MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SAHARAUI

Plan de Género y Salud

2018 - 2020

CAMPAMENTOS DE POBLACIÓN SAHARAUI REFUGIADA
Julio, 2018

FICHA TÉCNICA:

Realizado por: Ministerio de Salud Pública Saharaui con la colaboración de Médicos del Mundo España en el marco del proyecto *"Mejorando el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad con perspectiva de género en los campamentos"*

Con el apoyo técnico de: Marta Pajarín García y Alicia del Olmo Garrudo
Con la financiación de: AECID

Esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud Pública de la República Árabe Saharaui Democrática y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.

ÍNDICE

ACRÓNIMOS 5
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS 6
PRESENTACIÓN 7
1. MARCO TEÓRICO, NORMATIVO E INSTRUMENTAL 9
1.1. Género y Salud 9
1.2. Marco normativo 12
1.3. Plan de Género y Salud 14
2. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA 18
2.1. Metodología 18
2.2. Principales conclusiones diagnósticas 19
2.2.1. Marco político 20
2.2.2. Estructura 23
2.2.3. Cultura de la organización 32
3. OBJETIVOS DEL PLAN DE GÉNERO Y SALUD 34
3.1. Objetivo General 34
3.2. Objetivos Específicos 34
4. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN 35
4.1. Participación de las mujeres 35
4.2. Igualdad como principio organizativo 35
4.3. Generación de capacidades y de sensibilidad en género 36
4.4. Generación de conocimiento 36
5. FICHAS TÉCNICAS DE LAS ACCIONES 37
5.1. Participación de las mujeres 37
5.2. Igualdad como principio organizativo 39
5.3. Generación de capacidades y de sensibilidad en género 42
5.4. Generación de conocimiento en salud y género 44
6. CRONOGRAMA 46
7. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 47
BIBLIOGRAFÍA 50

ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria de Salud
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
DAS	Derecho a la Salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CRS	Campamentos de población Refugiada Saharaui
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
GED	Género en Desarrollo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública Saharaui
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo Específico
ONG	Organización No Gubernamental
ONGD	Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PES	Plan Estratégico de Salud
PNEC	Programa Nacional de Enfermedades Crónicas
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PISIS	Programa Integral de Salud Infantil Saharaui
RASD	República Árabe Saharaui Democrática
RG	Revisión desde la perspectiva de género
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UA	Unión Africana
UJSARIO	Unión de Jóvenes de Saguia al-Hamra y Río de Oro
UNMS	Unión Nacional de Mujeres Saharauis

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico 1.	Áreas estratégicas para la institucionalización de género en salud	10
Gráfico 2.	Coherencia de género ente el nivel interno y externo del MSP	14
Gráfico 3.	Personal médico-sanitario desagregado por sexo (MSP, 2018)	23
Gráfico 4.	Personal de gestión desagregado por sexo (MSP, 2018)	24
Gráfico 5.	Distribución de incentivos por categoría profesional y sexo (MSP, 2018)	28

TABLAS

Tabla 1.	Ejes estratégicos del PES (2016-2020) y OE de género	15
Tabla 2.	Metas para 2020 del Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud	16
Tabla 3.	Programas del Ministerio de Salud Pública Saharaui	20
Tabla 4.	Cuadro de mando de indicadores de seguimiento período 2018-2020	40

PRESENTACIÓN

La institucionalización de la igualdad de género puede entenderse como el proceso por el que las instituciones integran el enfoque de género a través de procedimientos y procesos específicos, incorporándose en las rutinas y a la normas existentes, pasando a ser parte importante de las prácticas institucionales, la estructura organizativa y la definición de los objetivos y metodologías de la organización. La institucionalización de género implica por tanto traducir la voluntad política hacia la igualdad entre hombres y mujeres, no solo en los compromisos y acuerdos formales, sino también, en la planificación estratégica, la cultura organizacional, el presupuesto, la estructura organizativa y los procedimientos de trabajo, los sistemas de información y comunicación o los sistemas de seguimiento y evaluación[1].

En el ámbito de la salud, no se trata de un fin en sí mismo, sino de un proceso que contribuye a mejorar la orientación de las políticas de salud hacia las necesidades de la ciudadanía desde el principio de igualdad; un proceso que promueve una distribución de los recursos más equitativa y más eficiente en el desarrollo del derecho a la salud (DAS), y que emplaza a todos los actores, actrices y agentes involucrados en la política sanitaria y comprometidos con su protección y garantía.

El **Plan de Género y Salud (2018-2020)** del Ministerio de Salud Pública Saharaui (MSP), tiene como objetivo contribuir a incorporar la perspectiva de género en la política de salud saharaui, en consistencia con el Eje 3. *Incorporar la perspectiva de género en salud*, del Plan Estratégico de Salud 2016-2020 (en adelante PES 2016-2020). El Plan de Género y Salud se ha elaborado a partir del Documento Marco de Líneas Estratégicas en Género y Salud, generado en la primera fase del proceso de elaboración del Plan. El Documento Marco ofreció un diagnóstico inicial y contribuyó a consensuar entre todos los agentes involucrados una primera mirada de contexto, así como las áreas prioritarias de trabajo sobre las que se han diseñado las medidas que integran el Plan de Género y Salud (2018-2020).

En el primer capítulo del Plan se presenta el marco normativo, teórico e instrumental que justifica y orienta la aproximación diagnóstica recogida en el segundo capítulo. Este marco y las principales conclusiones diagnósticas, orientan los objetivos del Plan que se fijan en el capítulo tercero y configuran el mapa sobre el que se trazan las propuestas de actuación que se presentan en el capítulo cuarto. El capítulo quinto recoge una ficha técnica por cada una de las medidas y acciones identificadas, cuya calendarización semestral se indica en el cronograma incluido en el capítulo sexto. Finalmente, en el capítulo séptimo se describe el sistema de seguimiento del Plan, así como el cuadro de mando de indicadores.

El proceso conlleva un enorme reto técnico y estratégico que requiere de la generación de espacios de planificación participativos en los que de manera progresiva, se vaya construyendo una visión y un compromiso compartidos sobre el proceso. Con estos principios de actuación, el resultado será la indudable mejora en el desarrollo del DAS de toda la población saharaui, desde criterios de equidad, eficiencia, innovación y calidad.

[1] Rico, N. (2001). El proyecto Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales. En N. Rico y L. Bravo (coop). Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6485/S01121081_es.pdf?sequence=1

1. MARCO TEÓRICO, NORMATIVO E INSTRUMENTAL

La decidida incorporación de la perspectiva en género en la política de salud saharaui que recoge el PES 2016-2020, supone la consolidación del esfuerzo mantenido que el MSP viene realizando con el objetivo de orientar la política sanitaria a las necesidades de salud de su población, mejorando la equidad y la calidad de su actuación. Esta línea de trabajo contribuye a alinear la responsabilidad del MSP en el respeto, la protección y la garantía del DAS de la población saharaui refugiada con los marcos normativos internacionales y regionales de promoción de la igualdad de género. Así mismo, la experiencia demuestra que la desigualdad entre mujeres y hombres constituye un factor de vulnerabilidad y un determinante clave de salud de las poblaciones; y que el logro de unos estándares de salud adecuados, requiere de la incorporación de la perspectiva de género en todas las fases de la política sanitaria y a todos los niveles de la planificación, la gestión y la toma de decisiones en salud.

El Plan de Género y Salud del MSP se nutre de este marco normativo, teórico e instrumental que justifica y orienta la aproximación diagnóstica, las líneas de acción prioritaria y las medidas concretas que se recogen en los siguientes apartados del documento.

1.1. Género y Salud

Mujeres y hombres tienen el mismo derecho al desarrollo de su salud y aunque afrontan muchos problemas de salud semejantes, disponen de **perfiles epidemiológicos diferenciados** en función de factores y determinantes que afectan a su salud, tanto biológicos como aquellos referidos a las características de su organización e interacción social. Por ello, la protección y la promoción del DAS, requiere que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes[2].

Hombres y mujeres son biológicamente diferentes y por ello, tienen riesgos de salud diferenciados en función de **factores biológicos** -genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.- que condicionan sus respectivos perfiles epidemiológicos. Pero además, la salud de mujeres y hombres se encuentra condicionada por riesgos derivados de **factores culturales y sociales** asociados a los roles y a los estereotipos que cada sociedad asigna a unos y otras, por la diferente capacidad de acceso a los servicios y recursos sanitarios, o por la desigual capacidad de decisión sobre su propia salud. Las brechas relativas al acceso a la educación, la nutrición, el empleo o los ingresos, también condicionan las oportunidades diferenciadas de hombres y mujeres a gozar de buena salud[3].

---

[2] Amo, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes de salud.* Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

[3] OMS (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* [*en línea*]. Disponible en: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

OMS (2010). *Gender, women and primary health care renewal. A discussion paper* [en línea]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/handle/10665/44430

OPS (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla.* Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género [en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=3344%3Agender&Itemid=40517&lang=es

La **perspectiva de género y salud** permite visibilizar cómo las desigualdades de género constituyen un obstáculo para el desarrollo de las dimensiones del DAS desde el principio de igualdad y no discriminación, y ofrece información muy relevante a la hora de orientar y planificar la política sanitaria. Así por ejemplo[4], la *disponibilidad*, referida al número de recursos, bienes y servicios disponibles para el cumplimiento del derecho está muy relacionada con la definición de prioridades y la distribución presupuestaria, espacios de toma de decisiones donde las mujeres suelen estar menos representadas. La *accesibilidad* está vinculada a la no discriminación en la prestación y en el alcance geográfico, cultural o económico y en este sentido, las mujeres suelen tener menores recursos de movilidad, menor acceso a recursos económicos o una mayor presión desde las normas culturales. La *calidad* de los servicios, tanto técnica como humana, se relaciona con la satisfacción de las expectativas de quien presta los servicios, como de quien los recibe. La calidad se ve incrementada con la atención a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres y apostando por criterios de calidez, confidencialidad que favorecen el acceso y satisfacción de las mujeres. La *aceptabilidad* en relación a los valores culturales de las personas titulares de derechos, requiere una revisión de dichos valores desde la mirada de género y en función del ciclo de vida.

De manera complementaria, cabe destacar que la ***participación*** es un principio fundamental del DAS que requiere de un esfuerzo específico de todos los agentes implicados (tanto desde el propio MSP como del resto de titularidades de responsabilidades como agencias internacionales y ONGD) por promover una mayor participación de las mujeres a todos los niveles, tanto en la toma de decisiones sobre su propia salud, como en su capacidad de incidencia en los determinantes sociales de la salud.

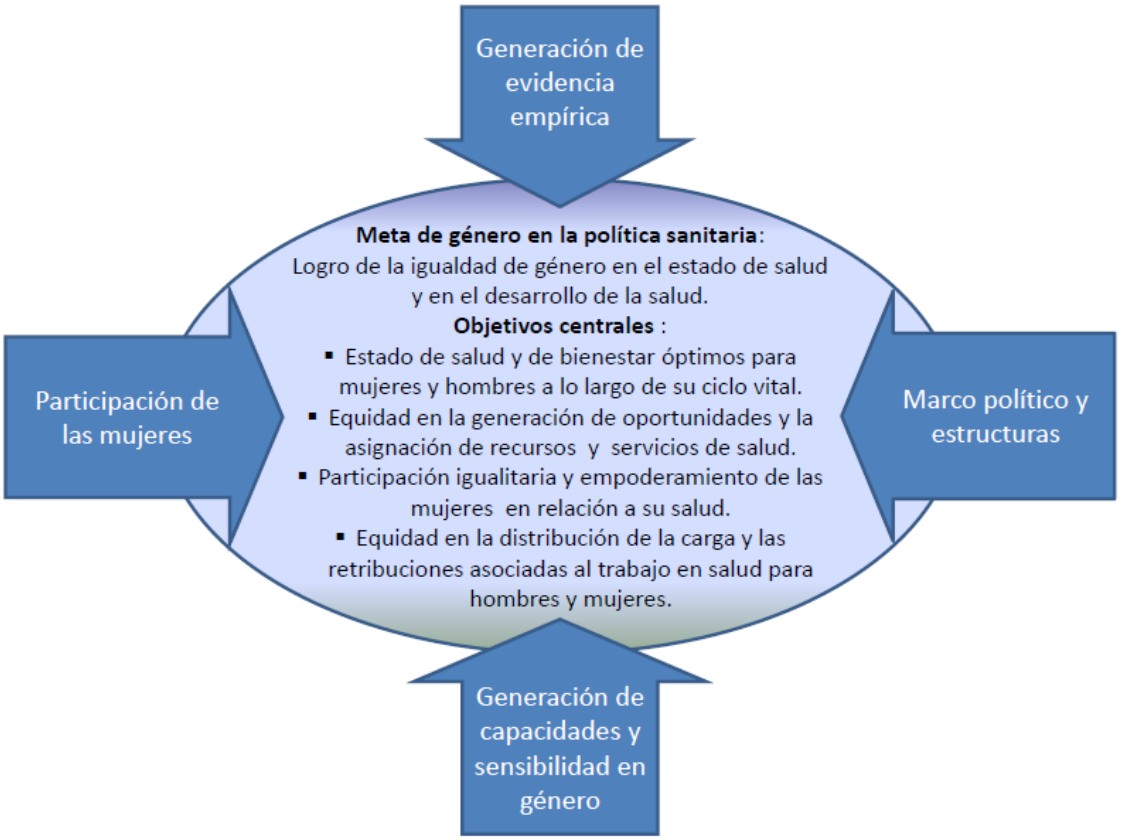
La perspectiva de género y salud contribuye por tanto a identificar las posibles brechas de realización del DAS entre mujeres y hombres y en tanto que **compromiso político**, emplaza a promover medidas específicas para transformar estas desigualdades. La perspectiva de género en salud implica también un indudable **reto técnico** para los sistemas de salud en el fortalecimiento de sus capacidades para reducir los riesgos para la salud propios de las mujeres y de los hombres, e identificar sus respectivas oportunidades de gozar de buena salud. Este reto para las políticas sanitarias también implica la transformación de la conciencia y la sensibilidad de género de sus profesionales y el fortalecimiento de sus conocimientos en el manejo de los determinantes de género de la salud que inciden en las mujeres, no solo como consumidoras, sino también como proveedoras esenciales de la atención sanitaria[5].

