente a las mujeres, porque necesitarán encontrar más dinero y tiempo para visitar centros separados con sus diferentes necesidades y las necesidades de las personas a quienes están cuidando. Las clínicas separadas del SIDA también aumentarán la estigmatización porque será más fácil identificar a quienes visitan estas clínicas.

A principios del 2006 el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido anunció que contribuiría £3 millones para un nuevo fondo, el Programa Mundial de Aborto Seguro. Este fondo se utilizaría con el propósito específico de aumentar el acceso a servicios seguros de aborto y apoyar a grupos que habían sido obligados a recortar sus servicios en salud reproductiva por la regla de la mordaza.

Referencias: Clark, C., Sprenger, E., Veneklasen, L., Duran, L.A. y Kerr, J., "Where is the Money for Women's Rights? Resources and the role of donors in the promotion of rights and the support of women's rights organizations," Association for Women's Rights in Development, octubre 2005.

Stevens, A. 10 "Bush Extends Global Gag Rule to AIDS Funds," Washington Lookout, Noviembre 2005. http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/1233

"UK Government announces support to help combat threat to women's health in developing world," comunicado de prensa del DFID, 6 febrero 2006. http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/reproductive-health060206.asp

RELACIONES FISCALES INTERGUBERNAMENTALES

Las relaciones fiscales intergubernamentales – éste es el término utilizado para describir cómo fluye el dinero entre los diferentes niveles del gobierno (nacional, provincial o estatal, y los varios niveles de gobierno local). Las relaciones fiscales intergubernamentales examinan no sólo cuánto dinero se recauda y gasta en cada nivel, sino también quién decide cuánto se destina a las diferentes unidades en cada nivel, y quién toma las decisiones sobre cómo se gasta el dinero en cada nivel.

Las transferencias tienden a darse principalmente del gobierno nacional a los niveles más bajos, porque el gobierno nacional usualmente tiene más poder de generar ingresos que los niveles menores. Esto es positivo en algunos sentidos, porque permite que el gobierno nacional redistribuya los recursos de zonas ricas a las más pobres con menores servicios.

Las transferencias consisten en dos tipos principales: incondicionales y condicionales. Las transferencias incondicionales son pagos de un monto íntegro que se entregan al nivel menor, y éste puede decidir cómo utilizar el dinero. Las transferencias condicionales pueden utilizarse únicamente con el propósito especificado por el nivel que origina la transferencia.

Pueden surgir cuestiones de género para ambos tipos de transferencia. En muchos países, el monto de la transferencia se basa en una fórmula. Las variables utilizadas en la fórmula pueden ser explícita o implícitamente sesgadas en cuanto al género. Un ejemplo de un sesgo explícitamente favorable a las mujeres es la fórmula utilizada en Sudáfrica a mediados de los 1990 para decidir cuánto debía entregarse a cada provincia. Esta fórmula tomaba en cuenta el número de mujeres y niños/as pequeños en la provincia, porque se sabía que estos grupos tenían más necesidades en servicios de salud que otros grupos. Un ejemplo de un sesgo implícito sería el peso que se asigne al componente de la salud en la fórmula, en vista de la mayor necesidad que tienen las mujeres en servicios de salud.

Las cuestiones de género están aún más claras con las subvenciones condicionales, en las cuales el nivel que entrega puede especificar más exactamente en qué debe gastarse el dinero.

Con las transferencias condicionales e incondicionales, la asignación no necesariamente será suficiente para cubrir la necesidad en una localidad determinada. Esto produce lo que se conoce como mandatos sub-financiados o desfinanciados: el gobierno de menor jerarquía recibe la responsabilidad de la función, pero sin suficientes recursos para cumplir adecuadamente. En el caso de las asignaciones en

base a fórmulas, el monto asignado a una determinada localidad podría reflejar—si las variables de la fórmula se eligen correctamente—la necesidad relativa de esa localidad a comparación de las demás. Sin embargo, es posible que el total no sea suficiente para cubrir la necesidad absoluta. En otros casos, se dan asignaciones iguales a cada localidad. Estas asignaciones "iguales" probablemente no serán "equitativas" ya que el grado de necesidad usualmente difiere entre las localidades.