En todos los contextos, el **análisis de las responsabilidades y la distribución del poder** en el sector resulta un elemento clave desde la perspectiva de género y salud, pues a pesar de que las mujeres constituyen la mayoría del personal trabajador en salud (con y sin remuneración), tienen menor capacidad de influencia en la política sanitaria y en la toma de decisiones, por concentrase en los niveles base de la fuerza laboral del sector. Las mujeres son también las **principales proveedoras de cuidados** en el ámbito familiar por su rol social asignado y la política sanitaria ha de tener en cuenta esa circunstancia que suele conllevar sobrecarga de trabajo, pobreza de tiempo, dificultades para conciliar la vida profesional y personal, así como un

[4] Elaboración propia a partir de ISI (2010). *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el* desarrollo. Madrid: IUDC.
[5] OPS (2007).

desgaste emocional y físico con un importante impacto psicológico. Culturalmente las mujeres suelen ser también las principales generadoras de promoción y prevención de la salud, sin que se visibilice y se reconozca el valor social de esta labor. La política sanitaria ha de tener en consideración estas circunstancias y desde una perspectiva de corresponsabilidad social y pública, mejorar las condiciones en las que se realiza el trabajo de prevención y promoción de la salud, fortaleciendo el **enfoque comunitario** de este tipo de intervenciones, políticas e iniciativas esenciales para el desarrollo de la salud a nivel de atención primaria (APS)[6].

Gráfico 1. Áreas estratégicas para la institucionalización de género en salud



Fuente: elaboración propia a partir de adaptación de OPS, 2010 (pág.6).

[6] En las distintas conferencias mundiales sobre la promoción de la salud, celebradas en el marco de la OMS, y sus correspondientes documentos declarativos y operativos, se ha visibilizado el papel de las mujeres como agentes comunitarios de salud, y se han realizado recomendaciones específicas para la incorporación de la perspectiva de género. Destacaremos las siguientes: la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas Saludables (1988), Declaración de Sundsvall sobre Entornos propicios para la salud (1991), Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo 21 (1997), Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las ideas a la acción (2000) la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2005) o la Declaración de la 9º Conferencia Global sobre Promoción de la Salud (Shanghai, 2016). http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1 y http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/es/

La incorporación de la perspectiva de género en la política sanitaria requiere por tanto la generación de las siguientes capacidades esenciales[7]:

- Identificar el **estado de salud** (enfermedades prevalentes e intensidad por sexo) y los **determinantes de salud** para hombres y mujeres a lo largo de todo su ciclo vital (factores de riesgo y de protección diferenciados tanto biológicos, como sociales y culturales).
- Identificar los **obstáculos de acceso** a los servicios y recursos de salud (incluyendo el transporte, el acceso a la información, la capacidad de decisión, la disponibilidad de recursos económicos y de tiempo).
- Identificar la **respuesta y el impacto diferenciado** de las políticas y programas de salud y su alcance transformador de género (si logra un cambio en las desigualdades, en el equilibrio de poder o en las creencias y estereotipos de género).
- Reconocer la contribución de las mujeres en la provisión de salud y atender a las responsabilidades y distribución del poder de decisión y remuneración del **trabajo en el sector salud** (en el sistema formal e informal);
- Ampliar las **capacidades** y mejorar las **condiciones** de las mujeres, adolescentes y niñas para el disfrute de una buena salud y fortalecer su **control** y toma de decisiones sobre su salud.
- Generar **datos epidemiológicos** diferenciados por sexo y edad y promover **estudios e investigaciones** que tengan en cuenta los procesos y resultados de salud y enfermedad de las mujeres.
- La **generación de la sensibilidad de género y de capacidades** en género y salud de todo el personal sanitario y de gestión.

Estas capacidades básicas son comunes a todos los contextos y marcan las orientaciones esenciales para el diseño de la hoja de ruta en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud.

1.2. Marco normativo

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas y en las políticas de desarrollo está ampliamente respaldada por los marcos normativos internacionales, en los que la igualdad entre mujeres y hombres se considera un objetivo nuclear en la promoción de espacios de convivencia centrados en el bienestar de las personas, en la promoción de la cohesión social y en la realización de los derechos humanos bajo el principio de igualdad y no discriminación. Entre los principales instrumentos normativos que respaldan el compromiso por la igualdad de género destacan la ***Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*** de 1979 (CEDAW por sus siglas en inglés) y la ***IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*** (Beijing, 1995), que contribuyó de manera decisiva a promover el **Enfoque de Género en Desarrollo** –enfoque GED- como el más efectivo para el logro de la igualdad.

El enfoque GED pone el énfasis en las causas estructurales de las desigualdades y de las vulneraciones de derechos, e inspira la generación de **políticas integrales y transformadoras** que promuevan cambios en la distribución de recursos, oportunidades de participación y de

[7] Elaboración propia en base a OMS (2009, 2010) *íbidem* y OPS (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos* [en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf

decisión, cambios en las normas y prácticas institucionales y también, en la toma de conciencia de mujeres y hombres y en los valores y estereotipos culturales que puedan generar discriminación y exclusión[8].

La comunidad internacional ha adoptado en 2015 la ***Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*** (2015) que constituye una agenda universal para todos los países, en la que se fortalece este compromiso por la igualdad, transversalizando el enfoque de género en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) entre los que se formula, además, uno específico destinado a "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas" (ODS 5). El **ODS 5** incluye una meta en torno a "Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen". Por su parte, el **ODS 3** destinado a "Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades" incluye también metas destinadas reducir la mortalidad materna, a promover una cobertura sanitaria universal y en concreto, una meta referida al acceso universal a servicios completos de salud sexual y reproductiva (SSR).

La perspectiva de género y la promoción del derecho a la salud de las mujeres queda también recogida en la **Observación general Nº 14** (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En materia de derechos sexuales y reproductivos (DSR), cabe destacar la ***Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo*** (CIPD, El Cairo, 1994) donde se supera el término salud materna e infantil, y se asume definitivamente el enfoque de derechos y la importancia de los DSR como parte de los derechos humanos. La CIPD y la revisión CIPD +20, enfatizan la necesidad de seguir avanzando en el logro de la igualdad y de promover un mayor empoderamiento de las mujeres en el ámbito de la salud, así como la implicación de los hombres en las responsabilidades reproductivas.

Por su parte, el compromiso de la **Unión Africana (UA)** con la igualdad de género se recoge en diversas declaraciones y documentos, como el art.4 de su Acta Constitutiva, el *Protocolo sobre Derechos de las Mujeres en África* o la *Solemne Declaración sobre Igualdad de Género en África* (2004). En enero de 2010 la Asamblea de la Unión Africana adoptó la *Década de las Mujeres (2010-2020)* cuyos objetivos están vinculados a la Plataforma de Acción de Beijing y el programa de la CIPD, entre otros compromisos regionales. En materia de DSR destaca entre otras el *Plan de Acción de Maputo sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* para la aplicación de *la Política Continental de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* (2006) el *Plan de Acción contra la Trata de Seres Humanos, en especial Mujeres y Niñas/os* (2006), la *Estrategia de Salud Africana* (2007-2015) o la Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA).

El logro de la igualdad de género está también recogido en el **objetivo 17** referido a la "Plena igualdad de género en todas las esferas de la vida" que incluye la **Agenda 2063** que fija las

[8] Para ampliar información sobre el enfoque transformador de género ver *Gender at Work Framework* y ONU Mujeres (2015). *Gender Equality and Human Rights. Discussion Paper* [en línea]. Disponible en: http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights

prioridades de desarrollo regionales para los próximos años. La perspectiva de género está también integrada y transversalizada en el resto de objetivos y metas que se fija la Agenda en materia de empleo, participación política y gobernabilidad, educación, salud, etc[9].

La **Constitución de la RASD** (1999) incluye un artículo[10] destinado a consagrar a la igualdad de "todos los ciudadanos" y otro[11] a la promoción de la mujer, aunque sin embargo, no se han generado políticas de igualdad específicas destinadas al desarrollo de este principio. En los últimos años se ha generado una mayor atención a la agenda de género alentada por la política activa de la Unión Nacional de Mujeres Saharauis (UNMS) para incorporar mujeres en puestos de toma de decisiones, que se concreta en la *Ley de cuotas de 2013* que insta a un porcentaje mínimo de mujeres del 30%[12].

1.3. Plan de Género y Salud

La integración sistemática de la perspectiva de género en la política de salud requiere de recursos políticos, técnicos y humanos e implica, necesariamente, un proceso de cambios también al interior de la propia institución responsable de su diseño y provisión. En este proceso de institucionalización de la perspectiva de género, pueden identificarse dos líneas de acción estratégicas complementarias y que conviven de manera paralela[13]:

- "Hacia dentro": la integración sistemática de la perspectiva de género hacia el interior del propio MSP, atendiendo a aspectos vinculados con el marco político, las estructuras y procesos, la gestión de los recursos humanos y del presupuesto, etc.
- "Hacia fuera": la integración sistemática de la perspectiva de género en las políticas y acciones de atención sanitaria que se generan desde los programas de salud.

La coherencia entre ambos niveles es imprescindible para que la institucionalización de género sea exitosa y se alcancen los objetivos de garantizar el DAS de toda la población bajo el principio de igualdad, y de producir cambios en las visiones y en los patrones de organización y de relación que pueden repercutir en la salud de las mujeres y en su participación en la vida social, económica, política y cultural de los Campamentos de Población Saharaui Refugiada (CRS).

Gráfico 2. Coherencia de género ente el nivel interno y externo del MSP

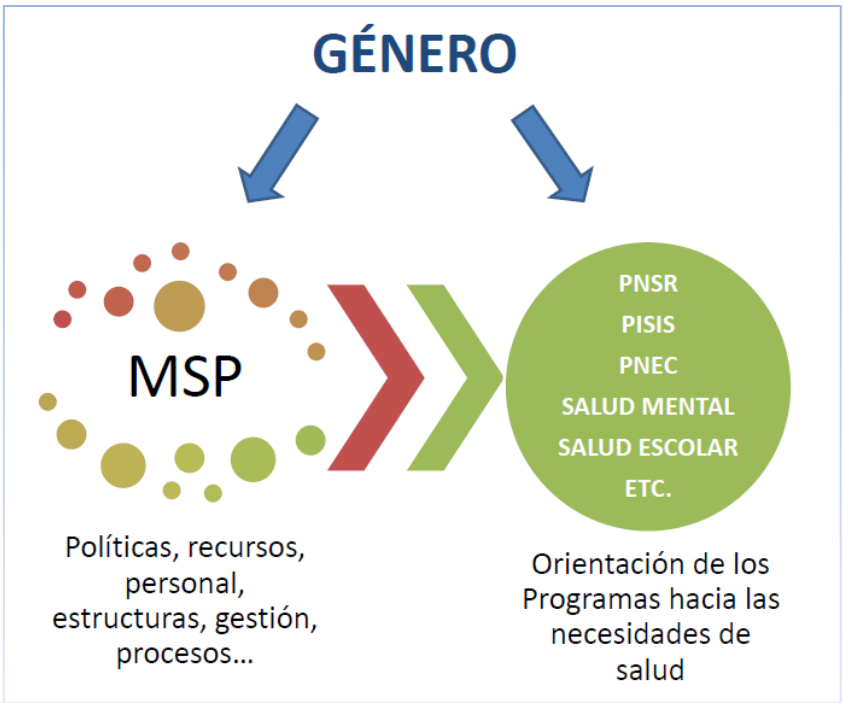
[9] AU (2015). *Agenda 2063. The Africa we want* [en línea]. Disponible en: https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf,
AU (2016). *African gender scorecard* [en línea]. Disponible en: https://au.int/sites/default/files/documents/31260-doc-2015_auc_african_gender_scorecard_en.pdf

[10] Artículo 25 de la Constitución de la RASD de 1999 adoptada en el X Congreso Nacional del Frente Polisario: "Todos los ciudadanos son iguales ante la ley, tanto para la protección como para la sanción".

[11] Artículo 41: "El Estado persigue la promoción de la mujer y su participación política, social y cultural en la construcción de la sociedad y el desarrollo del país".

[12] Actualmente las mujeres representan el 34% del Parlamento, el 48% en las presidencias de dairas, el 17% del personal diplomático en el exterior y el 50% de los gobernadores/as y también hay una mujer en el Consejo Consultivo de la Delegación del Gobierno de la RASD. (entrevista Fatma Al Mehdi, presidenta de la UNMS).

[13] Adaptación de López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social.* Madrid: Cruz Roja. Pág. 39.



Fuente: elaboración propia.

A pesar de esta necesidad de coherencia entre ambos niveles, las organizaciones e instituciones han venido mostrando una tendencia a priorizar el trabajo de género hacia fuera, adoptando metodologías y herramientas de planificación sensibles al género para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones y políticas sanitarias. Sin embargo, la evidencia ha demostrado que **el trabajo hacia el interior de la organización** es una condición *sine qua non*, dado que implica el desarrollo de las capacidades esenciales indicadas anteriormente, para la puesta en marcha y consolidación de la perspectiva en género y salud.

Es por ello que el Plan de Género y Salud (2018-2020) pone el énfasis en estas medidas "hacia dentro" como área estratégica prioritaria en el proceso de institucionalización de la perspectiva de género. Tanto la aproximación diagnóstica como las propuestas de avance, se focalizan en identificar las principales debilidades institucionales, organizativas y técnicas; y derivadas de las mismas, las principales **líneas prioritarias de actuación** al interior del propio MSP.

Esta orientación del Plan se alinea con las prioridades fijadas por el PES 2016-2020 en la formulación del Eje 3. *Incorporar la perspectiva de género en salud,* así como de objetivos específicos (OE) y metas de género en otros ejes. Cabe señalar que el actual PES supone una apuesta decisiva[14] por incorporar la perspectiva de género en salud al incluir este Eje 3 entre los 6 ejes estratégicos que constituyen las principales áreas de intervención, que "deben marcar los criterios para medir lo pertinente y adecuado de las actividades, la organización interna y funcional de los servicios de salud, e incluso de los proyectos y programas desarrollados desde el MSP y con otros actores"[15].

[14] El PES (2011-2015) incluía la igualdad social y de género como uno de sus principios de gestión y acción inspiradores, sin embargo, no se establecieron medidas específicas que canalizaran este principio.
[15] MSP (2015), *Plan Estratégico de Salud 2016-2020*, pág. 29.

Estos 6 ejes se sustentan sobre cuatro valores que acogen la mirada de género: el entendimiento de la salud como un derecho humano para todos y todas, sin distinción de raza, sexo (…); acceso gratuito, universal y equitativo de los servicios de salud preventivos y de acuerdo a las necesidades de cada persona (…); eficiencia en la gestión; y participación comunitaria[16].

Tabla 1. Ejes estratégicos del PES (2016-2020) y OE de género

	EJES ESTRATÉGICOS	OE ESPECÍFICOS DE GÉNERO
Eje 1.	Mejora la gestión y el desempeño del personal en salud	OE. 5 Implementar una política de mejora de las condiciones de trabajo y conciliación familiar, que facilite la incorporación de las mujeres en puestos de toma de decisiones (Meta 4)
Eje 2.	Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos (preventivos y asistenciales)	
Eje 3.	**Incorporar la perspectiva de género en salud**	OE. 12 Aumentar el acceso a recursos y beneficios de las trabajadoras y las usuarias de los servicios de salud OE. 13 Aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y a nivel de política sanitaria OE. 14 Lograr la institucionalización de género en materia de legislación, documentos políticos y declarativos y en gestión operativa OE. 15 Mejorar la capacitación del personal del MSP y los diferentes centros en salud y género
Eje 4.	Mejorar la transparencia de la información y la rendición de cuentas	OE. 17 Desarrollar planes de comunicación y promoción de la salud para aumentar la aceptabilidad de los servicios y programas entre hombres y mujeres, en coordinación con las OSC y ONG (Meta 18)
Eje 5.	Reforzar la colaboración intersectorial, con otras agencias y organizaciones y la participación de la sociedad civil	OE. 21 Impulsar la coordinación y la firma de acuerdos con organizaciones de la sociedad civil para su participación en salud (en la Meta 22 se especifica conseguir acuerdos con organizaciones de mujeres).
Eje 6.	Lograr el compromiso político y humanitario para una financiación sostenible del sector salud	

Fuente: elaboración propia a partir de PES (2016-2020)

La perspectiva de género y salud implica entender que **ninguna política e iniciativa es neutra al género** y que por tanto, tiene impactos en las relaciones entre hombres y mujeres que si no se tienen en cuenta a la hora de planificar, pueden conllevar un perjuicio para el avance en los desequilibrios. Es por ello que todos los ejes, OE y las acciones que se lleven a cabo tienen una lectura de género, que se espera ir abordando en las revisiones y ediciones posteriores del Plan de Género y Salud, finalizada la vigencia del actual en el año 2020.

Tabla 2. Metas para 2020 del Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud

[16] *Idem.*

M. 11	Elaboración y seguimiento de un Plan de Acción en Género y Salud
M. 12	Cobertura universal en todas las dairas de los servicios de SSR (seguimiento del embarazo, atención al parto, seguimiento del puerperio, planificación familiar, promoción de la salud, prevención y tratamiento del aborto
M. 13	Participación activa de colectivos y organizaciones de mujeres de la sociedad civil en el análisis y toma de decisiones en salud
M. 14	Todos los documentos declarativos y operativos hacen mención a las necesidades por separado de ambos sexos y a intervenciones orientadas a satisfacerlas
M. 15	Inclusión de capacitación sobe género en los Planes de Formación del Personal

Fuente: PES (2016-2020)

El proceso de diseño del **Plan de Género y Salud**, se encuentra en consistencia con la Meta 11 del PES y tal y como se ha mencionado, en la primera edición se centra en identificar unas líneas prioritarias de actuación para la integración sistemática de la perspectiva de género hacia el interior del propio MSP. Estas líneas prioritarias podrán también orientar el trabajo en otros ejes estratégicos y nutrir el contenido de gran parte de las metas formuladas.

No obstante, desde una mirada comprehensiva e integral y tal como se ha referido en el marco teórico, existen áreas estratégicas que trascienden el eje 3 y que son comunes a todos los ejes y programas: la generación de evidencia empírica a través de datos desagregados, estudios específicos e indicadores de género, la generación de capacidades y de sensibilidad de género, la participación de las mujeres a todos los niveles y en condiciones de equidad, así como la promoción de una cultura de seguimiento, evaluación y de rendición de cuentas en relación al objetivo de igualdad. Es por ello, que el Plan de Género y Salud (2018-2020), también recoge líneas de avance en estas materias.

2. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La elaboración de un Plan de Género y Salud debe partir necesariamente de un análisis de situación lo más ajustado posible, es decir, de un diagnóstico participado y compartido que revele las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres, sus causas y posibles medidas de corrección de los desequilibrios. Para ello es necesario identificar necesidades, problemas, puntos de interés y oportunidades de mejora en igualdad de género en dos direcciones: hacia el interior de la propia institución, y hacia los servicios y las actuaciones de política pública que desde ella se llevan a cabo. El resultado de este ejercicio de análisis debe ser necesariamente la definición de una lista de prioridades y objetivos, y la aplicación de estrategias de actuación, analizando las posibles contingencias que puedan surgir[17].

2.1. Metodología

Para la elaboración de este Plan de Género y Salud, se avanzó en un primer momento en la elaboración de un Documento Marco de Líneas Estratégicas que incluyera una primera aproximación diagnóstica capaz de ofrecer datos e información significativa en dos líneas primordiales. En primer lugar, sobre el grado de institucionalización de género[18] del MSP es decir, sobre la integración de la igualdad de género en las prácticas y rutinas cotidianas de la organización. En segundo lugar, sobre la situación de la igualdad en la propia estructura del personal responsable de la gestión y el personal médico -sanitario, es decir, su distribución por sexo en los diferentes colectivos y niveles de responsabilidad, la política de incentivos, la participación en los espacios de toma de decisiones, etc.

El diagnóstico y el Documento Marco se desarrollaron en diferentes fases: una **primera fase de gabinete** en la que se realizó un acercamiento a la información disponible sobre el contexto, los datos actualizados sobre la situación de la salud de los CRS, la planificación y programas vigentes, etc. Se revisaron entre otros los resultados de la *Encuesta de satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud en los CRS* (realizada en diciembre de 2017), los datos facilitados por el sistema de información sanitaria (SIS), así como los documentos de las *XVI Mesa de Concertación* celebrada en Rabuni en noviembre de 2017 y de la *Plataforma de actualización en Salud*. En último lugar se confeccionó la agenda de trabajo en terreno, en la que se identificaron las personas informantes clave para este estudio en el seno del MSP, en los niveles político, técnico y de gestión. La agenda incluyó también la identificación de otros agentes -como la UNMS, NOVA o la UJSARIO- que cumplen también una función en garantía del DAS de la población saharaui y en concreto, de las mujeres saharauis refugiadas.

La **segunda fase consistió en el desarrollo del trabajo de campo,** para la cual se trasladaron dos investigadoras[19] a los CRS durante un periodo de siete días. La experiencia acumulada por el

---

[17] Federación Española de Municipios y provincias-FEMP (s.d.). *Guía para elaborar planes locales de igualdad entre hombres y mujeres.* [en línea]. Disponible en: http://femp.femp.es/files/566-182-archivo/Guia%20elaboracion%20Planes%20Locales%20Igualdad.pdf

[18] Rico, N. (2000). *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. [en línea]. Disponible en: https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4318/ddr1e.pdf

[19] Las consultoras Alicia del Olmo y Marta Pajarín realizaron la asesoría técnica para la elaboración del Documento Marco durante los meses de marzo y abril de 2018, en el marco del proyecto de Médicos del Mundo "Acceso a la salud de toda la población, a través de un refuerzo integral de la Atención Primaria de Salud en los Campamentos Saharauis de Argelia", financiado por AECID.

equipo de investigación debido a su implicación en el trabajo de Médicos del Mundo en los CRS con anterioridad, el manejo de herramientas y metodologías y el conocimiento del contexto, han facilitado la identificación más rápida de los actores y actrices clave, y el acercamiento al estado de la cuestión en un periodo de tiempo relativamente breve.

Desde los inicios se optó por un enfoque de trabajo participativo puesto que para que un proceso de transformación organizativo sea exitoso es necesario que parta de la información y el consenso de las principales personas responsables que deben sentirse implicadas en el mismo. Además, el uso de técnicas participativas con perspectiva de género contribuye a la toma de conciencia y al empoderamiento de género de mujeres y hombres, así como a la acumulación de conocimiento en este ámbito[20].

Se llevaron a cabo un total de 8 entrevistas individuales y 4 entrevistas grupales que reunieron a un total de 18 personas. Posteriormente, se realizó un análisis de la información obtenida a través de estas entrevistas y se compartieron unas conclusiones preliminares en la reunión final de trabajo de identificación y diseño con el MSP, cuyo objetivo principal fue la puesta en conocimiento de la información recopilada durante la semana de trabajo y el análisis conjunto y la identificación compartida de propuestas de mejora en colaboración con el personal del Ministerio. A esta reunión asistieron un total de 13 personas, la mayoría de las cuales habían sido entrevistadas en las jornadas anteriores. Así acudieron personas responsables de diferentes departamentos ministeriales (Direcciones de Cooperación y Asistencia sanitaria y Personal; Jefaturas de dispensario), personal médico-sanitario (profesoras Escuela Enfermería y matronas) y representantes de organizaciones, como la UNMS o la UJSARIO.

En una **tercera fase**, se llevó a cabo un análisis en profundidad de la información recopilada y se estudiaron el resto de las fuentes documentales del MSP, relevantes para obtener propuestas de trabajo para la integración del enfoque de género en la política de salud saharaui.

Finalmente, durante el mes de mayo se llevó a cabo la **fase de difusión** del Documento Marco de Líneas Estratégicas entre el personal del MSP y se realizó una presentación a todo el personal de gestión. Los comentarios y aportes realizados en estos espacios han orientado el ajuste del contenido del Documento de cara a **la fase de diseño y formulación** de las medidas contempladas en el Plan de Salud y Género (2018-2020).

2.2. Principales conclusiones diagnósticas

La institucionalización de género es el proceso mediante el cual las prácticas orientadas a la igualdad se hacen regulares y continuas, son establecidas por normas y tienen una importancia significativa en la estructura de las organizaciones y en la definición de los objetivos y metodologías adoptadas por una institución[21]. Este proceso no debe interpretarse como la adición de prácticas y actividades a las estructuras ya existentes sino que es un proceso de cuestionamiento interno, de cambio así como de innovación.

Como se ha mencionado anteriormente, esta aproximación diagnóstica tiene como objetivo conocer el grado de institucionalización de género en el MSP, es decir, en qué medida la propia institución integra la perspectiva de género en su planificación, gestión, provisión de servicios,

[20] Sojo, D.; Sierra, B. y López. I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Médicos del Mundo.
[21] Rico, N. (2000).

etc. y cuál es la situación del personal médico-sanitario y de gestión desde la perspectiva de la igualdad entre mujeres y hombres.

Para incorporar la perspectiva de género de forma global y transversal en una organización es necesario planificar acciones y estrategias para el cambio y se requiere estudiar el estado de la situación de la igualdad de género en tres niveles[22] principales: el marco político, el nivel estructural y la cultura de la organización

2.2.1. Marco político

El marco político hace referencia a todo el contenido de carácter "sustancial" de la institución, es decir, el ideario, la misión, los textos legales, los documentos de planificación estratégica, y en general, sus objetivos así como la concepción de política que promueve.

La existencia de una **voluntad política** en una institución en relación a la necesidad de avanzar en la igualdad de género es fundamental para que una experiencia de institucionalización tenga éxito. El contexto saharaui actual es favorable en este aspecto ya que el MSP expresa una clara voluntad por sumarse a la labor de incorporación del enfoque de igualdad en la política saharaui, centrada en incorporar mujeres en puestos de participación y toma de decisiones. En este sentido, se puede afirmar que desde hace unos años[23] existe cierto ambiente proactivo desde algunas instituciones a integrar y dar voz a las mujeres. Esta aparente actitud abierta e incluso impulsora de la participación de las mujeres en la vida política de la RASD por parte de las instituciones, convive con ciertas manifestaciones sobre el papel que las mujeres tienen en la sociedad y que las reducen a su rol reproductivo. No obstante, las autoridades saharauis están haciendo esfuerzos por atraerse a mujeres a puestos de mayor responsabilidad y visibilidad.

En el ámbito de salud, el MSP se muestra abiertamente positivo hacia un incremento de la presencia de mujeres en el mismo, algo que puede tener efectos positivos en la planificación de las políticas en cuanto a toma de decisiones y empoderamiento, continuando la senda iniciada por programas como el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) en el seno del Ministerio.

De manera paralela, se observa que algunos de los principales documentos estratégicos y de planificación del MSP contienen ya enfoque de género en sus planteamientos. De hecho, el **PES 2016-2020** supone un punto de inflexión en la apuesta de la política de salud por avanzar en igualdad de género ya que en él se recoge "la voluntad expresa manifestada por el MSP de incorporar el enfoque de género en la política sanitaria[24]". Además, aunque con cierto margen de mejora, y como se ha descrito en el apartado anterior, se han incluido algunos elementos de género en otros ejes así como objetivos de género en el mencionado Plan que merece la pena ser destacados.

Por tanto se observa una evolución positiva en la última década ya que en 2008[25] existía escasa visibilidad de análisis de los problemas de salud de hombres y mujeres de manera diferenciada,

---

[22] Sojo, D.; Sierra, B. y López. I. (2002).

[23] Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015). *El derecho a la salud de la población refugiada saharaui desde una mirada de género.* Documento interno de Médicos del Mundo.

[24] Ministerio de Salud Pública (2015). *Plan Estratégico de Salud (PES) 2016-2020*.

[25] En 2008, y en el marco del trabajo de Médicos del Mundo en los CRS se realizó el diagnóstico *Género y salud sexual y reproductiva en el refugio saharaui*, cuyos resultados marcaron las líneas para la estrategia de trabajo de la organización en este ámbito de la salud. Posteriormente, en 2015 se llevó a cabo una

más allá de los que tenían que ver con el rol reproductor de las mujeres. De hecho, los dos planes estratégicos anteriores de salud, los PES 2006-2010 y PES 2011-2015 no consiguen dar ningún paso destacado en relación a la igualdad de género. Esta "ventana de oportunidad" que ha supuesto el PES 2016-2020 viene reforzada por la existencia de marcos jurídicos internacionales en salud y género referenciados en el apartado relativo al marco normativo incluido en este documento.

Aunque se observa esta mejora en la **planificación estratégica** de la política de salud a nivel global, no parece que este hecho se traslade a los documentos de planificación de la mayor parte de los programas del Ministerio de Salud (programas, guías, documentos internos, etc.). El Ministerio cuenta en la actualidad con un total de siete programas en ámbitos específicos de salud, además de varios programas de carácter transversal:

Tabla 3. Programas del Ministerio de Salud Pública Saharaui

Áreas específicas	De carácter transversal
Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)	Sensibilización y educación
Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PISIS)	Vigilancia y epidemiología
Programa Nacional de Enfermedades Crónicas (PNEC)	
Programa de Salud Mental	
Programa de Salud Escolar	
Programa de Celiaquía	
Vacuna	

Fuente: elaboración propia a partir de la información de la XVI Mesa de Concertación

Según la información recabada en esta aproximación diagnóstica, únicamente el PNSR contiene aspectos relevantes desde el enfoque de género, en parte, debido al esfuerzo conjunto que se viene haciendo entre el MSP y Médicos del Mundo desde hace más de una década. Este programa es sin duda un ejemplo de experiencia exitosa en cuanto a la **vinculación entre la perspectiva de género y la mejora de la calidad de los programas sanitarios**. De hecho, se pueden identificar resultados concretos[26] en el avance de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres saharauis, que tienen que ver con su acceso a los recursos y beneficios, con el incremento en su participación en la toma de decisiones sobre su salud y a nivel de política sanitaria, y con una progresiva institucionalización de género en el MSP[27].