RECUADRO 30: LIMITADA FLEXIBILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

En su estudio de PSG en Villa El Salvador - Perú, las/los investigadoras encontraron que, hasta el 2002, el 70% de las transferencias del gobierno central a las autoridades locales debía gastarse en inversiones. Las/los funcionarios interpretaban que "inversión" significaba infraestructura. Las/los investigadoras del PSG sugirieron que la inversión en capacidades humanas o mejorando el acceso a los servicios también debía verse como "inversión."

Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z. y Zabalaga-Estrada, C., "Presupuestos sensibles al género en América Latina: Rendición de cuentas para la Equidad y Transparencia," UNIFEM, 2004.

ESTADÍSTICAS

Esta sección analiza la importancia de las estadísticas en el trabajo con los PSG. Pero sostiene que la falta de estadísticas adecuadas no debe paralizar la realización del trabajo con los PSG. Sugiere maneras creativas de trabajar con lo que esté disponible y fomentar el mejoramiento de las estadísticas para el futuro.

USAR LAS ESTADÍSTICAS EN EL TRABAJO CON PSG

Los documentos sobre los PSG suelen reclamar la falta de datos de género. Tales estadísticas incluyen los datos desagregados por sexo, así como los datos sobre cuestiones importantes desde una perspectiva de género (como la violencia de género o la mortalidad materna) que podría afectar sólo a hombres o sólo a mujeres. Los datos sobre el uso del tiempo, en particular, suelen ser inexistentes o desactualizados. Esto interfiere con las mediciones y argumentos cuantitativos sobre el impacto de las políticas del gobierno y los respectivos presupuestos sobre el trabajo no remunerado de cuidado realizado por mujeres y hombres.

No se debe permitir que la falta de estadísticas de género impida el trabajo. No obstante, las buenas estadísticas son de mucho provecho para el PSG en diferentes etapas del proceso, desde la descripción inicial de la situación a abordar hasta el monitoreo y evaluación.

Un aspecto del PSG, entonces, puede enfocarse en explorar los datos existentes, y ayudar a generar nuevos. Con respecto a esta generación de datos, esto podría incluir actividades como realizar una encuesta aislada. Mejor todavía, podría establecer sistemas que generen datos de género en forma permanente. En particular, los indicadores de productos idealmente deberían provenir de un sistema administrativo, porque así estarían disponibles más inmediatamente que los productos de una encuesta. Esto es importante, porque los indicadores de productos deben relacionarse con el año en el que se gastó el dinero, es decir el año del presupuesto que acaba de terminar. Para los indicadores de resultados, la velocidad no es tan importante, ya que los resultados usualmente no se manifiestan instantáneamente y usualmente no se relacionan tan estrechamente con una actividad o programa específico.

Generalmente es más fácil usar los indicadores típicos porque es más probable que los datos para estos indicadores estén disponibles y porque otras personas probablemente entenderán los argumentos mejor si se usan conceptos conocidos. Sin embargo, no hay que aceptar los indicadores típicos sin ningún cuestionamiento. Por ejemplo, muchos países y organizaciones miden las prevalencias de uso de anticonceptivos en base a las mujeres casadas de edad reproductiva (usualmente de 15 a 45 años). Parece que asumen que las relaciones sexuales suceden sólo dentro del matrimonio y tan sólo en tales edades del grupo de “edad reproductiva”. Esto podría indicar que intereses morales o legales interfieren con un entendimiento de la situación real en el país y las verdaderas necesidades de las personas que viven allí.

En la etapa de incidencia, el trabajo con los PSG necesita realizarse con un cuidado especial sobre el uso de las estadísticas. A veces para la incidencia se buscan las cifras más grandes y escandalosas como una forma de convencer sobre la necesidad de gastar más dinero. Esta táctica puede resultar peligrosa porque, si la oposición puede mostrar que una o dos cifras de las presentadas no son correctas, esto puede hacer que todo el resto quede en duda.