A través del PNSR se ha promovido un refuerzo del ejercicio del DAS y de los DSR de las mujeres saharauis. La tendencia seguida en estos años sugiere que se ha producido un incremento en la frecuentación a los servicios del PNSR cada vez más consolidado y que estas mejoras han tenido un impacto claro en la salud de las mujeres saharauis y en la reducción de la mortalidad materna.

actualización de dicho diagnóstico, y de manera específica, de la situación de los factores determinantes en salud en los CRS, es decir, los factores que afectan al conjunto de actividades, derechos, obligaciones y oportunidades de mujeres y hombres; y sus consecuencias para la salud de la población.

[26] OCDE (2009). *Gestión orientada a resultados en materia de igualdad de género en los países socios.* [en línea]. Disponible en: http://www.oecd.org/dac/gender-development/43430647.pdf

[27] Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015).

La promoción de un acceso equitativo a servicios de SSR de calidad a nivel de APS, constituye una línea de trabajo prioritaria en la garantía del DAS de la población saharaui refugiada desde una perspectiva de género. En este sentido, se ha realizado un esfuerzo mantenido y progresivo en la mejora del acceso de la población a los recursos y servicios de SSR que trasciendan el enfoque materno-infantil, a través de la puesta en marcha y consolidación del PNSR tratando de abordar de manera simultánea todos los componentes esenciales de maternidad segura y atención a los y las recién nacidos/as (atención prenatal, atención al parto, atención al recién nacido/a, nutrición materno-infantil, etc.); además de incluir de manera progresiva otros elementos de SSR como la atención en el puerperio, el espaciamiento de embarazo, las prácticas contraceptivas, sensibilización y prevención de ITS, etc. así como una mayor consolidación de la salud infantil a través el desarrollo del Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PISIS).

La mejora en la atención de una necesidad de salud tan relevante para las mujeres saharauis, se ha realizado tratando de incorporar medidas sensibles al género como la promoción de una atención de mayor calidad y calidez, mejorando su privacidad y confidencialidad e incrementando su conocimiento sobre salud reproductiva a través de actividades de información institucionalizadas durante el control perinatal.

Otro resultado destacable desde el punto de vista de género ha sido la visibilización y el reconocimiento del papel que desempeñan las mujeres para el mantenimiento de la salud de su comunidad. La mejora de las condiciones económicas y motivacionales con las que las matronas desempeñan su trabajo revierte en un incremento de la calidad de la atención. Por esta razón, han sido tan importantes los esfuerzos realizados en la mejora de su movilidad y condiciones de trabajo a través de medidas de retribución, consolidación institucional (mejora de sus condiciones de desempeño del trabajo), fortalecimiento de conocimientos y capacidades y reconocimiento social y profesional.

Así mismo, uno de los resultados más relevantes del desarrollo de las actividades ha sido la consolidación del equipo del PNSR, con una mujer en su dirección y la creación de una estructura orgánica de coordinación a nivel nacional y regional que se ha apropiado del PNSR, capaz de realizar un monitoreo del programa, con espacios periódicos de intercambio de información y gestión participativa.

A lo largo del trabajo en estos años se ha logrado un considerable avance en la promoción de una gestión sanitaria informada y participada a través de la disposición de información sanitaria cada vez más fiable (mediante el desarrollo del sistema de registros y la realización de estudios e informes) y la creación de espacios institucionalizados de comunicación, intercambio y coordinación entre el personal médico-sanitario y los altos cargos del MSP.

El trabajo conjunto con organizaciones de mujeres y su fortalecimiento constituye una medida de empoderamiento de las mujeres, como estrategia clave para el logro de la igualdad de género. La UNMS ha sido un socio estratégico para mejorar el acceso a la información y sensibilización en materia de salud reproductiva.

No obstante, existen pocos documentos de planificación sectorial en el MSP y los existentes contienen una escasa integración de igualdad de género en sus objetivos, actuaciones e indicadores. Se puede afirmar que no se han generado suficientes capacidades institucionales para trabajar con un marco de planificación estratégica y operativa, con definición temporal (especialmente anual) de objetivos, prioridades e indicadores que favorezcan el seguimiento y

la rendición de cuentas. Esta debilidad supone un obstáculo para la institucionalización de género que requiere de procesos pautados y participados por el personal responsable en cuanto a la planificación y la gestión. A su vez la integración de la línea de género puede suponer una oportunidad de mejora de toda la documentación de planificación estratégica y operativa del Ministerio.

En este sentido, los documentos de programa[28] no recogen la línea transversal de género a pesar de que el mandato del PES hace referencia clara a la obligación de integrar la línea de género en la planificación en su OE 14 "Lograr la institucionalización de género en materia de legislación, documentos políticos y declarativos, y en gestión operativa".

2.2.2. Estructura

Este nivel hace referencia en primer lugar a las estructuras internas, es decir, a la distribución de mujeres y hombres en diferentes puestos de la organización y las responsabilidades y tareas que tienen asignadas, así como el reconocimiento en términos económicos, de acceso a recursos y toma de decisiones que se les da a las mismas. Es fundamental estudiar las diferencias de género en la organización del sistema de salud porque las desigualdades en el personal sanitario contribuyen a mantener las inequidades en la provisión de servicios[29].

En segundo lugar, se centra en el análisis de los procedimientos institucionales, las rutinas y actividades diarias en las diferentes fases de la actividad de la institución, en los procesos de toma de decisión, etc.

2.2.2.1. Análisis del personal del Ministerio de Salud Pública

El proceso de integración de género en las políticas públicas requiere de un **análisis de la posición que ocupan mujeres y hombres** en la definición, implementación y gestión de las acciones. El conocimiento de la proporción de ambos sexos en la institución, y sobre todo su presencia según niveles de responsabilidad y decisión aporta conclusiones importantes sobre la igualdad de oportunidades en el sector público, y en general sobre los resultados de las medidas para fomentar la participación equilibrada de mujeres y hombres en todos los ámbitos[30]. Además de aspectos como la composición por sexo en cada colectivo y puesto de responsabilidad, es conveniente analizar la distribución de medidas de retribución, incentivos y complementos, así como el disfrute de permisos y licencias retribuidas y no retribuidas.

En el sector sanitario saharaui, al igual que ocurre en otros contextos, la composición del personal por sexo es bastante desigual en función de los distintos niveles y áreas de responsabilidad. En marzo de 2018, el Ministerio de Salud Pública contaba con un total de **1.328 efectivos**[31], de los que un 59,8% son mujeres y un 40,2%, hombres.

---

[28] En el marco de este trabajo se han revisado los siguientes documentos: Guía Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), Guía Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PISIS), Manual clínico terapéutico para la atención primaria, y la Guía de promoción de la salud.

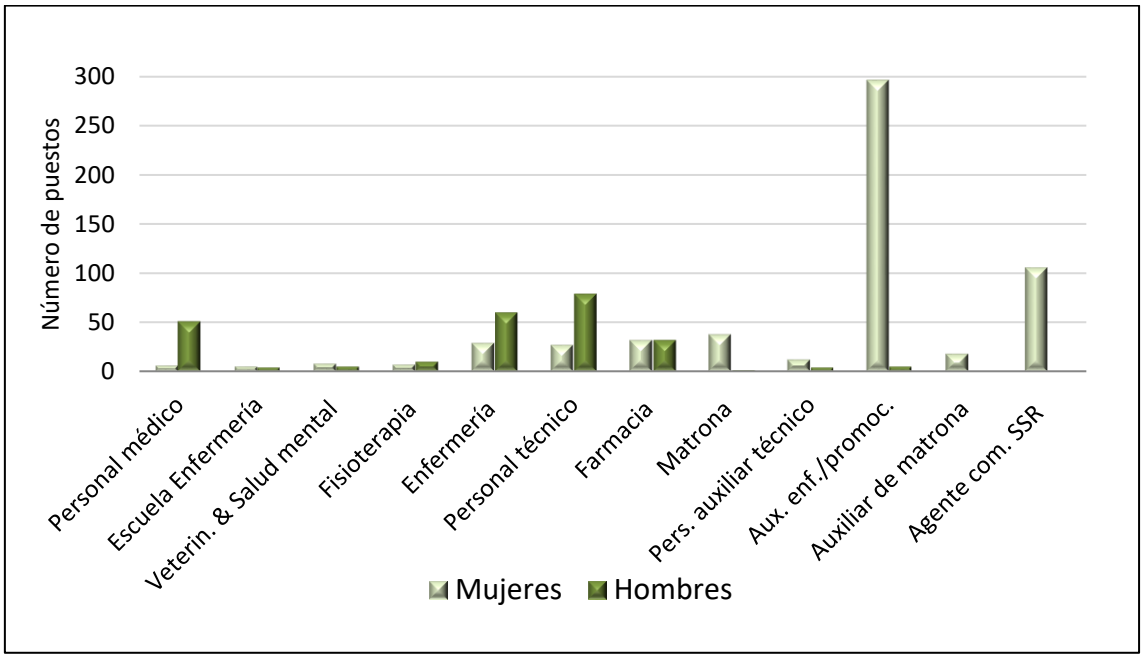
[29] Sojo, D. y López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación.* Madrid: Médicos del Mundo.

[30] Junta de Andalucía (2010). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2011.*

[31] Datos proporcionados por la Dirección de Formación y Función Pública, MSP.

Según la información facilitada por la Dirección de Formación y Función pública del MSP, el personal a su servicio está compuesto por cuatro colectivos diferenciados. El primer grupo, de **personal médico-sanitario**, reúne todas las categorías de profesionales del sector: personal médico generalista y por especialidades, veterinaria, salud mental, enfermería, matronas, diferentes cuerpos técnicos (nutrición, vacuna, oftalmología, estomatología, etc.), farmacia, responsables de la promoción de la salud y agentes comunitarias de SSR, etc.

Gráfico 3. Personal médico-sanitario desagregado por sexo (MSP, 2018)

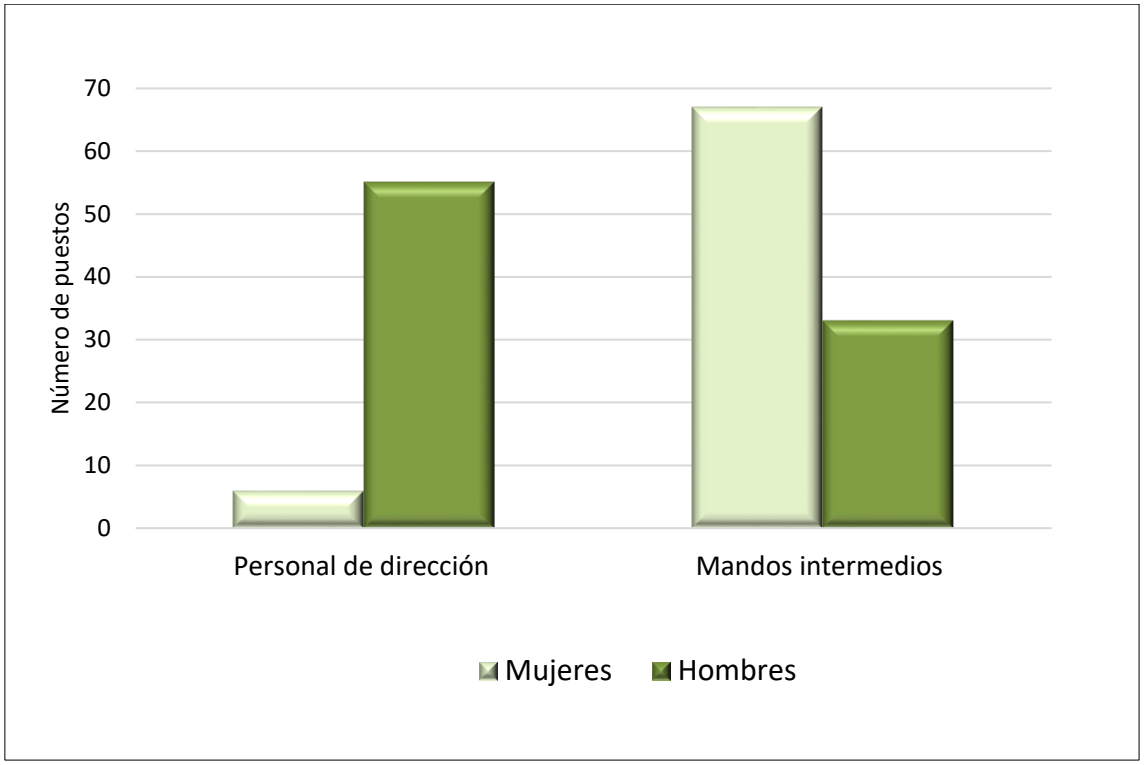


Fuente: elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Dirección General de Formación y Personal.
Nota: datos de marzo de 2018. El lenguaje inclusivo sobre categorías profesionales no se encuentra en las tablas originales.

Este colectivo, compuesto por 851 personas, está formado por un 70% de mujeres y un 30% de hombres. Las mujeres se concentran principalmente en las categorías de matrona (97,4%), personal auxiliar técnico (75%), auxiliares de enfermería y promoción (98,3%), auxiliares de matrona (100%) y agentes comunitarias de SSR (100%). El colectivo médico es primordialmente masculino (89,5%) así como el de enfermería (67,4%) y el de personal técnico (74,5%). Las categorías más equilibradas en cuanto a su composición por sexo son la de farmacia (50% de hombres y de mujeres), fisioterapia (un 58,8% de hombres) y personal de la Escuela de Enfermería (55, 5% de mujeres).

Por su parte, el **personal de gestión** asciende a un total de 181 personas, de las cuales el 45,3% son mujeres y el 54,7% hombres. Este colectivo concentra a las personas responsables de la gestión de las políticas y de los servicios de salud tanto a nivel central (secretaría general, dirección central, jefatura de departamento central, director de hospital y secretaría de servicios centrales), regional (dirección regional, dirección hospital regional, secretaría de servicios regionales) y local (dirección local y secretaria de servicios locales).

Gráfico 4. Personal de gestión desagregado por sexo (MSP, 2018)



Fuente: elaboraicón propia a partir de los datos facilitados por la Dirección General de Formación y Personal.
Nota: datos de marzo de 2018.

Las mujeres ocupan únicamente el 9,8% del total del personal de dirección, es decir, de los puestos de dirección central, regional y de hospitales, y de jefatura de departamento central. La presencia masculina se concentra en los puestos de mayor rango especialmente en el nivel central, donde los hombres ocupan el 88,9% de las direcciones del Ministerio o el 82,1% de las jefaturas del departamento central. En el nivel regional, las direcciones están representadas en un 100% por hombres al igual que las direcciones de los cinco hospitales existentes en los CRS. En este nivel, la presencia se equilibra un poco más en las jefaturas de departamento regional con 11 mujeres y 14 hombres. Por último, las mujeres son mayoría en los puestos en el nivel local: representando el 70% de las directoras locales (o jefas de dispensario) y el 100% de las secretarias de servicios locales.

El tercer grupo está compuesto por el **personal de servicios**, que agrupa a profesiones vitales para el mantenimiento de las infraestructuras y servicios como limpieza, cocina, conducción de vehículos, vigilancia, servicios auxiliares y otras tareas. Este grupo está compuesto por un 68,5% de hombres y un 31,5% de mujeres. Los primeros se concentran principalmente en los puestos de conductores, vigilantes y servicios auxiliares donde ocupan el 100% de los puestos.

En último lugar, el grupo de **ayuda social,** compuesto por un 52% de mujeres y un 48% de hombres incluye a personas (o sus viudos/as) que estuvieron al servicio del Ministerio y que ahora reciben una pequeña remuneración a modo de reconocimiento económico.

2.2.2.2. Retos del sistema de salud saharaui hacia el personal desde la perspectiva de género

El sistema de salud saharaui cuenta con un personal comprometido con la salud de la población de los CRS, que se enfrenta a numerosas dificultades a la hora de desarrollar su labor. La disponibilidad de personal médico y sanitario formado es uno de los mayores retos para la salud saharaui en la actualidad. La situación de refugio prolongado, la dependencia de la financiación externa, la inexistencia de una carrera profesional y la falta de estímulos profesionales y salariales **producen desánimo e incluso abandono del personal médico y sanitario** del desempeño de su trabajo.

Hay que recordar que los y las profesionales son personas voluntarias que reciben un incentivo por sus servicios, incentivo que está sujeto a muchas inestabilidades (como retrasos) y cuya supervivencia hoy en día se encuentra en peligro debido a la reducción del volumen de la ayuda internacional y a la dificultad de los organismos financiadores para situar el pago del mismo entre sus prioridades. La valoración de la cuantía de estos incentivos para las diferentes categorías, así como la evaluación del desempeño del trabajo, son objeto de controversia interna entre el personal, como se verá más adelante en relación a su análisis de género.

A todo ello se suma la aparición de un fenómeno en los CRS que aunque no es nuevo, se ha agudizado en los últimos años: el desarrollo de la **medicina privada** que está afectando el frágil equilibrio del sistema de salud pública saharaui. En los últimos diez años han proliferado las consultas médicas y de pruebas diagnósticas que atraen al escaso personal médico y sanitario existente ante la oportunidad de una mayor remuneración. Según las personas entrevistadas, ante la falta de incentivos que reconozcan suficientemente la labor que realiza el personal médico-sanitario en el sistema público de salud, numerosos/as profesionales están respondiendo a las ofertas provenientes de organizaciones o de particulares al frente de iniciativas privadas de salud.

Existe una desmotivación generalizada en parte del personal que agudiza el riesgo de fuga de profesionales tanto dentro de los CRS, desde el sistema público al privado; como hacia el exterior, ya sea Argelia, España u otros países del entorno. La motivación y retención de profesionales en todos los niveles de asistencia sanitaria es cada vez más complicada ya que como se ha descrito anteriormente las condiciones creadas por el refugio prolongado dificultan el funcionamiento de las instituciones y del sistema de salud saharauis.

Si se analiza esta situación desde el enfoque de género, se identifican tendencias que, en el marco de un contexto de una general debilidad, afectan de manera más acusada a las mujeres.

a) La pirámide de género del sistema de salud saharaui

Como se expone en el apartado anterior, las mujeres suponen algo más de la mitad de los puestos del sistema de salud, un 59,8%. Esta cifra se eleva al 70% al tratarse del personal médico-sanitario, en el que las mujeres representan un total de 584 frente a 251 hombres. Las categorías profesionales más feminizadas son matrona (con 38 mujeres y 1 hombre), auxiliar de enfermería y promoción (296 mujeres y 5 hombres), auxiliar de matrona con 18 mujeres y agentes comunitarias de SSR con 106 mujeres.

Las mujeres ocupan la mayor parte de los puestos en **el nivel local**, de vital importancia para el mantenimiento de la salud en los CRS ya es que es donde se desarrolla la labor de prevención y atención primaria, y por tanto tienen un acceso más cercano y una mayor capacidad para incidir en la población.

Al mismo tiempo, están insuficientemente representadas en las estructuras de poder y decisión que definen las prioridades y asignan los recursos para la política de salud en los diferentes niveles de atención a nivel central y regional. Sólo 1 de las 9 direcciones centrales del Ministerio de Salud está ocupada por una mujer en marzo de 2018, mientras son femeninas 5 jefaturas de departamento central de un total de 28 puestos y 3 secretarías de servicios centrales sobre un total de 11. Las direcciones de los 5 hospitales están ocupadas también por varones.

Se produce un fenómeno de "pirámide de género" en el que las **mujeres predominan en la base del sistema de salud pero están subrepresentadas en la cúspide en los niveles de toma de decisión política, de planificación y distribución de los recursos.**

Como se ha mencionado anteriormente en los últimos años, el Ministerio de Salud, (y más concretamente su máximo responsable, el Ministro), manifiesta interés en que más mujeres ocupen puestos de responsabilidad en las direcciones centrales y regionales del sistema de salud, lo que resulta muy positivo para el impulso de acciones específicas en este sentido, pero que requiere de un apoyo claro a medidas concretas.

b) Insuficiente visión consolidada sobre el papel de liderazgo político de las mujeres en la sociedad

El sistema de salud saharaui cuenta con mujeres muy capaces, interesadas y comprometidas con su labor, las cuales siguen siendo muy reconocidas por su papel en el cuidado de la salud de la población saharaui. No obstante, y a pesar de este reconocimiento social y profesional no están suficientemente representadas en puestos relevantes de la política y gestión de la salud, un aspecto que la OMS considera fundamental para contar con políticas equitativas en salud.

Sin embargo, y a pesar de este reconocimiento, existe cierta tendencia según los testimonios recogidos, a culpar a las mujeres de su falta de disponibilidad y de compromiso para ocupar puestos de mayor rango, cuando lo cierto es que normalmente desempeñan la triple jornada (laboral, doméstica y comunitaria), lo que les deja sin poder controlar su tiempo, un recurso del que los hombres disponen con más flexibilidad. En ningún momento se cuestiona la división sexual del trabajo en los CRS, es decir, el reparto de tareas y responsabilidades que se asignan por sexo en cada sociedad. En este contexto, las mujeres son las que se encargan principalmente de las actividades de cuidado de la familia y del hogar, así como de las tareas de carácter comunitario, además de desempeñar su trabajo profesional en el ámbito sanitario.

La OMS diagnostica una situación similar en muchos contextos en el mundo y afirma que "las mujeres, que constituyen la columna vertebral del sistema sanitario, raras veces están representadas en los puestos ejecutivos o de gestión; más bien tienden a concentrarse en los empleos con sueldos bajos y expuestas a mayores riesgos de salud ocupacional. Su función como prestadoras informales de asistencia sanitaria en el hogar o la comunidad no suele recibir apoyo, reconocimiento ni remuneración[32]". Se produce la paradoja de que siendo las mujeres las que

[32] OMS (2009).

más contribuyen, como prestadoras formales e informales, a mejorar la salud de la población vean menos representadas sus necesidades de salud y ocupen menos puestos de decisión.

En las condiciones actuales, las profesionales de la salud saharauis manifiestan una importante **sobrecarga de tareas y responsabilidades** debido principalmente a la escasez de personal con dedicación efectiva y a la multiplicidad de programas que han sido puestos en marcha en los últimos años, los cuales recaen en las mismas personas en la base del sistema sanitario y cuya implementación y supervisión se hace cada vez más compleja.

Esta sobrecarga se debe a su papel en la sociedad, en la que como se ha señalado tienen una gran responsabilidad en el mantenimiento de la vida de los CRS, tanto en el ámbito privado como en el comunitario. Las profesionales de la salud expresan importantes dificultades para **conciliar la vida personal y familiar**, que según los testimonios es la principal, aunque no la única razón, por la que muchas sanitarias se resisten a ocupar puestos de mayor responsabilidad o a asumir más tareas. Aducen otras razones para no hacerlo como las **dificultades para el desplazamiento** hasta las instalaciones del Ministerio en Rabuni y la poca disponibilidad de transporte, la existencia de **entornos demasiado masculinizados** en los que las mujeres se encuentran en minoría, y les resulta complicado participar y negociar con las personas responsables. En estos espacios profesionales existen una serie de rutinas creadas y gestionadas por hombres en las que las mujeres encuentran difícilmente un encaje cómodo, lo que les desanima a frecuentarlos.

c) La política de incentivos y el control del desempeño

Como se ha mencionado anteriormente, el personal del sistema de salud recibe una compensación económica por llevar a cabo su labor que recibe el nombre de “incentivo” o más recientemente “coste del servicio”, un reconocimiento que aunque no es muy elevado es necesario para que se produzca un desempeño satisfactorio por parte del personal.

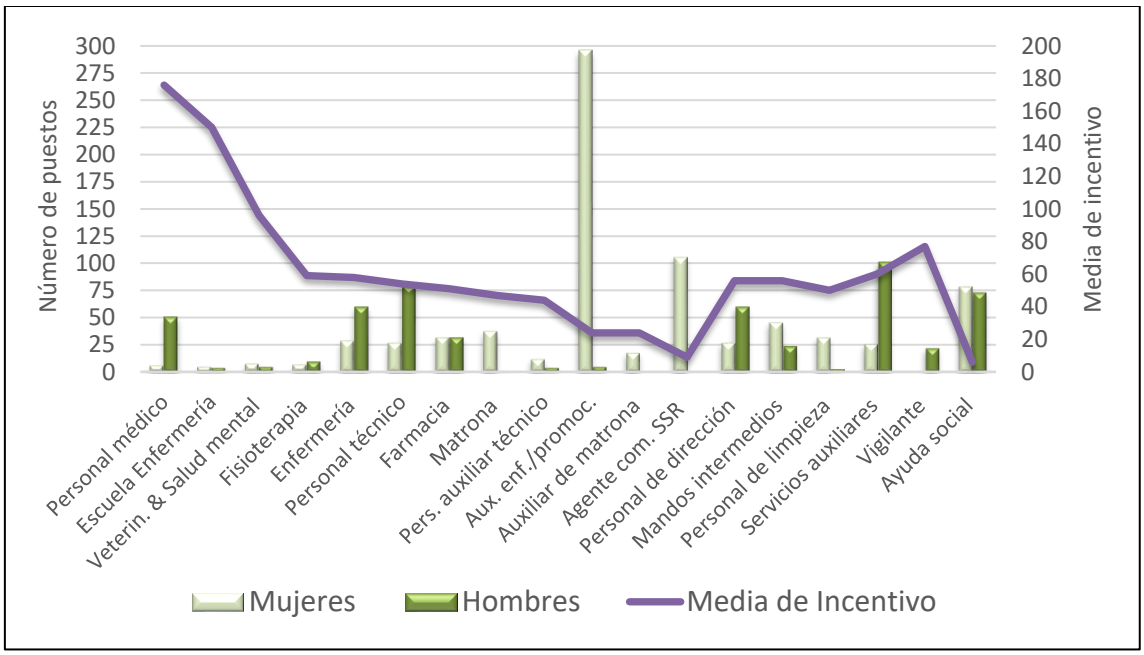
En los últimos años, y debido a diversos factores relacionados con la financiación, el sistema de incentivos en salud ha entrado en un periodo crítico produciéndose retrasos en el pago de los mismos, y más recientemente dificultades que ponen en riesgo su sostenibilidad. A ello se suma la escasez de **mecanismos de control eficientes del desempeño** que aseguren el cumplimiento de las funciones adjudicadas a cada puesto de trabajo, lo que crea malestar entre el personal. En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo por racionalizar el sistema de retribución. Actualmente, la valoración del desempeño mensual se realiza en función del salario base, el cómputo de la antigüedad y la valoración del rendimiento, calculado como ratio de presencia real sobre la de presencia obligatoria.

Aunque como se ha señalado, las profesionales de la salud son muy valoradas en los CRS, en realidad el sistema solo realiza un **reconocimiento parcial de la naturaleza del trabajo** que realizan algunas profesionales. Como consecuencia de ello se produce una valoración del rendimiento del trabajo, centrada exclusivamente en la presencialidad, lo que crea controversia en el colectivo en general. En ocasiones no se tienen en cuenta las guardias, el trabajo o partos nocturnos, o los desplazamientos que realizan las profesionales para visitar a pacientes convalecientes o a personas dependientes.

En relación a la cuantía de los incentivos, estos se encuentran en una horquilla que oscila entre el máximo de 176 Euros/mes que recibe un médico/a y la cuantía mínima de 9 Euros que recibe una agente comunitaria en SSR, pasando por los 58 Euros que recibe un/a enfermero/a, los 47

Euros de una matrona o los 24 Euros de un/a auxiliar de enfermería. Mención aparte merecen las personas que reciben una ayuda social de unos 6 euros al mes por los servicios prestados cuando estaban en activo ellas mismas o sus viudos/as.

Gráfico 5. Distribución de incentivos por categoría profesional y sexo (MSP, 2018)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Dirección General de Formación y Personal, y de la documentación presentada en la XVI Mesa de Concertación.
Nota: datos de marzo de 2018. El lenguaje inclusivo sobre categorías profesionales no se encuentra en las tablas originales.

Como se observa en el gráfico, en el que se representa la distribución de incentivos por grupo profesional, las categorías mayoritariamente masculinas reciben incentivos relativamente más elevados que las más feminizadas. Este fenómeno se aprecia claramente en la categoría de personal médico, enfermería, personal técnico, personal de dirección, servicios auxiliares y vigilancia. Las categorías en las que la media del incentivo es inferior, son las que concentran el mayor número de mujeres: auxiliares de enfermería y promoción, auxiliares de matrona y agentes de SSR, y en las que descansan como ya se ha referido anteriormente una parte importante del cuidado de la salud en los CRS.