Desagregación de cifras presupuestarias

Finalmente, debemos agregar una palabra sobre los datos desagregados dentro de las cifras del presupuesto principal. Las/los analistas de PSG suelen frustrarse por el hecho de que la información presupuestaria se presente de una manera que hace muy difícil o imposible separar las asignaciones de interés. Por ejemplo, es improbable que exista una partida aparte dentro del presupuesto de la policía para las órdenes de protección a causa de la violencia doméstica, ya que el mismo personal de la policía que trabaja con estas órdenes tiene otros trabajos también. Además, en la mayoría de los casos, usan las mismas oficinas para todos sus trabajos. Asimismo, si uno tiene interés en cuánto se asigna para las personas que consultan a servicios de salud con relación al VIH/SIDA, podría haber asignaciones por separado para rubros específicos, como medicinas anti-retrovirales, pruebas, o campañas de conscientización. Sin embargo, los gastos para el personal, los materiales los demás elementos necesarios para tratar a las personas con infecciones oportunistas no estarán separados de los gastos para tratar otras enfermedades. Éste es el caso especialmente si, como ya se recomendó, los servicios de VIH/SIDA está integrados con los de SR y salud primaria. En tales casos, pedir una partida por separado en el presupuesto podría interferir con la transversalización y por eso debería evitarse.

El hecho de que no haya una partida por separado en el presupuesto no significa que no podamos controlar si el gobierno está utilizando su presupuesto para abordar nuestras prioridades. La manera de hacerlo es pedir indicadores de productos y resultados que se relacionen con las prioridades. Por ejemplo, para las órdenes de protección, se puede pedir un indicador que muestre cuántas mujeres fueron atendidas. Con relación al VIH/SIDA, se puede pedir indicadores relacionados con los diferentes tipos de pruebas, tratamiento y cuidado recibidos.

RECUADRO 31: MANERAS CREATIVAS DE INVESTIGAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A veces las/los formuladores de políticas justifican su falta de políticas o presupuestos para problemas determinados porque afectan sólo a un número pequeño de personas y por lo tanto no pueden ser una prioridad. Esto puede suceder, en particular, con relación a las cuestiones como la violencia de género que, siendo un problema "oculto", es difícil de contabilizar. La incidencia en el PSG por estas cuestiones puede fortalecerse si se encuentran maneras creativas de generar datos que sean difíciles de cuestionar.

Las instituciones de investigación gubernamentales y no gubernamentales en Sudáfrica están colaborando en un estudio nacional sobre el femicidio – el asesinato a mujeres. Están usando datos recolectados de las morgues para poder estimar el índice nacional de femicidio y los factores asociados con estos asesinatos. Luego de identificar los casos, las/los investigadoras entrevistan a los policías que hicieron las investigaciones. También registran los detalles de los informes de los casos y de los exámenes a los cadáveres. La entrevista con la policía permite que las/los investigadoras identifiquen los casos en los cuales la mujer murió a manos de su pareja—por ejemplo, su novio actual, su ex-novio o ex-pareja, o su pareja del mismo sexo.

Los datos para 1999 sugirieron que 8,8 mueres de cada 100 mil mayores a los 14 años fueron asesinadas por sus parejas íntimas ese año. Las mujeres muertas por sus parejas tendían a ser menores a otras mujeres asesinadas, mientras que los asesinos del femicidio tendían a ser mayores. Las sentencias para asesinos de sus parejas íntimas tendían a ser menores que para los asesinatos a otras personas. El 2% de las víctimas asesinadas estaban embarazadas al momento de su asesinato, y el 15% habían sido asaltadas sexualmente.

A más de hallar estas tendencias, las/los investigadoras encontraron deficiencias en los sistemas de policiales, judiciales y otros que trataron estos casos. Estos descubrimientos están utilizándose en la incidencia permanente.

Referencia: http://www.mrc.ac.za/gender/projects.htm#femicide

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y SUS IMPLICACIONES PARA LOS PRESUPUESTOS

La demografía y las estadísticas de población son asuntos prioritarios para FNUAP. En la mayoría de los países, el censo es la fuente de datos más importante para estimar las tendencias a largo plazo de la población. El análisis del censo puede revelar una serie de tendencias que tienen implicaciones para el presupuesto. La relación de sexos se analiza a continuación. En algunos países en vías de desarrollo también hay un proceso permanente que se llama el "envejecimiento" de la población. Muchas personas piensan de esto en términos de una mayor proporción de gente mayor en la población. Esto tiene implicaciones de género porque usualmente (a) la mayoría de las personas ancianas son mujeres y (b) son principalmente las mujeres (jóvenes y de edad media) quienes cuidan a las personas ancianas. Pero el envejecimiento de la población tiene otro significado más amplio. También significa que la proporción de niños/as en la población será menor y la proporción de adultos/as jóvenes y de edad media será más numerosa. Esto podría significar que menor presupuesto deberá asignarse para la educación y más para la salud y otros propósitos. En los países con las epidemias de VIH/SIDA, hay una tendencia diferente—con un número desproporcionalmente bajo de personas en los grupos de edad reproductiva y productiva.