Ante la previsión de que se produzca una revisión a la baja de los incentivos, existe un riesgo real de que esta reducción afecte de manera más aguda a las mujeres profesionales, lo que puede incrementar su desmotivación general. Por eso, la búsqueda de **otras vías y formas de incentivación** para el personal femenino es un aspecto crucial no solo para las propias profesionales sino para la supervivencia del sistema de salud en los campamentos.

d) Otras debilidades en las condiciones de trabajo relevantes desde la perspectiva de género

Por otro lado, la formación continuada y el **reciclaje profesional** en salud son absolutamente imprescindibles para mantener actualizadas las competencias del personal así como sus

conocimientos y manejo de técnicas y herramientas para adaptarse a las nuevas realidades sociales y sanitarias.

Las profesionales de los distintos colectivos de la salud manifiestan importantes necesidades a este respecto ya que consideran que el reciclaje y el intercambio de conocimiento y experiencia con personal de otros contextos les resultan imprescindibles para desarrollar su trabajo de manera más actualizada y también más motivada. Mucho más cuando debido a la escasez de personal médico, el personal sanitario se ve obligado a hacer frente a muchas responsabilidades que normalmente deberían recaer sobre médicos y médicas. No solo expresan esta necesidad las mujeres profesionales sino también las promotoras de salud que, en el marco del programa que el MSP desarrolla en colaboración con la UNMS, reclaman una puesta al día sobre los contenidos de sus actividades de sensibilización y promoción de la salud, así como de técnicas y metodologías de sensibilización y concienciación a la comunidad.

Además, las dificultades expresadas por el personal femenino en relación al desempeño de su labor también guardan relación con aspectos de carácter práctico. Entre ellos, el acceso al uso y control del recurso del **transporte**, de importancia estratégica en los CRS, es muy limitado para las mujeres profesionales, lo que dificulta el seguimiento de determinados programas sanitarios que han visto reducidos sus recursos en los últimos años.

Así mismo, las profesionales de la salud indican la necesidad de mejorar las **instalaciones e infraestructuras sanitarias**, en relación a las dependencias reservadas al descanso del personal, que o bien no existen o no se mantienen en buenas condiciones, en lo que tiene que ver con el equipamiento principalmente.

Por último, se manifiestan claras deficiencias en la disponibilidad y gestión del **material sanitario y medicamentos** especialmente en los hospitales, lo que dificulta sobremanera el desempeño por parte de las profesionales de su trabajo.

Todo ello tiene **consecuencias negativas** en el trabajo de las mujeres profesionales de la salud en los CRS. Las mujeres ocupan la mayoría de los puestos de la base del sistema de salud con mucha sobrecarga de tareas y responsabilidades, e importantes dificultades para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral. Al mismo tiempo, están presentes en escasos puestos en las estructuras de poder y de gestión del sistema de salud, lo que les margina de los espacios de toma de decisión principales en la política saharaui de salud.

Como consecuencia, existe una desmotivación generalizada que, aunque no es exclusiva de las mujeres, produce en ellas la no incorporación en la profesión sanitaria (en el caso de las recién egresadas) o el abandono de la profesión sanitaria y su retirada al ámbito doméstico, o incluso dedicarse a otras actividades productivas que generan un mayor beneficio económico y facilitan una mejor conciliación de la vida personal, familiar y laboral; mientras que las que permanecen, paradójicamente, ante la falta de personal se ven obligadas a asumir mayores responsabilidades de las asociadas a su cargo.

Es decir, al mismo tiempo que se produce una pérdida de capital humano de mujeres formadas en el que el sistema de salud ha invertido recursos y tiempo, se produce una sobrecarga de tareas y responsabilidades sobre las mujeres que permanecen en el mismo. Según se ha podido constatar en esta aproximación diagnóstica, esta desmotivación también se refleja en la

dificultad para incorporar mujeres al sistema de formación sanitario, y de manera específica en la Escuela de Enfermería.

2.2.2.3. Herramientas de recopilación de información, de seguimiento y de registro

Conocer la evolución del *continuum* salud-enfermedad a través de indicadores fiables es fundamental para poder entender la evolución de la salud y tomar decisiones al respecto. Para ello, es necesario un sistema integrado de información que permita planificar, gestionar, evaluar y, por lo tanto, facilitar a la dirección un instrumento de decisión táctico y estratégico para la toma de decisiones a corto y medio plazo[33].

Sin duda, uno de los avances más importantes en el sistema de salud saharaui en los últimos años ha sido el desarrollo, a partir de 2012, de un mecanismo de recogida y gestión de información relativa a la salud de la población a través del sistema de información de salud (SIS). En 2014 este sistema, confeccionado por el Departamento de Estadística de Asistencia Médica, comenzó a implantarse en los hospitales nacional y regionales, así como en los dispensarios.

En marzo de 2018, y según la información facilitada por el citado Departamento de Estadística, el SIS cuenta con un total de 86 indicadores, de los cuales 36 se actualizan anualmente. Existe un sistema de control epidemiológico semanal que se gestiona a través de la oficina de admisión regional en cada hospital, que es la unidad responsable de la recopilación y envío de datos al Ministerio. Una vez se reciben, se controla la calidad de los mismos y en algunos casos, los informes se devuelven para su subsanación.

Uno de los aspectos destacables de esta herramienta es que ha sido diseñada desde sus inicios teniendo en cuenta la **desagregación por sexo de manera transversal**. Es fundamental contar en salud con una base sólida de datos fidedignos que exponga las diferencias determinadas por el género en este ámbito, establezca indicadores de resultados y considere el género como una cuestión transversal al lado de otras fuentes de desigualdad en materia de salud, como la pobreza, la edad, la etnia y el nivel socioeconómico en un contexto específico.

No obstante, es necesario continuar avanzando en el desarrollo del SIS para obtener datos desagregados en todos los indicadores ya que en el momento de elaboración de este informe no existían datos desagregados de personas enfermas crónicas, como las que padecen hipertensión, o las que sufren alguna discapacidad, etc. en los informes semanales.

Es necesario seguir ahondando en la **mejora de la información sobre la salud desde el punto de vista de género**, de mujeres y hombres, ya que son esenciales para la planificación y gestión de los programas[34] y para monitorear los cambios que se producen en la salud de la población. Así mismo, se requiere seguir perfeccionando las capacidades del personal para interpretar los datos y la información desde la perspectiva de género y en una fase más avanzada, diseñar indicadores de género que puedan incorporarse al SIS ya que además de datos desagregados por sexo, es fundamental contar con indicadores que puedan capturar brechas de género y tendencias de evolución más complejas en cuanto a los desequilibrios existentes entre mujeres y hombres, que incluyan índices complejos y análisis multivariante.

---

[33] Canela-Solera, J. et al. (2010). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora en *Medicina Clínica*, 134

[34]OMS (2009).

2.2.3. Cultura de la organización

De manera general, este aspecto hace referencia al sistema de creencias y valores de las personas que determinan las convenciones y las reglas no escritas de una organización. Las relaciones de género que se dan en la sociedad se reproducen, en mayor o menor intensidad, en las instituciones y organizaciones, trasladándose tanto los desequilibrios existentes como los estereotipos y los prejuicios.

A través de los testimonios recogidos, no se observa que el personal del MSP tenga asimilado e integrado el valor de la igualdad de género como central y estratégico en su cultura organizacional, a pesar de los avances descritos en los apartados anteriores. En cualquier caso, sí se observa cierto **avance en la aproximación al concepto de igualdad** con respecto a años anteriores en los que, y seguramente debido al desconocimiento del término, se rechazaba cualquier uso del mismo en los procesos de definición, planificación y gestión de las políticas públicas de salud. Una prueba de este avance es todo el proceso generado alrededor del PES 2016-2020 y la elaboración de este Plan en Género y Salud.

Por otro lado, persisten ciertas **ideas preconcebidas en relación a los roles** que desempeñan mujeres y hombres en la sociedad, y que tienen que ver con la concepción de potencial liderazgo de las mujeres en las instituciones públicas, como es el caso del MSP. No se plantea un debate sobre las causas de que las mujeres tengan mayores dificultades para ocupar puestos de mayor responsabilidad, y que como se ha mencionado anteriormente, tienen que ver entre otras cosas con su sobrecarga de responsabilidades en los ámbitos privado y público, sino que se achaca a una especie de "indolencia" típicamente femenina con respecto al desempeño de un puesto de responsabilidad.

El mantenimiento de dinámicas de este tipo hacia las mujeres puede generar **cierto ambiente de presión y de incomprensión** hacia las mismas que derive en una mayor marginación y desmotivación. La creación de un ambiente favorecedor al ingreso de las mujeres en la organización es fundamental para que las medidas que se ponen en marcha tengan éxito. No se trata solo de una cuestión de actuaciones formales (como medidas de conciliación de la vida personal y laboral) desde la dirección sino de transmisión de valores de respeto, comprensión y colaboración entre todos los miembros del personal.

Así mismo, en el MSP no existe una perspectiva de género en la política de salud laboral, en la que no se han desarrollado formalmente medidas para la prevención y actuación frente al acoso sexual, ni la incorporación de riesgos psicosociales (*mobbing*, síndrome *burnout*) en la evaluación y prevención de riesgos, habituales en las ocupaciones feminizadas. La institucionalización de género pretende influir en la cultura organizativa, en las creencias, actitudes y valores explícitos e implícitos de sus integrantes en relación a la igualdad de género, pero también en las formas de relación entre unos y otros. En muchos contextos, la existencia de protocolos contra el acoso laboral y/o por razón de género previene y actúa en este tipo de situaciones.

En este sentido, en el MSP no existen unos mecanismos adecuados de **gestión pública de los cuidados o una política de conciliación clara** a la que puedan acogerse mujeres y hombres al servicio de la institución, aunque existen medidas para facilitar que las mujeres disfruten de permisos de maternidad y excedencias por cuidado de hijos/as.

Resulta por ello conveniente traducir el compromiso explícito del MSP con la igualdad de género en estos momentos, en una mayor profundidad en la aplicación del principio de igualdad en las relaciones laborales así como en la sensibilización de todo el personal, incluyendo al personal en puestos de toma de decisiones y mandos intermedios.

Por último, para incrementar la toma de conciencia del personal en cuanto a la importancia de contar con una visión igualitaria de género en salud, y de manera complementaria a la sensibilización, **la formación representa el otro eje fundamental** de un proceso de cambio cultural en una organización. El trabajo realizado por las organizaciones de apoyo al MSP, como Médicos del Mundo, en este sentido a lo largo de los años en cuanto a concienciación y formación dirigida especialmente a personal médico y sanitario debe continuar ampliándose y profundizando, proveyendo de formación básica sobre igualdad de género, pero también relacionada con la gestión de los recursos humanos y orientada a áreas específicas de salud.

3. OBJETIVOS DEL PLAN DE GÉNERO Y SALUD

El MSP tiene entre sus valores el entendimiento de la salud como un derecho humano desde el principio de igualdad y no discriminación por razón de sexo. Para la realización del DAS desde el principio de igualdad y el logro de la igualdad de género en el estado y en el desarrollo de la salud de la población saharaui, el MSP asume la pertinencia de la perspectiva de género en salud. El MSP considera que el principio de igualdad entre mujeres y hombres representa un valor estratégico y un elemento que favorece la eficiencia, la calidad y la modernización de la gestión de la política sanitaria y de la cultura organizacional de la institución.

3.1. Objetivo General

El Plan de Género y Salud (2018-2020) tiene como objetivo lograr la igualdad de oportunidades y no discriminación en el reconocimiento, garantía y provisión del DAS de la población saharaui refugiada, y contribuir a incorporar la perspectiva de género en la política de salud saharaui, en consistencia con el Eje 3. *Incorporar la perspectiva de género en salud*, del PES 2016-2020.

3.2. Objetivos Específicos

Como Objetivos Específicos, el Plan de Género y Salud (2018-2020) se propone:

- Favorecer la participación de las mujeres y velar por la igualdad en la representación de los cargos de dirección, coordinación y participación en órganos, grupos o plataformas de coordinación.
- Profundizar en la incorporación de la perspectiva de género en salud como principio organizativo del MSP y favorecer el acceso de las profesionales del sistema de salud a los espacios, recursos, transporte y material sanitario disponible, necesarios para el desempeño de sus funciones.
- Avanzar en la generación de capacidades y de sensibilidad en género en todo el personal del MSP.
- Profundizar en el conocimiento de las necesidades de salud diferenciadas de las mujeres y hombres saharauis.

4. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

Las principales conclusiones diagnósticas muestran las fortalezas y las oportunidades para la institucionalización de género y salud en el MSP, y marcan también los espacios de debilidad institucional, organizativa y técnica que requieren medidas específicas "hacia dentro" del MSP; así como medidas para la integración sistemática de la perspectiva de género en las actuaciones asistenciales y preventivas de los programas de salud.

El Plan de Género y Salud (2018-2020) pone el énfasis en la importancia de generar un marco político y estratégico, unas estructuras organizativas, unos procesos de gestión y en definitiva, una cultura organizacional en el MSP, que se encuentren en consistencia con el objetivo de lograr la igualdad de género en el desarrollo del DAS. Esta coherencia interna resulta esencial para la planificación y provisión de la política de salud desde la perspectiva de género y salud.

Las líneas prioritarias de actuación responden a las cuatro áreas estratégicas esenciales para la institucionalización de la perspectiva de género en salud: i) marco político y estructuras; ii) generación de capacidades y de sensibilidad en género; iii) participación de las mujeres en la toma de decisiones en salud; y iv) generación de evidencia empírica.

El desarrollo de las medidas y propuestas se articulan por cada uno de los objetivos específicos que se marca el Plan de Género y Salud.

4.1. Participación de las mujeres

- Facilitar y mejorar la **conciliación de la vida personal, familiar y laboral** de las profesionales del MSP.
- Favorecer la **participación de las mujeres** y velar por la igualdad en la representación de los cargos de dirección, coordinación y en órganos, grupos o plataformas de participación, así como en la distribución de tareas y funciones.
- Mejorar las **capacidades y habilidades directivas** y de gestión de las mujeres en puestos de dirección a través de capacitaciones específicas.
- Reforzar la colaboración y la participación de **organizaciones de mujeres** y de la sociedad civil en el análisis, la toma de decisiones y el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.
- Creación de un **Comité Asesor** en género y salud, conformado por mujeres profesionales sanitarias de todos los niveles de salud y la UNMS, que participe en los momentos clave de planificación estratégica del MSP de todos los programas de salud y de todas las medidas que conciernen a su personal.

4.2. Igualdad como principio organizativo

- Fortalecer la **coordinación entre programas** y la organización de las competencias, funciones y responsabilidades de las profesionales en la base del sistema de salud.
- Incorporación sistemática de la **perspectiva de género en todos los documentos** de planificación estratégica y operativa.
- Garantizar un **sistema retributivo** en el que se reconozca y valore el trabajo realizado por las profesionales sanitarias, especialmente a nivel comunitario.