El censo usualmente se realiza cada diez años o, en el mejor de los casos, cada cinco años. Además, el censo tiende a incluir sólo un número reducido de preguntas, porque no es posible realizar una entrevista larga con cada hogar del país. Muchos países realizan encuestas demográficas y de salud (DHSs) periódicas para contar con información más detallada entre los censos.

La mayoría de estas encuestas DHSs son apoyadas por Macro Internacional en base a un cuestionario y método normalizados. Sin embargo, los países pueden cambiar el cuestionario según sus necesidades específicas y para investigar temas determinados. En Sudáfrica, la DHS del 1999 tuvo preguntas adicionales sobre la toma de decisiones a nivel familiar.

RECUADRO 32: EXPLORAR LAS RELACIONES DE SEXOS Y SU SIGNIFICADO

Las relaciones de sexos miden el número de varones en una población a comparación del número de mujeres. Biológicamente se supone que nacen más bebés varones, pero que la mortalidad será mayor para los bebés e infantes varones que para las bebés e infantes mujeres. Biológicamente, también se espera que las mujeres tendrán mayor expectativa de vida que los varones.

Donde no se encuentren estas tendencias, como en varios países del sur de Asia, puede haber varias razones. Una puede ser el impacto de la desigualdad de género—por ejemplo, si las mujeres gestantes abortan a sus bebés identificadas como niñas por la preferencia hacia hijos varones, y si las niñas y mujeres reciben peor nutrición y atención médica que los niños y hombres, y donde la mortalidad materna es alta. Otra razón puede ser porque los instrumentos como encuestas y censos, utilizados para conseguir las estadísticas de población, tienden a subregistrar a las mujeres, por prejuicios de las/los entrevistadores/as y entrevistados/as. Aunque ambas razones reflejan problemas, sus soluciones requieren diferentes políticas, las que tienen diferentes implicaciones para el presupuesto.

Las estadísticas sugieren que la relación de hombres a mujeres en los nacimientos se ha incrementado en los años recientes, lo que indicaría mayores índices de abortos de fetos femeninos. En abril 2001, algunas ONGs de la India plantearon una demanda de interés público en la Corta Suprema contra el gobierno central y estatal, exigiendo saber qué estaban haciendo al respecto de este problema. Como resultado el Ministerio de Salud y Bienestar reforzó la Prueba Diagnóstica Prenatal y persuadió al gobierno estatal que presentara cargos contra las personas involucradas en el feticidio femenino. El gobierno, los organismos internacionales, ONGs y los medios de comunicación social también crearon una red para sensibilizar al público sobre el problema.

Referencia: Zaman, W. y Chaudhury, R.H. (eds.), "Engendering Population Census in South and West Asia: Collected Papers," FNUAP, Equipo Nacional de Servicios Técnicos para el Sur y Occidente de Asia, Katmandú, 2004.

EN CONCLUSIÓN

Como se subrayó al comienzo, no existe un modelo único de PSG. Más bien, el PSG representa una perspectiva y un enfoque para la transversalización del género que pregunta: "¿Cuál es el impacto de los presupuestos del gobierno sobre las mujeres y hombres, niñas y niños?"

Este paquete de recursos reunió a muchos materiales e ideas de una amplia gama de diferentes áreas y sobre una serie variada de diferentes temas. Tan sólo una selección de estos materiales e ideas serán pertinentes para una determinada iniciativa en un país en particular. El paquete de recursos pretende, por lo tanto, dar una mano y plantear interrogantes y perspectivas, generando ideas para los CSTs del FNUAP para ayudarles a apoyar a los países, encontrando maneras en que la perspectiva del PSG podrá resultarles útil para progresar con la igualdad de género.