- Favorecer el **acceso de las profesionales del sistema de salud a los recursos**, espacios, transporte, medicamentos y material sanitario disponible, necesarios para el desempeño de sus funciones.
- Garantizar el acceso en igualdad de hombres y mujeres a la formación, tanto interna como externa, atendiendo a las necesidades de conciliación de la vida laboral y familiar.

4.3. Generación de capacidades y de sensibilidad en género

- Mejorar la **capacitación en salud y género** del personal del MSP y los diferentes centros en salud (OE. 15).
- Reforzar el **reconocimiento del trabajo** de salud y de cuidados por parte de las mujeres saharauis, tanto en el ámbito comunitario como familiar.

4.4. Generación de conocimiento

- Fortalecer las capacidades para **conocer las necesidades de salud diferenciadas** de hombres y de mujeres saharauis, identificar el estado de salud (enfermedades prevalentes e intensidad por sexo), los determinantes de salud para hombres y mujeres a lo largo de todo su ciclo vital (factores de riesgo y de protección diferenciados tanto biológicos, como sociales y culturales) y los obstáculos de acceso a la información, los servicios y recursos de salud. Este línea de actuación prioritaria puede integrar las siguientes actividades:

- **Comunicar, difundir y divulgar** esta información en espacios de coordinación sanitaria entre los diversos agentes que componen el sistema de salud en CRS, como la Mesa de Concertación o la Plataforma de actualización en salud, así como en las Jornadas Científicas de Salud.

5. FICHAS TÉCNICAS DE LAS ACCIONES

5.1. Participación de las mujeres

Acción 1.1. Política de conciliación de la vida laboral, familiar y personal	
Cronograma	2018 (segundo semestre)
Objetivo y descripción de la acción: Incorporar de manera sistemática medidas de flexibilidad laboral a través de una **política clara y definida de conciliación** en el MSP. Las medidas destinadas a combatir las dificultades de conciliación entre la vida profesional, familiar, comunitaria y personal constituyen una línea prioritaria de avance para que más mujeres asuman cargos de dirección en el MSP. Esta prioridad queda reflejada en el OE. 5 *Implementar una política de mejora de las condiciones de trabajo y conciliación familiar, que facilite la incorporación de mujeres en puestos de toma de decisiones* y en la Meta 4 que fija una presencia del 30% de mujeres puestos de decisiones (direcciones y coordinaciones de departamento/ programa y direcciones regionales y de hospitales). Actualmente la proporción es de 9,8% en los puestos de direcciones y coordinaciones de departamento/programa, y las direcciones regionales y de hospitales. La política de conciliación habrá de ofrecer instrucciones que orienten las jornadas y metodologías de trabajo en relación a la presencialidad o los horarios de reuniones; y atender las condiciones de trabajo esenciales como las facilidades de transporte o la existencia, cuidado y mantenimiento de los espacios de trabajo en el MSP. Es imprescindible también la generación de un ambiente favorable y de comprensión en el MSP.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ 1 Política de conciliación del MSP diseñada de manera participativa con medidas concretas y definidas. Cada año se valorará el incremento de mujeres en puestos de dirección.
Colectivo al que va dirigido	Todas las mujeres profesionales del MSP.
Personal Responsable	Secretaría General del MSP, Dirección General de Personal, Dirección de Prevención, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

Acción 1.2. Creación de un Comité Asesor en género y salud	
Cronograma	2018 (segundo semestre)
Objetivo y descripción de la acción: Creación de un **Comité Asesor** en género y salud conformado por mujeres profesionales sanitarias de todos los niveles de salud y la UNMS, que participe en los momentos clave de planificación estratégica del MSP de todos los programas de salud y de todas las medidas que conciernen a su personal. La creación de este Comité Asesor puede constituir una medida transitoria hasta alcanzar una presencia equilibrada de mujeres en puestos de toma de decisiones, con el objetivo de garantizar su participación en momentos claves de planificación. No se trataría de un Comité con funcionamiento constante y reuniones periódicas (lo sobrecargaría de trabajo a las	

mujeres que lo conformaran), sino de un grupo de mujeres profesionales representativo, que pueda orientar e informar desde su realidad la toma de decisiones.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Comité Asesor conformado y consultado al menos en 4 procesos de toma de decisiones al año. Cada año se valorará la dinámica de trabajo del Comité, su capacidad de acción y pertinencia.
Colectivo al que va dirigido	Profesionales identificadas por el MSP para formar parte del Comité.
Personal Responsable	Ministro, Secretaría General, Dirección de Personal, profesionales integrantes del Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

Acción 1.3. Formación en capacidades y habilidades directivas y de gestión	
Cronograma	2019 (primer semestre) y 2020
Objetivo y descripción de la acción: Mejorar las **capacidades y habilidades directivas y de gestión** de las mujeres en puestos de dirección y de aquellas con interés en promocionarse, a través de capacitaciones específicas, que formen parte del Plan Anual de Formación del MSP.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ 1 Acción formativa en habilidades directivas y de gestión dirigida a mujeres profesionales del MSP. Cada año se valorará los contenidos de esta formación en función de las necesidades identificadas por las profesionales.
Colectivo al que va dirigido	Todas las mujeres profesionales del MSP que estén en puestos de coordinación o que deseen promocionarse.
Personal Responsable	Dirección General de Formación y Personal, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las formaciones, apoyo técnico de Médicos del Mundo y otros agentes de cooperación.

Acción 1.4. Participación de organizaciones de mujeres y sociedad civil	
Cronograma	2019 (primer semestre)
Objetivo y descripción de la acción: Reforzar la colaboración y la **participación de organizaciones de mujeres** y de la sociedad civil en el análisis, la toma de decisiones y el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud. En relación a la UNMS, además de participar en el Comité Asesor, de avanzará en la actualización de la coordinación y colaboración en actividades de promoción y de	

sensibilización específicas destinadas a la salud de las mujeres. Con las organizaciones como UJSario, UEsario y NOVA se promoverá un diálogo horizontal e institucionalizado para avanzar en la sensibilización con perspectiva de género, especialmente ente la población joven.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Actualizado el acuerdo de colaboración entre el MSP y la UNMS.
Colectivo al que va dirigido	Agentes de promoción de la salud.
Personal Responsable	Coordinación del Programa Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), UNMS.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

5.2. Igualdad como principio organizativo

Acción 2.1. Coordinación entre programas y organización de competencias	
Cronograma	2019 (segundo semestre) y 2020
Objetivo y descripción de la acción: **Fortalecer la coordinación** entre programas y la organización de las competencias, funciones y responsabilidades de las profesionales en la base del sistema de salud. Las profesionales de la salud saharauis sufren una importante sobrecarga de tareas y responsabilidades incrementada por la multiplicidad de programas que han sido puestos en marcha en los últimos años. Estos programas (PNSR, PNEC, PISIS) se gestionan sobre las mismas personas en la base del sistema sanitario y su implementación y supervisión se hace cada vez más compleja. Los avances en la gestión de la política sanitaria o en la homogeneización de los procedimientos asistenciales (Ejes 1 y 2 del PES), contribuirán a mejorar las condiciones en las que las profesionales saharauis realizan su trabajo. El diseño de estos avances ha de prever esfuerzos específicos para garantizar la participación de las profesionales en la base del sistema en este proceso de diseño, ya que se encuentran menos representadas en los puestos de toma de decisiones y de planificación de la política.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Sistema de instrucción al puesto de trabajo, carrera profesional y evaluación del rendimiento diseñado desde la perspectiva de género.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Secretaría General del MSP, Dirección General de Personal, Dirección de Prevención, Comité Asesor y Coordinaciones de Programa.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de agentes de cooperación.

Acción 2.2. Perspectiva de género en todos los documentos del MSP	
Cronograma	2019 PNSR y a partir de 2020 el resto de Programas
Objetivo y descripción de la acción:	

Incorporación sistemática de la perspectiva de género en todos los **documentos de planificación estratégica y operativa**.

La institucionalización de género requiere de procesos pautados, previsibles y monitorizados. Es por ello que la institucionalización de la perspectiva de género y salud se fortalece cuanto mejor sea la capacidad de planificación de la institución. Actualmente el MSP dispone de pocos documentos de planificación estratégica, sectorial y operativa, y los existentes contienen una escasa integración de igualdad de género en sus objetivos, actuaciones e indicadores. Las mejoras en las capacidades institucionales para la planificación estratégica y operativa, con definición temporal (especialmente anual) de objetivos, prioridades e indicadores (Ejes 1, 2, 4 y 5 del PES) contribuirán al logro del Eje 3 y en concreto, del OE.14 *Lograr la institucionalización de género en materia de legislación, documentos políticos y declarativos y de gestión operativa*, que constituye un primer paso necesario para avanzar en la institucionalización de género a otros niveles.

Se espera en 2019 avanzar en la reformulación desde la perspectiva de género del PNSR y a partir de 2020 en el resto de programas en consistencia con la M.14 del PES *Todos los documentos declarativos y operativos hacen mención a las necesidades por separado de ambos sexos y a intervenciones orientadas a satisfacerlas.*

Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ El PNSR se reformula incorporando el principio de igualdad.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Secretaría General del MSP, Dirección de Prevención, Comité Asesor y Coordinaciones de Programa.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

Acción 2.3. Igualdad en el sistema retributivo	
Cronograma	2018 (segundo semestre)

Objetivo y descripción de la acción:

Adaptación del **sistema de valoración del rendimiento** en relación a la naturaleza del trabajo que realizan las profesionales del sistema de salud.

En los últimos años, el MSP ha avanzado en la reforma de la política de sus recursos humanos, especialmente gestionando el sistema de retribución vinculándolo a la calidad del desempeño de su personal. Este esfuerzo sin embargo, ha de integrar mejor la realidad del trabajo de las profesionales del sistema de salud, cuyo trabajo a nivel de APS no puede centrarse exclusivamente en la presencialidad. El trabajo o partos nocturnos, los desplazamientos que se realizan para el seguimiento de pacientes convalecientes, embarazadas o a personas dependientes no queda suficientemente reconocido. Esta línea de trabajo se alinea con las prioridades marcadas en el Eje 1. *Mejorar la gestión y el desempeño del personal de salud*.

Finalmente, en relación al sistema de retribución y en previsión de futuras reestructuraciones y ajustes que puedan derivarse de la situación de inestabilidad a la que el sistema está sujeto, es necesario tener en cuenta que el trabajo de APS en el que se concentra la mayoría de las profesionales, es esencial para el desarrollo del DAS de la población saharaui y que no puede ser el nivel en el que se concentren los ajustes.

Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Sistema de valoración del rendimiento con enfoque de género (teniendo en cuenta los turnos nocturnos, visitas y desplazamientos a domicilios).
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Secretaría General del MSP, Dirección de Personal Dirección de Prevención, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones.

Acción 2.4. Acceso de las profesionales a recursos y beneficios	
Cronograma	2019 y 2020
Objetivo y descripción de la acción: Favorecer el **acceso de las profesionales del sistema de salud a los recursos**, espacios, transporte, medicamentos y material sanitario disponible, necesarios para el desempeño de sus funciones. Las profesionales del sistema de salud son mujeres muy capaces, interesadas y comprometidas con su labor y con la salud de la población saharaui. La desmotivación apuntada trasciende la retribución económica, y las profesionales refieren la necesidad de otras medidas de motivación vinculadas a las condiciones básicas en las que realizan su trabajo. Estas medidas complementarias de motivación están vinculadas con el OE.12 *Aumentar el acceso a recursos y beneficios de las trabajadoras y usarías de los servicios de salud*, y además, están asociadas a los Ejes 1 y 2 del PES. Pueden priorizarse las siguientes medidas: **2.4.1. Acondicionamiento de espacios** para el desempeño de su labor, especialmente la habilitación, dotación y mantenimiento de salas de descanso en los dispensarios y hospitales. Esta medida de mejora de las infraestructuras sanitarias es clave para mejorar las condiciones en las que realizan su trabajo por lo que ha de ser una prioridad en las actividades de diseño y acondicionamiento de las mismas. **2.4.2**. Mejorar del **uso y control del transporte** para actividades de seguimiento que incluyen los diferentes programas y para la operatividad de las actividades y espacios de coordinación y comunicación entre las profesionales. Tal y como se ha mencionado, todo el personal vinculado con los transportes son hombres y este desequilibrio tienen en ocasiones consecuencias negativas en la gestión de la disponibilidad de ese recurso estratégico en CRS, para las profesionales. **2.4.3.** Avanzar en la **gestión de los centros, los medicamentos y el material sanitario**. Las mejoras en la disponibilidad de recursos y en la gestión de los mismos, así como de los centros (especialmente hospitales regionales), desde criterios de eficiencia y transparencia, contribuye de manera decisiva a favorecer las condiciones de trabajo a nivel de daira, donde se concentra la mayor parte de las profesiones de salud.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Los 5 hospitales regionales y al menos el 80% de los dispensarios disponen de salas de descanso para las mujeres profesionales, acondicionadas a sus necesidades y con mantenimiento adecuado.

	❖ El PNSR dispone de manera permanente de transporte propio. ❖ Diseñado de manera participativa un Plan de uso de vehículos adaptado a las necesidades identificadas por las profesionales a todos los niveles. ❖ Un sistema de supervisión de gestión de recursos, medicamentos y espacios en los centros sanitarios, diseñado y operativo.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Secretaría General del MSP, Dirección de Prevención, Dirección de Personal, Comité Asesor, Direcciones regionales y Coordinaciones de Programa.
Medios previstos para la realización de la acción	Plan Anual de Formación, Transporte y espacios para las reuniones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

Acción 2.5. Acceso en igualdad a la formación	
Cronograma	2019 (segundo semestre) y 2020
Objetivo y descripción de la acción: Garantizar el acceso en igualdad de hombres y mujeres a la formación, tanto interna como externa, atendiendo a las necesidades de conciliación de la vida laboral y familiar. Desarrollar planes y actividades de **formación y de reciclaje profesional** para las profesionales, facilitando la accesibilidad de las formaciones en cuanto a su **localización** y **horarios**. La capacitación continuada de las profesionales constituye así mismo un factor de motivación para poder hacer frente a las responsabilidades que las estas asumen a nivel de APS. Esta formación ha de adecuarse a la realidad del trabajo que desempeñan las profesionales, enfocarse a su aplicabilidad práctica y cotidiana y ajustarse a sus necesidades de tiempo y movilidad.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ El Plan Anual de Formación del MSP tienen en cuenta las necesidades de formación expresadas por las mujeres y contempla formación en el puesto de trabajo.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Dirección de Formación y Personal, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones de trabajo y las formaciones.

5.3. Generación de capacidades y de sensibilidad en género

Acción 3.1. Capacitación en género y salud al MSP	
Cronograma	2019 y 2020
Objetivo y descripción de la acción:	

Mejorar la capacitación en salud y género del personal del MSP y los diferentes centros en salud (OE. 15). La formación en género y salud representa un eje fundamental en el desarrollo de las capacidades esenciales para incorporar la perspectiva de género y en la consolidación de una visión igualitaria para todo el personal de gestión, técnico y médico y sanitario del MSP. El diseño de un programa de capacitación sistemática incluido en los Planes de Formación del personal ha de proveer formación básica sobre igualdad de género, relacionada con la gestión de los recursos humanos, y centrada en áreas específicas de salud adaptadas al contexto. A medio plazo se puede elaborar una Guía de salud y género en los CRS, como herramienta formativa especialmente diseñada de manera participativa para las necesidades del MSP.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Al menos 2 acciones formativas en salud y género para todo el personal médico-sanitario y técnico del MSP, incluidas en los Planes de Formación del personal (M.15 PES)
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal del MSP.
Personal Responsable	Dirección de Formación y Personal.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las formaciones, apoyo técnico de Médicos del Mundo.

Acción 3.2. Reconocimiento del trabajo de las profesionales	
Cronograma	2018 y 2019
Objetivo y descripción de la acción: Reforzar el **reconocimiento del trabajo de salud y de cuidados** por parte de las mujeres saharauis, tanto en el ámbito comunitario como familiar. La institucionalización de género y salud implica la generación de una conciencia, actitudes y valores entre todo el personal del MSP y en definitiva, de una cultura organizacional, que tenga en cuenta y sea sensible a la sobrecarga de responsabilidades y de tereas que afrontan sus mujeres profesionales, así como sus dificultades para conciliar la vida profesional, familiar y comunitaria. La incomprensión hacia esta realidad puede generar cierto ambiente de presión hacia las mismas, que derive en una mayor marginación y desmotivación. La creación de un ambiente favorecedor al ingreso de las mujeres en la organización es fundamental para que las medidas que se ponen en marcha tengan éxito. No sólo se trata sólo de una cuestión de actuaciones formales (como medidas de conciliación de la vida personal y laboral) desde la dirección sino de transmisión de valores de respeto, comprensión y colaboración entre todos los miembros del personal.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Al menos 2 campañas de reconocimiento y sensibilización sobre corresponsabilidad impulsadas por el MSP.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal de MSP
Personal Responsable	Secretaría General, Dirección de Prevención, Dirección de Personal, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Transporte y espacios para las reuniones y apoyo técnico de Médicos del Mundo.

5.4. Generación de conocimiento en salud y género

Acción 4.1. Generación de conocimiento en salud desde la perspectiva de género	
Cronograma	2019 y 2020
Objetivo y descripción de la acción: Fortalecer las capacidades del MSP para **conocer las necesidades de salud diferenciadas** de hombres y de mujeres saharauis, identificar el estado de salud (enfermedades prevalentes e intensidad por sexo), los determinantes de salud para hombres y mujeres a lo largo de todo su ciclo vital (factores de riesgo y de protección diferenciados tanto biológicos, como sociales y culturales) y los obstáculos de acceso a la información, los servicios y recursos de salud. Este línea de actuación prioritaria puede integrar las siguientes actividades: **4.1.1.** Seguir profundizando en la producción de **datos desagregados por sexo** y edad en todos indicadores sanitarios y su reflejo en los informes periódicos. **4.1.2.** La realización de **diagnósticos y estudios sanitarios desde la perspectiva de género** que incluya la consulta a la población de manera diferenciada, a través de grupos de consulta equilibrados e indicadores de género específicos; así como la producción de conocimiento cualitativo en salud. A futuro y para las siguientes revisiones del Plan de Género y Salud, sería conveniente destinar medidas a mejorar la **interpretación de los datos** y la información sanitaria desde la perspectiva de género y en una fase posterior, generar indicadores específicos de género que puedan incorporarse al SIS.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Los informes semanales y mensuales del SIS desagregan todos los indicadores por sexo. ❖ Al menos un diagnóstico sobre necesidades de salud de las mujeres.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal de MSP, especialmente el SIS.
Personal Responsable	Secretaría General, Dirección de Prevención, SIS, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Personal, transporte, espacios para las reuniones y apoyo técnico de agentes de cooperación.

Acción 4.2. Comunicación y difusión de información en género y salud	
Cronograma	2018 - 2020
Objetivo y descripción de la acción: **Comunicar, difundir y divulgar** esta información en espacios de coordinación sanitaria entre los diversos agentes que componen el sistema de salud en CRS, como la Mesa de Concertación o la Plataforma de actualización en salud, así como en las Jornadas Científicas de Salud.	
Indicador y mecanismo de seguimiento y evaluación	❖ Los datos presentados en la Mesa de Concertación están desagregados por sexo.

	❖ Se presenta al menos un estudio sobre salud y género en las Jornadas Científicas cada año.
Colectivo al que va dirigido	Todo el personal de MSP
Personal Responsable	Secretaría General, Dirección de Prevención, Dirección de Personal, Dirección de Cooperación, Coordinaciones de programa, Comité Asesor.
Medios previstos para la realización de la acción	Personal, transporte, espacios para las reuniones y apoyo técnico de Médicos del Mundo y otros agentes de cooperación.

6. CRONOGRAMA

El Plan de Género y Salud tiene vigencia hasta el año 2020, por lo que se presenta a continuación una calendarización semestral de las 17 medias identificadas:

	2018	**2019**		**2020**	
MEDIDA	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
1.1. Política de conciliación de la vida laboral, familiar y personal.					
1.2. Creación de un Comité Asesor en género y salud.					
1.3. Formación en capacidades y habilidades directivas y de gestión de las mujeres.					
1.4. Participación de organizaciones de mujeres y sociedad civil.					
2.1. Coordinación entre programas y organización de las competencias.					
2.2. Perspectiva de género en todos los documentos de planificación.					
2.3. Igualdad en el sistema retributivo.					
2.4. Acceso de las profesionales a recursos y beneficios.					
2.4.1. Acondicionamiento de espacios para el desempeño de su labor.					
2.4.2. Mejorar del uso y control del transporte.					
2.4.3. Avanzar en la gestión de los centros, los medicamentos y el material sanitario.					
2.5. Acceso en igualdad a la formación.					
3.1. Capacitación en género y salud al MSP.					
3.2. Reconocimiento del trabajo de las profesionales del MSP.					
4.1.1. Producción de datos desagregados por sexo y edad en todos los indicadores sanitarios					
4.1.2. Realización de diagnósticos y estudios sanitarios desde la perspectiva de género.					
4.2. Comunicar, difundir y divulgar la información sobre género y salud					

7. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La generación de un sistema de seguimiento y evaluación de los OE y metas que se propone el PES 2016-2020, resulta crucial para su constante mejora y adecuación a la realidad compleja y cambiante de los CRS. La provisión de esta información sobre el avance en relación a los objetivos propuestos, contribuye también de manera decisiva a favorecer la involucración de la ciudadanía en la política sanitaria y a desarrollar la labor de rendición de cuentas que le corresponde al MSP como máxima autoridad en la protección y garantía el DAS.

Este sistema habrá de tener en cuenta los indicadores que se formulen para el Eje 3, pero también, la dimensión y el impacto de género que tienen el resto de ejes, OE y metas. Es por ello que una futura línea de trabajo de las sucesivas actualizaciones del Plan de Género y Salud del MSP ha de ser la generación de indicadores desde la perspectiva de género por cada uno de los OE y metas del PES 2016-2020.

Se propone el siguiente cuadro de indicadores para el seguimiento de las líneas prioritarias de actuación identificadas.

Tabla 4. Cuadro de mando de indicadores de seguimiento período 2018-2020

ACCIONES	PROPUESTA DE INDICADOR
1. PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES	
1.1. Política de conciliación de la vida laboral, familiar y personal.	❖ 1 Política de conciliación para el MSP diseñado de manera participativa con medidas concretas y definidas.
1.2. Creación de un Comité Asesor en género y salud.	❖ Comité Asesor conformado y consultado al menos en 4 procesos de toma de decisiones al año.
1.3. Formación en capacidades y habilidades directivas y de gestión de las mujeres.	❖ 1 acción formativa en habilidades directivas y de gestión dirigidas a mujeres profesionales del MSP (revisión de género -RG[35]- M. 2).
1.4. Participación de organizaciones de mujeres y sociedad civil.	❖ Actualizado el acuerdo de colaboración entre el MSP y la UNMS.
2. IGUALDAD COMO PRINCIPIO ORGANIZATIVO	
2.1. Coordinación entre programas y organización de las competencias, funciones y responsabilidades de las profesionales en la base del sistema de salud.	❖ Sistema de instrucción al puesto de trabajo, carrera profesional y evaluación del rendimiento diseñado desde la perspectiva de género (RG M.3 PES).
2.2. Perspectiva de género en todos los documentos de planificación estratégica y operativa.	❖ El PNSR se reformula incorporando el principio de igualdad.
2.3. Igualdad en el sistema retributivo.	❖ Sistema de valoración del rendimiento con enfoque de género (teniendo en cuenta los turnos nocturnos, visitas,

[35] RG se refiere a la revisión desde la perspectiva de género de las metas del PES 2016-2020 referidas.

	desplazamientos a domicilio, etc.) (RG M.3 PES).
2.4. Acceso de las profesionales a recursos y beneficios.	❖ Diseñado un Plan de motivación dirigido a las mujeres profesionales sanitarias.
2.4.1. Acondicionamiento de espacios para el desempeño de su labor, especialmente la habilitación, dotación y mantenimiento de salas de descanso en los dispensarios y hospitales.	❖ Los 5 hospitales regionales y el hospital nacional y al menos el 80% de los dispensarios, disponen de salas de descanso para las mujeres profesionales, acondicionadas a sus necesidades y con mantenimiento adecuado.
2.4.2. Mejorar del uso y control del transporte para actividades de seguimiento que incluyen los diferentes programas y para la operatividad de las actividades y espacios de coordinación y comunicación entre las profesionales.	❖ El PNSR dispone de manera permanente de transporte propio. ❖ Diseñado de manera participativa un plan de uso de los vehículos adaptado a las necesidades identificadas por las profesionales a todos los niveles.
2.4.3. Avanzar en la gestión de los centros, los medicamentos y el material sanitario.	❖ Un sistema de supervisión de gestión de recursos y espacios en los centros sanitarios diseñado y operativo.
2.5. Acceso en igualdad a la formación.	❖ El Plan Anual de Formación del MSP tienen en cuenta las necesidades de formación expresadas por las mujeres y contempla formación en el puesto de trabajo (RG M.2 PES).

3. GENERACIÓN DE CAPACIDADES Y DE SENSIBILIDAD EN GÉNERO

3.1. Capacitación en género y salud al MSP.	❖ Al menos 2 acciones formativas en salud y género para todo el personal médico-sanitario y técnico del MSP, incluida en los Planes de Formación del personal (M.15 PES).
3.2. Reconocimiento del trabajo de las profesionales del MSP.	❖ Al menos 2 campañas de reconocimiento y sensibilización sobre corresponsabilidad impulsadas por el MSP.

4. GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO EN SALUD Y GÉNERO

4.1.1. Producción de datos desagregados por sexo y edad en todos los indicadores sanitarios	❖ Los informes semanales y mensuales del SIS desagrega todos los indicadores por sexo.
4.1.2. Realización de diagnósticos y estudios sanitarios desde la perspectiva de género que incluya la consulta a la población de manera diferenciada.	❖ Al menos 1 diagnóstico sobre necesidades de salud de las mujeres.
4.2. Comunicar, difundir y divulgar la información sobre género y salud	❖ Los datos presentados en la Mesa de Concertación están desagregados por sexo. ❖ Se presenta al menos 1 estudio sobre salud y género en las Jornadas Científicas de Salud, cada año.

El seguimiento del avance en los objetivos que se propone el Plan de Género y Salud del MSP lo realizará semestralmente la **Comisión Mixta del Plan de Género y Salud** que está conformada por:

- La Secretaría General
- La Dirección de Prevención
- La Dirección de Personal
- La Dirección de Cooperación
- Las profesionales que conformen el Comité Asesor en Género y Salud

En la segunda y última reunión que se celebre cada año, se procederá a valorar el cumplimiento de los objetivos y la realización de las medidas que se propone el Plan, y a calendarizar las acciones previstas para el siguiente año.

BIBLIOGRAFÍA

Amo, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes de salud.* Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

African Union-AU (2015). *Agenda 2063. The Africa we want* [en línea]. Recuperado de: https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf,

African Union-AU (2016). *African gender scorecard* [en línea]. Recuperado de: https://au.int/sites/default/files/documents/31260-doc-2015_auc_african_gender_scorecard_en.pdf

Canela-Solera, J. et al. (2010). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora en *Medicina Clínica*, 134

Federación Española de Municipios y provincias-FEMP (s.d.). *Guía para elaborar planes locales de igualdad entre hombres y mujeres.* [en línea]. Recuperado de: http://femp.femp.es/files/566-182-archivo/Guia%20elaboracion%20Planes%20Locales%20Igualdad.pdf

ISI (2010). *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el* desarrollo. Madrid: IUDC.

Junta de Andalucía (2010). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2011.*

López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social.* Madrid: Cruz Roja.

López, I. y Sierra, B. (2001). *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*. Madrid: IUDC/UCM.

Ministerio de Salud Pública Saharaui -MSP (2015). *Plan Estratégico de Salud 2016-2020*.

OCDE (2009). *Gestión orientada a resultados en materia de igualdad de género en los países socios.*[en línea]. Recuperado de: http://www.oecd.org/dac/gender-development/43430647.pdf

OMS (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* [*en línea*]. Recuperado de: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

OMS (2010). *Gender, women and primary health care renewal. A discussion paper* [en línea]. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/handle/10665/44430

ONU Mujeres (2015). *Gender Equality and Human Rights. Discussion Paper* [en línea]. Recuperado de: http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights

OPS (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla.* Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género [en línea]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=3344%3Agender&Itemid=40517&lang=es

OPS (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos* [en línea]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf

Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015). *El derecho a la salud de la población refugiada saharaui desde una mirada de género.* Documento interno de Médicos del Mundo.

Rico, N. (2000). *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. [en línea]. Recuperado de: https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4318/ddr1e.pdf

Rico, N. (2001). El proyecto Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales. En N. Rico y L. Bravo (coop). Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6485/S01121081_es.pdf?sequence=1

Sojo, D.; Sierra, B. y López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Médicos del Mundo.

Con la colaboración de: