

A Manual for

Integrating Gender

Into Reproductive

Health and

HIV Programs:

**FROM COMMITMENT
TO ACTION (2nd Edition)**

August 2009



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



This Manual update was prepared with support from the BRIDGE Project (No. GPO-A-00-03-00004-00), funded by the U.S. Agency for International Development (USAID), and implemented by the Population Reference Bureau (PRB) on behalf of the Interagency Gender Working Group (IGWG), a network comprising USAID Cooperating Agencies (CAs), non-governmental organizations, (NGOs) and the USAID Bureau for Global Health.

The examples provided in this publication include experiences of organizations beyond USAID. This publication does not provide official USAID guidance but rather presents examples of innovative approaches for integrating gender into reproductive health and HIV programs that may be helpful in responding to the Agency requirements for incorporating gender considerations in program planning. For official USAID guidance on gender considerations, readers should refer to USAID's Automated Directive System (ADS).

Copyright August 2009, Population Reference Bureau. All rights reserved.

A
MANUAL for INTEGRATING
GENDER Into
REPRODUCTIVE HEALTH
and HIV PROGRAMS:
FROM COMMITMENT TO ACTION (2nd Edition)

AUGUST 2009

By
Deborah Caro of Cultural Practice, LLC,
For the Interagency Gender Working Group

ACKNOWLEDGMENTS

The development of the original *Gender Manual*, published in 2003, involved many people over several years—too many to acknowledge here. This update would not be possible without the many hours and great diversity of ideas contributed by those individuals, particularly the other original authors: Jane Schueller, Maryce Ramsey, and Wendy Voet.

Special thanks to USAID’s Michal Avni and Patty Alleman, gender advisors in the Office of Population and Reproductive Health of the Global Health Bureau, for their commitment and support in making this publication a reality; to Sandra Jordan and Lora Wentzel, also of that office, and to Diana Prieto, gender advisor in USAID’s Office of HIV/AIDS, for their invaluable review and suggestions. I am grateful also to Charlotte Feldman-Jacobs and Karin Ringheim of the Population Reference Bureau (PRB) for their considerable editing, support, and encouragement in moving this revised *Gender Manual* forward. And, of course, thanks to all those who field-tested this *Manual* over the years and whose feedback has made this a better resource.

Deborah Caro
August 2009

TABLE OF CONTENTS

Acknowledgments	ii
List of Acronyms.	iv
Preface	v
Brief Overview of Chapters	vi
CHAPTER 1: INTRODUCTION	1
CHAPTER 2: RATIONALE FOR GENDER INTEGRATION AND MAINSTREAMING	3
CHAPTER 3: THE GENDER INTEGRATION CONTINUUM	9
CHAPTER 4: THE GENDER ANALYSIS FRAMEWORK	19
CHAPTER 5: A PROCESS FOR GENDER INTEGRATION THROUGHOUT THE PROGRAM CYCLE	33
Step 1. Assessment	35
Step 2. Strategic Planning	44
Step 3. Design.	50
Step 4. Monitoring.	55
Step 5. Evaluation	60
References	67

APPENDICES

Appendix I — Additional Definitions	70
Appendix II — The Interagency Gender Working Group (IGWG)	72
Appendix III — Gender Resources and References	74

LIST OF ACRONYMS

AIIH & PH	All India Institute of Hygiene and Public Health	MOH	Ministry of Health
APS	Annual Program Statement	NGO	Nongovernmental Organization
BLP	Better Life Options Project (India)	NORAD	Norwegian Agency for Development
CA	Cooperating Agency (nongovernmental organizations and consulting firms that implement USAID funded programs)	OECD/DAC	Organization for Economic Cooperation and Development/ Development Assistance Committee
CBD	Community-Based Distribution	OVC	Orphans and other vulnerable children
CEDPA	The Centre for Development and Population Activities	PHN	Population, Health, and Nutrition
CIDA	Canadian International Development Agency	PLWHA	People Living with HIV/AIDS
CSW	Commercial Sex Worker	PMTCT	Preventing mother to child transmission of HIV
DFID	Department for International Development (Great Britain)	PRB	Population Reference Bureau
DG	Democracy and Governance	RFA	Request for Applications
DMSC	Durbar Mahila Samanwaya Committee (Bombay, India)	RFP	Request for Proposals
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting	RFTOP	Request for Task Order Proposal
FHI	Family Health International	RH	Reproductive Health, incorporating in this Manual Maternal Health, Family Planning, and HIV and AIDS
FWCW	1995 UN Fourth World Conference on Women (Beijing, China)	SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
GO	Governmental Organization	STI	Sexually Transmitted Infection
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Autoimmune Deficiency Syndrome	SRH	Sexual and Reproductive Health
ICPD	U.N. International Conference on Population and Development (Cairo, Egypt, 1994, and all subsequent ratifications)	TA	Technical Assistance
IEC	Information, Education, and Communication	TAG	Technical Advisory Group
IGWG	Interagency Gender Working Group	TBA	Traditional Birth Attendant
INTRAH	Innovative Technologies for Healthcare Delivery	UN	United Nations
JHPIEGO	JHPIEGO Corporation, an affiliate of Johns Hopkins University	USAID	United States Agency for International Development
		USG	United States Government
		WHO	World Health Organization

PREFACE

The Interagency Gender Working Group (IGWG), (www.igwg.org), established in 1997, is a network of organizations, including the USAID Bureau for Global Health, USAID-funded cooperating agencies (CAs), health and women's advocacy groups, non-governmental organizations (NGOs), and individuals. The IGWG promotes gender equity within programs to improve reproductive and maternal health, and HIV/AIDS outcomes and to foster sustainable development.

The IGWG's specific objectives are to:

- Raise awareness and commitment to synergies between gender equity and reproductive health (RH), and HIV/AIDS outcomes;
- Collect empirical data and best practices on gender issues and the interface with RH;
- Advance best practices and influence the field;
- Develop operational tools for the integration of gender approaches into population, health, and nutrition (PHN) programming; and
- Provide technical leadership and assistance.

The major activities of the IGWG are gender capacity-building, advocacy, and the development of operational tools (see a complete listing of IGWG products, services, and contacts in Appendix 3 or at www.igwg.org). This Manual is a companion to the *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs*, developed chiefly for USAID program managers. The Manual complements the Guide by orienting program designers, managers, and technical staff on how to integrate gender issues into program design, implementation, and evaluation. The Manual promotes greater understanding of how gender relations and identities affect the capacity of individuals and groups to make informed choices about their sexual and reproductive health, and to negotiate and obtain better RH outcomes. Users of the Manual will learn how to harness an increased awareness of gender considerations for the design, implementation, and evaluation of more effective programs.

This 2009 edition incorporates updated tools and approaches to gender integration in USAID programs. The IGWG offers the Manual as a tool to be used, adapted, and improved through its application in the hope that users of the Manual will move from a commitment to integrating gender considerations in the design of programs to concrete actions to promote gender equity in programs and policies. Feedback on the Manual and suggestions for strengthening it are welcome, and should be addressed to igwg@prb.org.

BRIEF OVERVIEW OF CHAPTERS

CHAPTER 1 Introduction describes the purpose and use of the Manual and intended audiences.

CHAPTER 2 Rationale for Gender Integration and Mainstreaming explores the background and the benefits of addressing gender issues in programming and policy formulation, and defines some key gender terms and concepts used throughout the document.

CHAPTER 3 The Gender Continuum describes a tool for identifying and assessing the extent to which gender has been appropriately and effectively integrated into programs. It will help program managers more fully understand how gender differences and unequal power relations are treated in the context of health program design and implementation, and with what results.

CHAPTER 4 The Gender Analysis Framework presents a tool for collecting, synthesizing, and analyzing context-specific information on gender relations and identities that can assist program designers and evaluators responsible for conducting a gender assessment or synthesizing information from existing research and analyses.

CHAPTER 5 Gender Integration Throughout the Program Cycle provides a series of guiding questions and methodological tips. Case studies of actual projects illustrate gender integration at each stage of project development and demonstrate the link between key elements of a gender-integrated approach and project actions. The five steps to gender integration in the programming cycle are:

- STEP 1: Assessment: Collect data on gender relations, roles, and identities that pertain to the achievement of program outcomes and analyze data for gender-based constraints and opportunities that may affect, impede or facilitate program objectives.
- STEP 2: Strategic Planning: Develop or revise program objectives for their attention to gender considerations; restate them so that they strengthen the synergy between gender and health goals; identify participants, clients, and stakeholders.
- STEP 3: Design: Identify and decide on key program strategies and activities to address gender-based constraints and opportunities.
- STEP 4: Monitoring: develop and monitor indicators that measure health and gender-specific outcomes.
- STEP 5: Evaluation: Measure progress and impact of program and policies on health and gender equity. Make recommendations to adjust design and activities based on monitoring and evaluation results; strengthen aspects of the program that contribute to more equitable health and gender outcomes, and rework aspects that do not.

CHAPTER 1: INTRODUCTION

Since this Manual was first published in 2003, there has been an encouraging increase in attention to gender equity goals in reproductive health (RH)¹ and HIV/AIDS programming, promoting respect for the fundamental needs and rights of individuals and communities. There has also been improved understanding of how to undertake a gender analysis that can help programs and policies be more responsive to the social, economic, cultural, and political realities that constrain or enhance reproductive health.

Purpose of the Manual

The primary purpose of this revised Manual is to offer organizations an updated resource on how to integrate a gender equity² approach into the design and implementation of RH programs. Such an approach aims to maximize access and quality, support individual decisionmaking about reproductive health, increase sustainability, and put into practice commitments the U.S. government has made to international agreements.

Use of the Manual

This Manual aims to help program implementers:

- Improve the quality of RH services;
- More effectively meet the needs of program participants;
- Improve program sustainability;
- Better inform and empower clients;
- Improve couple communication;
- Improve utilization of services; and
- Broaden development impacts and enhance synergies across sectors.³

In addition, international and national health specialists can use this Manual when shaping programs responsive to RFAs and RFPs. Programs that use gender integration approaches have a strategic advantage in meeting the gender requirements of USAID and PEP-FAR, and in contributing to the Millennium Development Goals.

1 For simplification purposes, the term reproductive health (RH) will be used throughout the document but should be understood to incorporate sexual health as well as family planning (FP), HIV/AIDS, and maternal health (MH).

2 The terms “gender equity” and “gender equality” are often used interchangeably, although there are differences. Gender equality means equal treatment of women and men in laws and policies, and equal access to resources and services within families, communities and society at large. Gender equity connotes fairness and justice in the distribution of opportunities, responsibilities, and benefits available to men and women, and the strategies and processes used to achieve gender equality. Because this Manual primarily addresses gender programming rather than changes to laws and policies, the term “gender equity” will be used throughout.

3 For further information about the impact of gender-integrated programs on RH, see E. Rottach, S.R. Schuler, and K. Hardee, *Gender Perspectives Improve RH Outcomes: New Evidence*, Washington, DC: PRB for USAID’s IGWG, forthcoming.

The Manual is intended as a user-friendly reference, to be used at any stage of the program cycle, from program design to program evaluation. However, it will be most effective if used to guide program decisions throughout the life of project development, implementation, and evaluation.

As a tool for strategic program planning rather than for training, the Manual provides practical steps for gender integration, and is not intended as a comprehensive guide to addressing gender issues. It complements gender and reproductive health training materials by of-

fering direction on integrating gender into newly designed or ongoing project cycles, programs, and policy analyses.

Intended Audiences

The primary audiences for this Manual include RH program managers and technical staff of USAID and its implementing partners, as well as governmental organizations (GOs), and international and local nongovernmental organizations (NGOs).

Why Use This Manual?

The evidence is strong that gender equity contributes to the achievement of specific RH outcomes,⁴ including:

- Reduced unmet need for contraception;
- Reduced unwanted and unintended fertility;
- Reduced HIV transmission and improved access to care and treatment;
- Prevention of mother to child transmission of HIV;
- Reduced violence against women;
- Decreased maternal mortality.

Moreover, the U.S. Government (USG) has committed to mainstreaming gender concerns in its programs, upholding its support of international agreements, including the 1994 United Nations International Conference on Population and Development (ICPD), the 1995 Fourth World Conference on Women (Beijing), and the development of policies to implement these agreements.

The Beijing Platform for Action defines gender mainstreaming as:

“...the process of assessing the implications for women and men of any planned action, including legislation, policies or

programmes, in all areas and at all levels. It is a strategy for making women’s as well as men’s concerns and experiences an integral dimension of the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes in all political, economic and societal spheres so that women and men benefit equally and inequality is not perpetuated. The ultimate goal is to achieve gender equality.”⁵

The Millennium Development Goals

While the ICPD, Beijing, and other international agreements provided a vision of gender equity, they were not specific in articulating how progress would be measured. In 2000, the Millennium Declaration for the first time established goals and measurable indicators and targets to be achieved within a specified timeframe. The Millennium Declaration commits signatory countries, including the United States, “to promote gender equality and the empowerment of women as effective ways to combat poverty, hunger, and disease and to stimulate development that is truly sustainable.”⁶

Gender equity is not only a cross-cutting objective in all eight Millennium Development Goals (MDGs), it is also the specific focus of MDG 3, Promote Gender Equality and Women’s Empowerment.

4 J. Cleland et al., “Family Planning: The Unfinished Agenda,” in *The Lancet*, 2006.

5 Platform for Action, UN Fourth World Conference on Women (Beijing: UN, 1995).

6 World Bank, Gender and Development Group, *Gender Equality and the Millennium Development Goals* (Washington, D.C.: World Bank, 2003); see also www.un.org/millenniumgoals/.

MDG 3 calls for nations to “Achieve parity in:

- the ratio of girls and boys in primary, secondary and tertiary education;
- the ratio of literate females 15-24 years to males of the same age;
- the share of women in wage employment in the non-agricultural sector; as well as

- the proportion of seats held by women in national parliaments by 2015.”

MDG 3 both contributes to and is reinforced by the achievement of the remaining seven goals (see box below) and the targets most relevant to gender equity.

MDG 1 Eradicate Extreme Hunger and Poverty: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people whose income is less than one dollar a day and the proportion of people who suffer from hunger; and achieve full and productive employment and decent work for all, including women and young people.

MDG 2 Achieve Universal Primary Education: Ensure everywhere, boys and girls alike will complete a full course of primary schooling.

MDG 3 Promote Gender Equality and Women’s Empowerment: See description above.

MDG 4 Reduce Child Mortality: Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate.

MDG 5 Improve Maternal Health: Reduce the Maternal Mortality Ratio by three-quarters, between 1990 and 2015, and achieve universal access to reproductive health by 2015.

MDG 6 Combat HIV/AIDS, Malaria, and Other Diseases:

Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS, the incidence of malaria and other major diseases, and achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it.

MDG 7 Ensure Environmental Sustainability: Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation and achieve by 2010, a significant reduction in the rate of loss to biodiversity.

MDG 8 Develop a Global Partnership for Development: Develop further an open, rule-based, predictable, non-discriminatory trading and financial system and address the special needs of the least developed countries.

The USG, along with other national, international, and private donors, has committed to helping developing countries meet their 2015 targets in the interest of international development as well as gender equity.

Through the MDGs and earlier agreements, such as the ICPD and the Beijing Conference, the United States has declared it will:

- Promote women's empowerment and gender equity;
- Focus on meeting the reproductive and sexual health needs of youth;
- Involve women in leadership, planning, decisionmaking, implementation, and evaluation.
- Promote the constructive engagement of men and boys to improve the health of women and girls and men themselves.

USAID and Gender

In 1996, USAID issued its first Gender Plan of Action, which recognized that "through attention to gender issues, our development assistance programs will be more equitable, more effective and – ultimately – more sustainable."⁷

Since then, the evidence has only grown more compelling that reducing gender inequities can result in dramatic development impacts in other sectors. Improving access to education for girls, for example, contributes to improved child, maternal, and family health as well as to reduced fertility, increased incomes, and productivity. RH programs

that address the differential opportunities, constraints, contributions, and benefits that women and men face will improve health outcomes by more effectively increasing access to services, improving communication, strengthening negotiation and advocacy skills, and widening participation and input into decisionmaking.

USAID policy mandates integrating gender considerations into RH programs.⁸ As stated in the Automated Directive System (ADS), USAID requires program managers to incorporate gender considerations into the design of new contracts, grants, and cooperative agreements and calls for staff to:

- Conduct appropriate gender analyses in the entire range of technical issues that are considered in the development of all projects and activities;
- Integrate gender considerations into the statement of work (SOW) for competitive contract solicitations (Requests for Proposals-RFPs) and program descriptions (Requests for Applications-RFAs); and integrate gender issues into all technical evaluations (for RFPs and RFTOPs) and selection criteria (for RFAs and APSs);
- Mainstream gender considerations into the design, implementation, and monitoring and evaluation of USAID program and policy support activities;
- Include gender indicators and sex-disaggregated data collection into the program monitoring and evaluation plan.

7 Statement by J. Brian Atwood, Administrator, USAID; Accessed online May 1, 2009 at <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/gplana96.pdf>.

8 The USAID Automated Directive System (ADS) is the operating policy for USAID programs and policy work. The ADS 200 and 300 series specify requirements for mandatory integration of gender considerations into planning, programs implementation, and evaluation. The latest version can be found at www.usaid.gov/policy/ads.

USG and Gender

In Spring 2009, the United States Government (USG) announced its commitment to promoting better health around the world through the Global Health Initiative,⁹ benefitting women, families, and communities. In addition to funding for global HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis, there will be increased focus on child and maternal health, family planning, neglected tropical diseases, and health system strengthening, thereby

- Preventing millions of new HIV infections;
- Reducing mortality of mothers and children under five, saving millions of lives;
- Averting millions of unintended pregnancies; and
- Eliminating some neglected tropical diseases.

The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)¹⁰ is a key component of the Global Health Initiative. Launched in 2003, PEPFAR demonstrated the USG's commitment to gender equality while establishing a comprehensive, integrated, strategy to combat the global spread of HIV and AIDS. In 2008, PEPFAR's re-authorization strengthened the program's mandate to integrate gender in all technical areas in prevention, treatment, and care. Through five gender strategies tailored to meet the unique gender-specific needs and challenges of different beneficiary groups, PEPFAR's aim has been to:

- Increase gender equity in HIV/AIDS activities by promoting proactive and innovative strategies to ensure that men and women, girls and boys, have equitable access to prevention, care, and treatment services; to address barriers selectively faced by women

and men in accessing programs and in enjoying program benefits; to mitigate the burden of care on women and girls; and to encourage men's uptake of services .

- Reduce violence and coercion by supporting efforts to change social norms that perpetuate violence against women; by developing screening, couples counseling and partner notification strategies; by working with health providers, other institutions and communities to provide a range of support services and referrals for survivors, including the provision of post-exposure prophylaxis (PEP); and by strengthening policy and legal frameworks that outlaw gender-based violence.
- Address men's norms and behaviors by constructively engaging men in advancing gender equity, preventing violence, and promoting sexual and reproductive health for themselves and their partners, including couples testing and counseling; involving men in prevention of mother-to-child transmission; behavior change programs addressing alcohol and substance abuse, cross-generational sex, and multiple concurrent partnerships; and working with the armed services and communities on responsible male behavior.
- Increase women's legal rights and protection by eliminating discriminatory policies, laws, and legal practices that deny women enforceable legal rights and protections, by promoting equal rights to inheritance, land, property and other productive assets; and by increasing awareness among judicial, legal and health sectors, community leaders and traditional authorities on the legal rights related to HIV/AIDS.

9 From the U.S. State Department fact sheet on "The U.S. Commitment to Development," July 7, 2009. Accessed on August 1, 2009 at <http://www.state.gov/e/eeb/rls/fs/2009/113995.htm>.

10 The 5-year strategy for the second phase of PEPFAR is forthcoming and will be accessible at www.pepfar.gov.

- Increase women’s access to income and productive resources by strengthening their access to vocational training, education, microfinance and credit so as improve their ability to access services, support themselves and their children, and avoid coercive and high risk activities that increase vulnerability to HIV.

Gender Inequity Contributes to Poor Health Outcomes

Gender equity and health objectives are mutually reinforcing. Gender inequity is a major obstacle to reaching better family planning, maternal and reproductive health outcomes, and to preventing and treating HIV/AIDS. Women’s control over financial resources and power are fundamental to their capacity to access and use health information, make informed decisions about their health and fertility, and to negotiate and insist on safe sex practices. Conversely, when women or men are unable to make critical decisions about their reproductive and sexual health, there are high social and economic costs for them as individuals, and for their families, communities, and countries.¹¹

Many reproductive health problems are directly linked to gender inequity, including maternal mortality, unintended pregnancies, the feminization of the HIV pandemic, and gender-based violence.

A high maternal mortality ratio is one of the strongest indicators of gender inequity and discrimination against women. Extensive research has shown that poverty and the disempowerment of women

— low status, lack of power, lack of access to information, limited mobility, lack of decisionmaking and choice, early age of marriage and violence — all contribute to maternal mortality and morbidity.¹²

Women’s lack of access to family planning or lack of decision-making ability regarding how often and when to have children often results in high fertility and unintended pregnancies. Women’s mobility and access to financial resources is limited in many parts of the world, restricting their access to and use RH services. Decisions about pregnancy and family size are often strongly influenced or independently determined by men or other family members.¹³

The increasing feminization of the HIV pandemic is also largely attributable to unequal gender power relations which impede women’s capacity to negotiate safer sex practices. In addition, traditional norms of masculinity enable men to engage in sexually risky behaviors with negative health consequences for themselves and their partners.¹⁴

And finally, gender-based violence is a direct result of unequal gender power relations, and undermines women’s reproductive as well as physical and psychological health. A WHO study of intimate partner violence in ten countries found that violence had a significant negative impact on health during pregnancy and was associated with increased risk of HIV. In addition, women who experienced intimate partner violence also reported more recurring health problems than women who did not experience violence.¹⁵

11 Swedish Ministry of Foreign Affairs, 2004.

12 Gill, K., R. Pande, and A. Malhotra, “Women Deliver for Development,” *The Lancet* 370, no. 9595 (2007):1347 – 1357.

13 R. Smith et al., *Family Planning Saves Lives*, 2009.

14 Barker et al., 2007.

15 Garcia-Moreno et al., 2005.

The flip side of this “gender inequity breeds poor health” coin is that gender-integrated RH and HIV programs enhance positive reproductive and sexual health outcomes for women and men. Research evidence exists that programs that consider gender in response to SRH and HIV problems can increasingly demonstrate value added.¹⁶ Moreover, a review of programs that have constructively engaged men has identified many that were effective in helping men to reduce behaviors that put themselves and their partners at risk.¹⁷ Program managers can use this Manual to replicate and expand upon these successes, and to lay the foundation for documenting the impact of the process.

Gender Definitions and Working Concepts

Understanding the distinction between the terms sex and gender is important for conducting an appropriate analysis of gender relations, roles, and identities in conjunction with the design of gender-integrated RH and HIV/AIDS programs. The definitions below clarify some of the terminology commonly used in programs that focus on gender. Additional definitions used in this manual or related to gender integration are provided in Appendix I.

Sex refers to the biological and physiological characteristics that define men and women (WHO).

Gender refers to the socially constructed roles, behaviors, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women (WHO).

Gender identity refers to one’s sense of oneself as a man, a woman or transgender¹⁸ (American Psychological Association-APA).

Sexual identity, sexual preference, and sexual orientation refer to an enduring pattern of emotional, romantic, and/or sexual attractions to men, women, or both sexes, and a person’s sense of identity based on those attractions, related behaviors, and membership in a community of others who share those attractions (APA).¹⁹

¹⁶ Rottach, Schuler, and Hardee, forthcoming.

¹⁷ Barker et al., 2007.

¹⁸ According to the APA, the term transgender is “used to describe people whose gender identity or gender expression differs from that usually associated with their birth sex.”

¹⁹ In March, 2009, Robert Wood, the acting Department Spokesman for the Bureau of Public Affairs, U.S. Department of State, publically endorsed the UN Statement on “Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity: “The United States supports the UN Statement on “Human Rights, Sexual Orientation, and Gender Identity,” and is pleased to join the other 66 UN member states who have declared their support of this Statement that condemns human rights violations based on sexual orientation and gender identity wherever they occur.” See www.state.gov/r/pa/prs/ps/2009/03/120509.htm

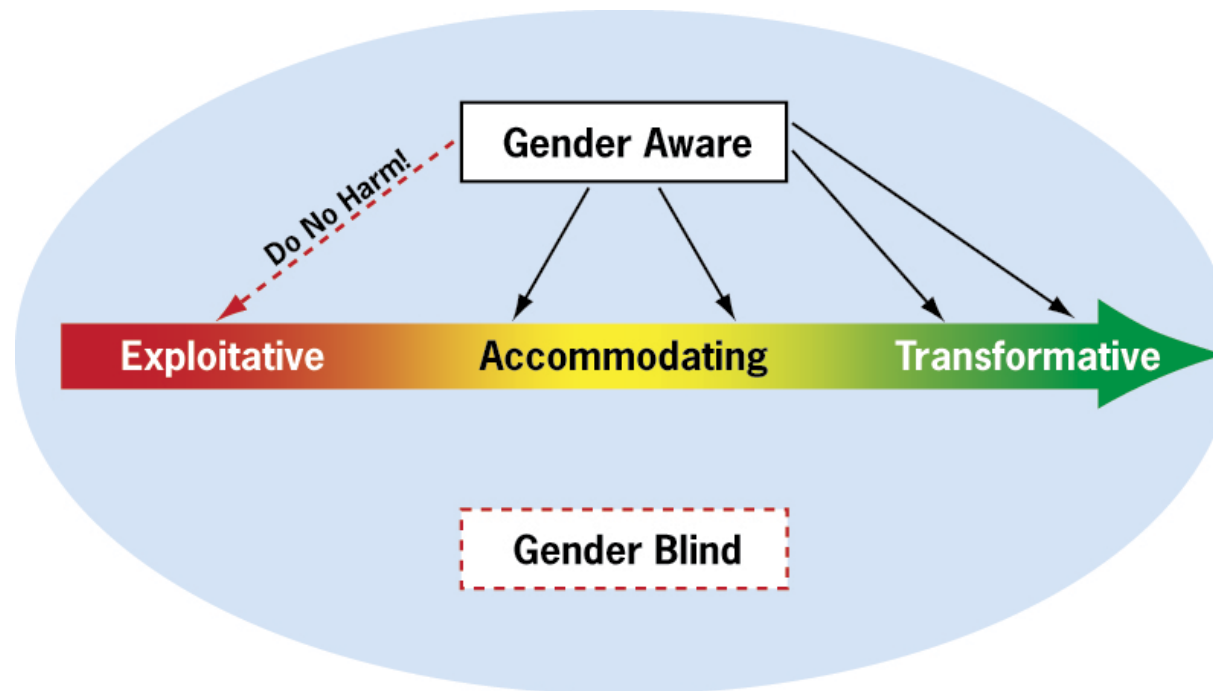
CHAPTER 3: THE GENDER INTEGRATION CONTINUUM

To guide various projects on how to integrate gender, the IGWG has developed a conceptual framework known as the *Gender Integration Continuum*. This framework²⁰ categorizes approaches by how they treat gender norms and inequities in the design, implementation, and evaluation of program/policy.

The term **“gender blind”** refers to the absence of any proactive consideration of the larger gender environment and specific gender roles affecting program/policy beneficiaries. Gender blind

programs/policies give no prior consideration for how gender norms and unequal power relations affect the achievement of objectives, or how objectives impact on gender. In contrast, **“gender aware”** programs/policies deliberately examine and address the anticipated gender-related outcomes during both design and implementation. An important prerequisite for all gender-integrated interventions is to be gender aware.

FIGURE 1. The Gender Integration Continuum



20 This framework draws from a range of efforts that have used a continuum of approaches to understanding gender, especially as they relate to HIV/AIDS. See Geeta Rao Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, The Why and The How” (Plenary Address at the XIII International AIDS Conference), Durban, South Africa: 2000; G.R. Gupta, D. Whelan, and K. Allendorf., “Integrating Gender into HIV/AIDS Programs: Review Paper for Expert Consultation, 3–5 June 2002,” Geneva: World Health Organization 2002; and WHO/ICRW, “Guidelines for Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes,” forthcoming.

In the gender integration continuum graphic (see page 9), the circle depicts a specific program environment. Since programs are expected to take gender into consideration, the term “gender aware” is enclosed in an unbroken line, while the “gender blind” box is defined by a broken, weak line. Awareness of the gender context is often a result of a pre-program/policy gender analysis. “Gender aware” contexts allow program staff to consciously address gender constraints and opportunities, and plan their gender objectives.

The gender integration continuum is a tool for designers and implementers to use in planning how to integrate gender into their programs/policies. Under no circumstances should programs take advantage of existing gender inequalities in pursuit of health outcomes (“do no harm!”), which is why, when printed in color, the area surrounding “gender exploitative” is red, and the arrow is broken.

Gender aware programs/policies are expected to be designed with gender accommodating or transformative intentions, or at other points along that end of the continuum. Programs/policies may have multiple components that fall at various points along the continuum, which is why there are multiple arrows in the graphic. The ultimate goal of development programs/policies is to achieve health outcomes while transforming gender norms toward greater equality; therefore, the area around “gender transformative” is green (“proceed forward”), and the arrow extends indefinitely toward greater equality.

Gender exploitative approaches, on the left of the continuum, take advantage of rigid gender norms and existing imbalances in power to achieve the health program objectives. While using a gender exploitative approach may seem expeditious in the short run, it is unlikely to be sustainable and can, in the long run, result in harmful consequences and undermine the program’s intended objective. It is an unacceptable approach for integrating gender.

Gender accommodating approaches, in the middle of the continuum, acknowledge the role of gender norms and inequities and seek to develop actions that adjust to and often compensate for them. While such projects do not actively seek to change the norms and inequities, they strive to limit any harmful impact on gender relations. A gender accommodating approach may be considered a missed opportunity because it does not deliberately contribute to increased gender equity, nor does it address the underlying structures and norms that perpetuate gender inequities. However, in situations where gender inequities are deeply entrenched and pervasive in a society, gender accommodating approaches often provide a sensible first step to gender integration. As unequal power dynamics and rigid gender norms are recognized and addressed through programs, a gradual shift toward challenging such inequities may take place.

Gender transformative approaches, at the right end of the continuum, actively strive to examine, question, and change rigid gender norms and imbalance of power as a means of reaching health as well as gender equity objectives. Gender transformative approaches encourage critical awareness among men and women of gender roles and norms; promote the position of women; challenge the distribution of resources and allocation of duties between men and women; and/or address the power relationships between women and others in the community, such as service providers and traditional leaders.

Program/policy planners should keep in mind that a particular project may not fall neatly under one type of approach, and may include, for example, both accommodating and transformative elements. It is also important to note that while the continuum focuses on gender integration goals in the design/planning phase, it can also be used to monitor and evaluate gender and health outcomes, with the

understanding that sometimes programs result in unintended consequences. For instance, an accommodating approach may contribute to a transformative outcome, even if that was not the explicit objective. Conversely, a transformative approach may produce a reaction that, at least temporarily, exacerbates gender inequities. Monitoring and evaluating gender outcomes against the continuum allows for revision of interventions where needed.

Most importantly, program/policy planners and managers should follow two gender integration principles:

- First, **under no circumstances should programs/policies adopt an exploitative approach** since one of the fundamental principles of development is to “do no harm.”
- Second, the **overall objective of gender integration is to move toward gender transformative programs/policies**, thus gradually challenging existing gender inequities and promoting positive changes in gender roles, norms, and power dynamics.

Gender Continuum Concepts

Gender Blind refers to little or no recognition of local gender differences, norms, and relations in program/policy design, implementation, and evaluation.

Gender Aware refers to explicit recognition of local gender differences, norms, and relations and their importance to health outcomes in program/policy design, implementation and evaluation. This recognition derives from analysis or assessment of gender differences, norms, and relations in order to address gender equity in health outcomes.

Gender Exploitative refers to approaches to program/policy design, implementation, and evaluation that take advantage of existing gender inequalities, behaviors, and stereotypes in pursuit of health and demographic outcomes. The approach reinforces un-

equal power in the relations between women and men, and potentially deepens existing inequalities.

Gender Accommodating refers to approaches to project design, implementation, and evaluation that adjust to or compensate for gender differences, norms, and inequities. These approaches respond to the different roles and identities of women and men. They do not deliberately challenge unequal relations of power or address underlying structures that perpetuate gender inequalities.

Gender Transformative refers to approaches that explicitly engage women and men to examine, question, and change institutions and norms that reinforce gender inequalities, and as a result achieve both health and gender equality objectives.

Examples Along the Gender Continuum

The project examples below, while based on one or more actual cases, are fictionalized to demonstrate how projects might fall at various points along the continuum. The projects are categorized according

to their perceived intent at design. Sometimes projects are designed with one approach and result in an outcome that differs from the original intent. This is noted in the comments under “explanation of categorization.”

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>Campaign to Increase Male Involvement in Zimbabwe</p> <p>In an effort to increase contraceptive use and male involvement in Zimbabwe, a family planning project initiated a communication campaign promoting the importance of men’s participation in family planning decisionmaking. Messages relied on sports images and metaphors, such as “Play the game right; once you are in control, it’s easy to be a winner;” and “It is your choice.” The campaign increased the use of contraceptive methods. When evaluating impact, the project asked male respondents whether ideally they, their partners, or both members of the couple should be responsible for making family planning decisions. The evaluation found that while men were more likely to believe that they should take an active role in family planning as a result of the campaign, they did not necessarily see this as a topic for joint decisionmaking. Men interpreted the campaign as promoting the notion that family planning decisions should be made by men alone.</p>	<p>Exploitative</p>	<p>The project’s intention was to convey to men that FP is a topic about which they should be concerned. However, the messages used emphasized those aspects of masculinity that speak to men’s power: winning in sports, being in control, and making decisions. Men came away from the campaign with the unintended message that they should be in control of FP decisions, which further limited women’s participation in FP/RH decisionmaking and couple communication, and undermined the objective of increasing men’s role as supportive partners.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>A Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) intervention in Kenya sought to encourage abandonment of the practice. Project staff realized that simply enacting a law prohibiting the practice would not address the cultural and social motivations supporting the practice within the community, and would likely result in driving the practice underground. A medical anthropologist, hired to conduct qualitative research with women, men, and religious leaders, conveyed to project leaders the symbolic nature of the ritual to the community. Together with community members, the project staff designed a ritual for girls that maintained meaningful cultural elements, such as a week-long seclusion, life-skills education, dance and storytelling, and gift-giving. The new ritual retained the celebratory nature while eliminating the cutting. The new rite-of-passage ritual has been accepted by the entire community.</p>	<p>Transformative</p>	<p>The project engaged women and men, girls and boys, in a process of critical reflection, leading to an understanding that the long-accepted cultural practice of FGM/C violated the rights of girls to health and bodily integrity. By working with communities to identify an alternative, culturally acceptable ritual, the project staff were also able to incorporate RH information to enable young girls to make more informed decisions. By challenging gender norms and eliminating a harmful cultural practice, the project ultimately aimed for a transformative impact on participant communities.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>Cultural Resources and Maternal Health in Mali</p> <p>In order to reduce maternal morbidity and mortality, this Mali project used indigenous knowledge and cultural resources in an attempt to increase and improve couple communication and health-seeking behavior during pregnancy. Research showed that one of the most important obstacles to women’s maternal health care-seeking behavior was their lack of communication with other household members, particularly husbands, about pregnancy and the need for care. Women said they were unable to initiate conversations with their husbands to solicit their consent and financial support (as head of household) for maternal health services. In designing a health campaign, the project staff recruited a traditional musical story teller (a <i>griot</i>) to compose a song that would educate the community about the importance of maternal health care. The campaign also used a traditional article of women’s clothing (the <i>pendelu</i>) as a symbol of pregnancy and couple communication. As a result of this campaign, the level of communication between wives and husbands concerning maternal health increased dramatically. More positive attitudes and behaviors related to pregnancy emerged at the household level, including husbands’ support for reduced workloads and improved nutrition for their wives, and approval for seeking medical attention and maternal health services.</p>	<p>Transformative</p>	<p>This project was designed to address women’s lack of power to communicate with their husbands about pregnancy, and to increase their access to and use of maternal health services. Employing culturally appropriate and significant symbols and messages, the project succeeded in improving couple communication, men’s willingness to assume responsibility during pregnancy for tasks that were typically performed by women, and men’s encouragement for their wives to seek medical attention.</p> <p>While the design and intent of the project were transformative, unless the project demonstrated that the project actually increased decisionmaking on the part of women, the outcome would be accommodating rather than transformative.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>Condom Social Marketing in Bolivia</p> <p>The goal of a social marketing campaign in Bolivia was to increase condom sales. The campaign television spot featured a young man who said very proudly that he used a different color condom with each of his several girl friends. The intended message was that he used condoms whenever he had sex, a “safe sex” message.</p>	Exploitative	<p>The TV spot capitalized on social and cultural values supporting men’s virility, sexual conquest, and control. It reinforced the expectation/stereotype that “macho” men have multiple female sexual partners and undercut the notion that joint communication and decisionmaking, negotiation, and mutual respect are important for safe sex behaviors. It also contradicted other health efforts to promote safe sex practices through partner reduction.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>Youth Roles in Care and Support for Persons Living with HIV/AIDS (PLWHA)</p> <p>In Zambia, a project aiming to involve young people in the care and support of PLWHA conducted formative research to assess the interest of young people in being caregivers, and to explore the gender dimensions of care. Young people were asked what care-giving tasks male and female youth feel more comfortable and able to carry out, and asked PLWHA what tasks they would prefer to have carried out by male or female youth. Based on this research, the project developed youth care and support activities for PLWHA which incorporated tasks preferred by young women and young men.</p>	Accommodating	<p>The program was successful in engaging both young women and young men in providing care and support with which PLWHA are comfortable. This project divided tasks according to the existing gendered division of labor, but also according to the desires of PLWHA. The program accommodated existing gendered divisions of labor, but missed an opportunity to engage young men for the first time in a care-giving role, creating the potential for a more transformative outcome.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>HIV/AIDS Prevention in Thailand</p> <p>This project provided education, negotiation skills, and free condoms to female commercial sex workers (CSW) in Thailand. Although knowledge and skills among CSWs increased, actual condom use remained low. After further discussions with the CSWs, project managers realized that CSWs weren't successful in using condoms because they did not have the power to insist on condom use with their clients. The project then shifted its approach and enlisted brothel owners, who had the power and authority to insist on condom use, as proponents of a "100% condom-use policy." Since the vast majority of brothels in the project region participated in the project, the project resulted in a significant increase in safe sex practices.</p>	Accommodating	<p>This project accommodated to the lack of power that female sex workers had over their clients and instead used the power of male brothel owners to demand 100 percent condom use on their premises. While the approach did not challenge the power differentials between sex workers and brothel owners, it did force more protective health behavior on the male clients.</p>
<p>Mass Media to Reach Youth on RH in Nicaragua</p> <p>A Nicaraguan NGO produced a popular TV soap opera (<i>telenovela</i>) to introduce a range of social and health issues (e.g., pregnancy, HIV prevention, gender-based violence, and discrimination against the physically disabled) into public debate. Since the soap opera was particularly popular with youth, it presented the opportunity to address and challenge traditional gender roles. One storyline followed a young couple as they fell in love, and through their discussions about intimacy, contraception, and STIs. The male character in the couple was sensitive and caring toward his female partner, and they engaged in open communication about sexuality and family planning. In another episode, the young woman was raped. The telenovela then dealt with the aftermath of sexual violence, including women's legal rights in Nicaragua and the effect of rape on intimacy. Using mass media, this program presented alternative gender role models and raised awareness and public discussion about gender and RH.</p>	Transformative to certain segments of the population	<p>This project had a transformative intention—to model non-conventional equitable gender roles for young men and women as a way of promoting more open communication about sex, rights, and gender-based violence. The evaluation of the project revealed that as a communication medium, soap operas reach primarily younger and older women, and older men, but not young men. Therefore, the transformative messages were not communicated to the half of the intended audience who were young men. Based on the evaluation, the project revised its communication strategy, reaching out to young men in soccer clubs.</p>

Project Description	Category	Explanation of Categorization
<p>Female Condom Promotion in South Africa</p> <p>A pilot program was designed to increase the acceptability and use of the female condom in South Africa. Historically, female condoms have been promoted to women. Acknowledging that men, in the African context, dictate the terms of heterosexual encounters, the program decided to try an innovative approach: the promotion of the female condom to men by male peer promoters. This involved (1) male promoters demonstrating to men the use of the female condom; (2) explaining to men that self-protection and sexual pleasure are completely compatible with the use of the female condom, especially when compared to currently available barrier alternatives, and (3) giving female condoms to the men to use with their female partners. Staff based their programmatic approach on research showing that men are preponderantly concerned with retaining control over the means of protection against HIV and STIs, while they remain ambivalent about female-controlled methods. They wanted their women to be protected from STIs, including HIV, but the threat of infection was seen as ensuring that women remained faithful.</p>	<p>Exploitative</p>	<p>This program had an explicit intention of empowering men to use a technology that was developed so that women would have more control over decisions about contraception and protection from STIs and HIV. It exploited men's greater power over decisions about sexuality and reproduction to achieve a health outcome, and reinforced men's control over the means of protection as well as the norm that allows men to have multiple partners while women are expected to remain faithful.</p> <p>While some may interpret this project as accommodating rather than exploitative, since it engaged men around the use of a method ostensibly controlled by women, the program was grounded in research that men's interest in any method was likely to be based on maintaining control over their partners' sexuality.</p>

Using the Gender Continuum Case Studies as a Training Tool

The Gender Continuum was actually developed as a training tool and this Manual can be easily adapted to such use. Trainers might ask participants to place the case studies at different points along the continuum, depending on the assumptions they make in interpreting the initial intention of the project and how the design contributed to particular outcomes. Below are some suggested questions for some of the case studies, to stimulate discussion.

Case: Youth Roles in Care and Support for PLWHA in Zambia

- How would you categorize this project if boys and girls had been given opportunities to choose roles regardless of whether they conformed to normative gender roles?

Case: Cultural Resources and Maternal Health in Mali

- Is it possible to have a gender transformative design that does not have a positive health impact?

Case: HIV/AIDS Prevention in Thailand

- How might you categorize this project if you discovered that the brothel owners were women, or that the sex workers were men?
- How might you categorize the project if you found out that despite positive changes in safe sex practices, the involvement of brothel owners in condom promotion did nothing to lessen client violence against sex workers?

CHAPTER 4: THE GENDER ANALYSIS FRAMEWORK

Gender analysis is the process of identifying gender inequities and their implications for programs and development. By examining the social construction of identities, roles, and social, economic, and political relations, a gender analysis helps us to understand the differential distribution of power and resources based on gender in societies. Gender analysis reveals information that is necessary for making informed decisions about family planning, reproductive and sexual health, HIV, and safe motherhood programming, and should, whenever possible, be an integral part of the broad range of technical analyses conducted in preparing the strategic plan.

Gender analysis involves the collection and interpretation of data to examine gender differences, and the impact of these differences on the lives and health of all youths and adults, whatever their sexual orientation. Gender experts have developed a number of tools to guide the analysis. Some are sector-specific and others are more general. (For an illustrative list of tools, see Appendix III.)

A gender analysis framework prompts users to ask:

- What are the different constraints and opportunities faced by women and men, boys and girls, according to gender?
- How do gender relations (in different domains of activity) affect outcomes and the achievement of sustainable results?
- How will proposed results affect the relative status of men and women?

Gender analysis approaches and tools focus on specific aspects of social and cultural relations in a given context. These specific “slices” of social and cultural relations are often referred to as “domains”. Some of the most frequently analyzed domains include: access to resources; knowledge, beliefs and perceptions (norms); practices and participation (roles); rights and status; and, related to all of these, power.

FIGURE 2. Domains of Social and Cultural Relations



Access to Resources: This domain refers to one's ability to use financial and other resources/assets. The capacity to access resources is fundamental to being a fully active and productive (socially, economically, and politically) participant in society. Resources and assets include:

- Natural and productive resources²¹
- Information
- Education
- Income
- Services
- Employment
- Benefits

An individual may have access to resources but limited ability to make autonomous decisions about their use. For instance, an adolescent girl may work and earn income that she hands over to adults in her household who decide how most, if not all, of her income is used. The girl has access to employment but she does not control the disposal of her income. (Control in this framework is considered under "power.") This is an important point, for example, in assessing whether livelihood options for adolescent girls enable them to retain control over economic resources they generate.

Knowledge, Beliefs, and Perceptions: As a consequence of having access to different types of knowledge, men and women have diverse beliefs, perceive situations differently, and conform to social norms that are gender-specific.

This domain includes:

- Types of knowledge that men and women are privy to—who knows what, based on their experiences and what's seen as appropriate for each to know;
- Beliefs (ideology) guide what is deemed proper or normative behavior for men and women, boys and girls, and defines how they conduct their daily lives; and
- Perceptions that guide how people interpret aspects of their lives differently depending on their gender identity.

Knowledge in some cultures may be proprietary, e.g., known only to men or only to women, limiting the ability of individuals to understand and participate in the full range of social experience. For example, only mothers (not fathers) may be socialized to understand the need for adults to be caring and nurturing of children. Fathers may believe that children only depend on them for financial support and discipline, and not for emotional support. Gender constraints prohibit both mothers and fathers from engaging fully with their children.²²

Gender-based perceptions or attitudes lead to differential interpretations of information. For instance, adolescent girls who do not perceive themselves as independent may lack the confidence to assume responsibility for a business or to think about saving for the future.

Practices and Participation: This refers to peoples' behaviors and actions in life – what they actually do – and how this varies by gender. The domain encompasses:

- The freedom of movement or autonomy to enable participation;
- The types of activities and practices, e.g., meetings, training courses, the political process, and health and social services;

²¹ Productive resources relate to the four factors of production: land, labor, capital, and entrepreneurial skills.

²² G. Barker, D. Doğruöz, and D. Rogow, "And How Will You Remember Me, My Child? Redefining Fatherhood in Turkey" in *Quality/Calidad/Qualité* 19, New York: Population Council, 2009.

- The way that people engage in development activities, actively or passively, or by accepting or seeking out services;
- The allocation and availability of time to participate.

Women and girls may have less freedom of movement, e.g., ability to leave the home unchaperoned. Passive participants may attend a meeting and be aware of information being transmitted, but not voice an opinion or play a leadership role. Active participation involves voicing opinions and otherwise contributing to the group process. The ability to participate in any activity is constrained by time. Adolescent girls in developing countries have been found to carry a heavier workload and enjoy less leisure time than boys, regardless of whether they are enrolled in school or not.²³

Legal Rights and Status: Rights include the capacity to exercise one's vote, run for office, be an active legislator, and to enter into legal contracts. This domain refers to how people of different genders are regarded and treated by both the customary and formal legal codes and judicial systems. Gender-based differences in legal rights and status may particularly affect gay, lesbian, bisexual, and transgendered individuals.

This domain includes rights to:

- Inherit and own property
- Legal documents (such as identity cards, property titles, and voter registration)
- Reproductive choice
- Life-saving maternal healthcare

- Representation
- Due process

Gender differences occur in recognizing the existence of rights within the written or applied law, as well as in how such rights can be implemented or enforced. For example, adolescent girls may be unlikely to know the legal age at marriage or how to prevent parents from marrying them off below the legal age.

Power: This refers to the capacity to control resources and to make autonomous and independent decisions free of coercion. Gender norms influence the extent to which individuals can freely decide, influence, control, enforce, engage in collective actions, and exercise decisions about:

- Acquiring and disposing of resources;
- Choosing what to believe;
- One's own body;
- Reproductive choice;
- Children;
- Occupation;
- Affairs of the household, community, municipality, and the State;
- Voting, running for office, and legislating;
- Entering into legal contracts;
- Moving about and associating with others.

23 C. Lloyd, M. Grant, and A. Ritchie, "Gender Differences in Time Use Among Adolescents in Developing Countries: Implications for Rising School Enrollment Rates" in *Journal of Research on Adolescence* 18, no.1 (2008): 99–120.

A gender analysis systematically examines the four domains of access to resources; knowledge, beliefs, and perceptions; practices and participation; and rights and status, and the relative power, control, and decision-making authority based on gender. Gender analyses seek to reveal the gender-based constraints that inhibit (and sometimes gender-based opportunities that facilitate) the achievement of a particular program objective.

Gender constraints and opportunities need to be investigated in specific contexts, as they vary over time and across different organizational and institutional contexts:

- Partnership or primary relationship
- Household
- Community
- Civil society and governmental organizations/institutions

Gender relations are linked to a host of other specific power relations that are at work in a specific context – such as differences in power based on race, class, ethnicity, residence (urban vs rural), and age. In some cases, these factors may exert more influence on the balance of power than gender alone, but in combination, they may exacerbate gender inequity, e.g., for poor, rural low-caste adolescent women.

Although gender patterns may appear remarkably similar across contexts, it is helpful to understand the specific relations (and ongoing changes and contradictions in these relations) across time, in different organizational contexts, and in different sociocultural contexts.

Tools for Organizing, Analyzing, and Planning

Table 4.1 on the next page can be used to organize data collection and synthesis for a gender analysis based on primary or secondary data sources.

- **1st column**- What are the key gender issues in each of the 4 domains and in terms of power? Place information in the appropriate domain. Go through the information and assess which of the findings on gender relations within different domains might impact either negatively (gender-based constraints) or positively (gender-based opportunities) on the health, attitude, and behavior outcomes, achievement of the project's objectives, or on the relative status of men and women.
- **2nd column**- What additional information is needed to help the program understand the gender barriers or constraints? Often sources lack complete information on key gender issues relevant to a particular project, program, or policy under consideration. Barriers to program implementation encountered at an earlier stage of the project may not have been adequately addressed or explained by the available gender information. Note any missing information, what the source might be, and what type of expertise or methodology may be required to generate and analyze the information. Collection of additional data may become an activity under the project or program.
- **3rd column** – What are the gender-based constraints? Record the constraints, noting that information pertaining to one domain can sometimes contribute to an identified constraint in another domain. For instance, restrictions on women's capacity to realize their legal rights may be constrained by their access to information. Similarly, men's capacity to assume greater responsibility

for the care of their children may be limited by beliefs about their proper roles as men and by their unwillingness to be deemed “unmanly.” Prioritize constraints that may have a significant bearing on reaching the project’s objectives or on relations of power between men and women, especially when resources are limited.

- **4th column** – What are the gender-based opportunities? Record the information identified in different domains that may facilitate

reaching program objectives, improve the balance of power in gender relations, or have a positive impact on health and equity outcomes. For instance, the role of men in maintaining roads in their communities may be an opportunity to discuss and overcome constraints to transporting women to healthcare facilities more rapidly if they experience complications during labor and delivery.

TABLE 4.1. A FRAMEWORK FOR GENDER ANALYSIS (DATA COLLECTION AND ANALYSIS)

DATA COLLECTION AND SYNTHESIS-Step 1 What are the key gender relations related to each domain and to power?	DATA COLLECTION AND SYNTHESIS-Step 2 What additional information is needed about gender relations?	ANALYSIS-Step 1 What are the gender-based constraints to reaching program objectives?	ANALYSIS-Step 2 What are the gender-based opportunities for reaching program objectives?
Consider these relations in different contexts ~ individual, partners, family and communities, health care and other institutions, policies			
Access to Resources²⁴:			
Knowledge, Beliefs, Perceptions:			
Practices & Participation:			
Legal Rights and Status:			
Power, Control, and Decisionmaking:			

24 While many gender analysis frameworks treat access and control of resources as a single domain, this framework intentionally separates them in order to emphasize that access to or use of assets (resources) is not the same as having control or decision-making authority over the resources. This framework locates control over resources as a dimension of power.

Table 4.2 below illustrates how the information in the Gender Analysis Framework is used to address gender issues in project and program design and monitoring and evaluation. After gender-based constraints and opportunities are prioritized (step 1), develop objectives or sub-objectives to overcome the barriers or to take advantage of gender-based opportunities. Agree on objectives or subobjectives (re-

sults), and the types of activities or strategies that may be effective in reaching them. Gender indicators should be measures of the removal or mitigation of the constraints and the utilization of opportunities. Gender indicators are distinct from indicators that measure health outcomes or results. See Chapter 5 for a full presentation of how to integrate gender in the project or program cycle.

TABLE 4.2: STRATEGIC PLANNING—INTEGRATION OF GENDER INTO THE PROJECT CYCLE (SUB-OBJECTIVES, ACTIVITIES, INDICATORS)

Step 2. Proposed sub-objectives to address gender-based opportunities or constraints	Step 3. Development of proposed activities to address gender-based opportunities or constraints	Steps 4 and 5. Indicators for monitoring and evaluation

An Illustrative Case Study

The following illustrative case study may be useful in practicing the application of the Gender Analysis Framework.

Case Study: Preventing Mother to Child Transmission (PMTCT) of HIV Programming in Country Zed²⁵

As in many countries, Country Zed continues to find it difficult to facilitate women's access to PMTCT services. These services include testing to determine HIV status; access to drugs to prevent HIV-positive mothers from transmitting the disease to their children; information on exclusive infant feeding options; health care for infants; family planning; and care and treatment for the woman's own health.

Program Goals: Reduce the number of babies born with HIV and improve the health and survival of mothers living with HIV.

Program Objectives:

- Expand access to a full range of PMTCT interventions;
- Fight the stigma associated with HIV, and encourage and support disclosure.

Proposed Strategy: The program has decided to pursue one of two strategies to increase women's willingness to test, seek results, and, if positive, follow through on preventive prophylaxis, infant feeding recommendations, and taking care of the mother's own health. The strategies are 1) Train peer counselors to provide education and psychosocial support to HIV-positive pregnant women, and follow-up after delivery; or 2) Involve men in couples counseling.

Your Task: You have been brought in as a gender expert to help guide program staff through a decision to adopt one of these two strategies or another approach. After reading the information below, use the Gender Analysis Framework to identify the most critical gender-based constraints and opportunities that may either prevent or facilitate uptake of prenatal VCT, treatment, and post-natal follow-up.

Available Background Information: The most recent Demographic and Health Survey (DHS) for Country Zed reported high utilization (90 percent) of antenatal care by pregnant women, but only 47 percent delivered at a health facility. Most women completed at least some primary schooling. More than half of the women reported having a partner or husband. Only 40 percent had access to piped water or electricity. More than half reported no independent income.

Data from the WHO Multi-Country Study on Domestic Violence report that for Country Zed, 41-56 percent of ever-partnered women, ages 15-49, had ever experienced physical or sexual violence from an intimate partner; 17-25 percent had experienced severe physical violence, and of these, 1/3 to 1/2 had experienced severe physical violence within the past year.

Some recent poster campaigns with slogans such as "*Test for the Health of the Next Generation*," picture a pregnant woman holding a newborn baby. Although antenatal care (ANC) use is high, recent

²⁵ This case study is a composite drawn from several sources and countries including: Baek et al. 2007 *Key Findings from an Evaluation of the Mothers2 Mothers Program in Kwazulu-Natal, South Africa*, Washington, DC: Population Council and Horizons Trust; accessed online July 1, 2009 at www.who.int/pmnch/topics/maternal/mothers2mothers/en/index.html; and Burke et al., *Male Participation in PMTCT in Tanzania*, 2004.

Case Study: Preventing Mother to Child Transmission (PMTCT) of HIV Programming in Country Zed

focus groups show that women have limited knowledge of specific PMTCT interventions or availability of these services at the local health clinic. When asked about the importance and availability of specific medicines and recommended exclusive infant feeding practices, women expressed uncertainty about the effect of these recommendations on their pregnancy and the health of the infant. A number of women expressed the belief that women who are HIV-positive should not have any more children. Regarding testing, women were more interested in knowing their HIV status for the purpose of protecting themselves from infection in case the result was negative, or for seeking care if HIV positive. It is significant that only 11 percent identified concern about infecting their child as a primary reason to learn their HIV status.

Gender Norms

Women are expected to seek permission from their male partners before testing. They believe that testing without a partner's permission will increase conflict. Men feel free to make their own decisions about whether to test or not and rarely disclose their HIV status to their partners. However, men are reluctant to use testing sites close to their own communities, fearing lack of confidentiality. Men also believe that by the time a woman is pregnant, it is too late for themselves and their partners to be tested. They argue that a woman who is positive should not have any more children. If a man is positive, however, he is unlikely to disclose, and will still desire more children. Men say that access to anti-retrovirals (ARVs) to prevent transmission would be a great incentive for them to agree to testing for themselves and their partners, even if ARVs were only provided to mothers and babies.

Both men and women in the community report that health information is supposed to be brought into the family by the man.

Women are not regarded as reliable sources of information. Men are viewed as the decisionmakers in the family. Men regard health care providers as legitimate sources of information, yet they generally do not accompany their partners to family planning, antenatal or postnatal care services and would not be expected to attend the labor or birth of their child. Birth, delivery, and care of infants are seen as exclusively the responsibility of women, although men are increasing their involvement in childrearing responsibilities once children become toddlers or older.

Responding to Local Beliefs

Many people in the community believe that if one parent is HIV positive, both parents and all children born will be HIV positive as well. HIV-related stigma in the community remains high and is directed at the person who first tests and discloses his or her status. Because of antenatal testing, more women than men know their HIV status. It has not been uncommon for women who reveal their HIV positive status to be abandoned, and many women fear being abused by their male partners.

Women do discuss health and relationship issues with other women in the community, and find other women an important source of social support and practical information, especially as related to women's and children's health. However, this information is not directly brought in to the household. Health care providers in the public sector have limited time to be able to provide much information and counseling to their clients. Overburdened by the migration of health care staff as well as by absences due to their own and family illnesses, midwives and nurses are stretched too thin to provide even a minimum standard of clinical care.

TABLE 4.3: ILLUSTRATIVE CASE STUDY: DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Based on your program goal (to reduce the number of babies born with HIV and improve the health of HIV-positive mothers) and your program objectives (to increase PMTCT interventions and fight stigma) answer the following questions:

Step #1. Assessment What are the key gender relations related to each domain (related to a, b, c, d, e below) that affect women and girls, and men and boys?	#2. Assessment What other information about gender relations is needed? (Collecting and analyzing data could become an activity in #3)	#3 Assessment What are the <i>gender-based constraints</i> to reaching program objectives?	#4 Assessment What are the <i>gender-based opportunities</i> to reaching program objectives?
Be sure to consider these relations in different contexts ~ individual, partners, family and communities, health care and other institutions, policies			
a. Access to Resources <ul style="list-style-type: none"> • 50% of women have access to income • Women’s access to information in the household comes through their male partners. • Women gain information from other women but do not share it within the home. 	<ul style="list-style-type: none"> • Do women without incomes have access to other types of resources (assets)? • What happens to women’s access to financial and other resources when they are abandoned by their partners? • Do women and men have access to health services? • Are there fees and transport costs affecting access to services for women who do not have access to income? 		
b. Knowledge, beliefs, perceptions (some of which are norms): <ul style="list-style-type: none"> • Women are expected to seek partner’s permission before testing (belief) • Women and men have limited knowledge of PMTCT but for different reasons (women, because of limited access and men because it is connected to pregnancy and child-birth which is the purview of women (knowledge) 	<ul style="list-style-type: none"> • What do men actually know about PMTCT? 	<ul style="list-style-type: none"> • Women’s fear of abuse or abandonment deter them from agreeing to be tested or from picking up their results. • Women and men have limited access to information 	<ul style="list-style-type: none"> • Peers are a source of information. • Men’s perception that availability of ARVs is a good reason to be tested and to encourage partner to get tested for herself and the baby. • Women’s concerns for their own health motivate them to get tested and treated. • Although women’s peers are a source of information, the information they provide is not viewed as reliable as information provided by men.

Step #1. Assessment	#2. Assessment	#3 Assessment	#4 Assessment
<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge brought into the household by women is not regarded by either men or women as reliable (belief) • Messages about testing that stress benefits to women resonate more with women (perception) • Men believe testing during pregnancy is too late (belief) • Men are supposed to make decisions (belief) • More women know their HIV status than men (knowledge) • Men view male healthcare providers and community leaders as legitimate sources of information (belief) • Men believe that HIV-positive women should not have any more children (belief) • Men and women believe that if one partner is HIV+ then the other is also and their children will be too (belief) • Men perceive that access to ARVs is an incentive to get tested themselves and have their partners test, even if the ARVs are only provided to the baby and/or the mother (perception) • Women believe they will be abused if they reveal their positive HIV status to a partner. • Women doubt the reliability of recommendations about their own and their infants' care (perception) 		<ul style="list-style-type: none"> • The access of women and men to information is limited by the belief that information is only reliable if it comes from men. • Men's belief about pregnancy as being too late for testing may limit their support for partner testing or to follow through on care. • Violence and the threat of violence prevent women from testing and from revealing their status to partners. 	<ul style="list-style-type: none"> • Men may be more open to information and counseling from male health care providers. • Information on the availability and how to access ARVs may encourage more men and women to agree to testing.

Step #1. Assessment	#2. Assessment	#3 Assessment	#4 Assessment
<p>c. Practices, roles & participation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Women are solely responsible for babies • Men participate in care of children (toddlers and older) • Men do not accompany their partners to antenatal, RH, or FP care, or remain with them during delivery • Many men abandon female partners who disclose positive HIV status • Women healthcare providers are overburdened by dual role as caregivers in health facilities and households • Women test more than men, generally through ante-natal care • Men who know they are HIV positive rarely disclose to partners because they want to have more children • Women in community discuss information about HIV and PMTCT among themselves 	<ul style="list-style-type: none"> • What are the actual practices of men and women with regard to testing? • Do men take older children to health services? • Are men present in the community or do they migrate or work away from home? • What distinguishes women who agree to testing from those who don't? • What distinguishes men who disclose to their partners from those who don't? 	<ul style="list-style-type: none"> • Information is controlled by men but they do not attend ante-natal health services or speak to women who dispense information. • The dual burden of female healthcare workers limits their ability to provide information and counseling 	
<p>d. Legal rights and status</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Are there legal (formal or customary) restrictions to a woman signing an informed consent form without her partner's consent? • Do abandoned or widowed women have property or inheritance rights? • Who actually makes what types of decisions in the household and under what circumstances? • Do women with income have control over that income? 		

Step #1. Assessment	#2. Assessment	#3 Assessment	#4 Assessment
<p>e. Power and decision-making</p> <ul style="list-style-type: none"> • Men control access to information in the household • Men make their own decisions about testing • About 50% of women have ever suffered violence from a partner and about 10% have experienced severe violence in the last year 	<ul style="list-style-type: none"> • Who actually makes what types of decisions in the household and under what circumstances? • Do women with income have control over that income? 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence prevents women's access to VCT and ability to make decisions. 	

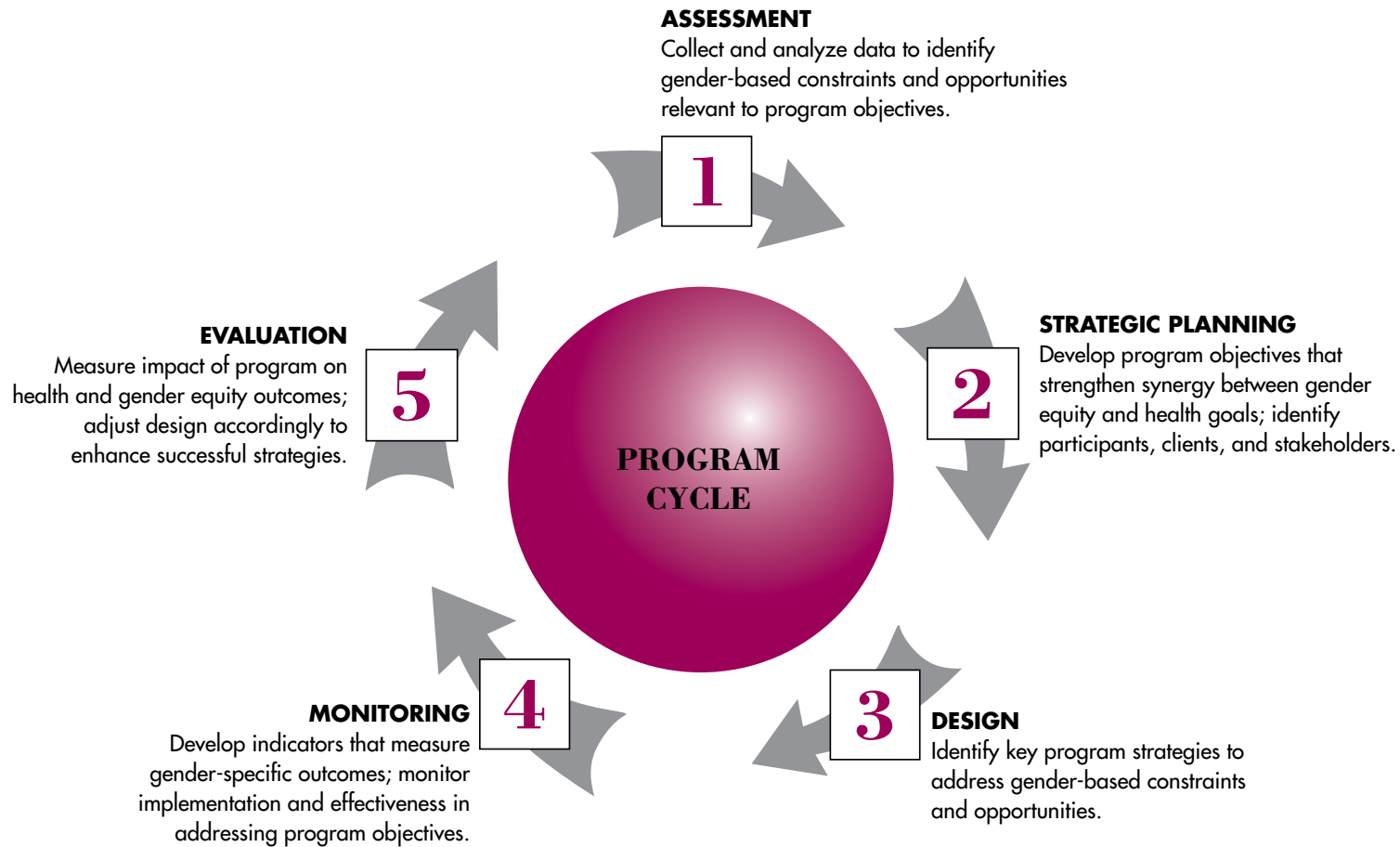
**TABLE 4.4. CASE STUDY: INTEGRATING GENDER ANALYSIS INTO THE PROGRAM CYCLE
(OBJECTIVES, ACTIVITIES, INDICATORS)**

#1: Critical Constraints and Opportunities	#2: What gender-integrated <i>objectives</i> can be included in the strategic plan to address gender-based opportunities or constraints?	# 3. What proposed <i>activities</i> can be designed to address gender-based opportunities or constraints?	# 4 & 5. What <i>indicators</i> for monitoring and evaluation will show if the gender-based opportunity has been maximized or the gender-based constraint removed?
<ul style="list-style-type: none"> • Women and men have limited access to information. • Access to information limited by belief that information is only reliable if it comes from men. • Men’s incorrect belief that by the time of pregnancy, it is late for their partners to be tested for HIV or for follow-up on care. • Men may be open to information on counseling from male health care providers • Information on the availability and how to access ARVs may encourage more men and women to agree to testing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Make channels of information about PMTCT more accessible to men and women. • Increase support among women and men for women as well as men to be able to introduce health information into household. 	<ul style="list-style-type: none"> • Use both men and women peer educators to convey information about the value of HIV testing, antenatal treatment and post-natal care, and to recommend infant feeding practices. • Use both male and female peer educators, as well as male leaders in the community, to develop messages and foster critical reflection and skills-building that support women’s ability to introduce health information within the household, and to promote sharing of health decisions between women and men. • Develop messages that emphasize health benefits of knowing one’s HIV status for both mothers and babies. • Link exclusive breastfeeding or alternative infant feeding options to non-HIV-related life circumstances (i.e. general benefits of exclusive infant breastfeeding for all babies; proper alternative feeding methods for women who work or travel). 	<ul style="list-style-type: none"> • # of men and # of women who have been exposed to health messages from peer educators. • # of men and # of women who regard health information they receive as reliable • # of men and # of women who believe that women are reliable sources for information introduced into the household. • # of women who report having introduced health information into household • # of men who report their female partner introduced information into the household • # of men and # of women who know benefits of testing, PMTCT and infant feeding practices.

#1: Critical Constraints and Opportunities	#2: What gender-integrated <i>objectives</i> can be included in the strategic plan to address gender-based opportunities or constraints?	# 3. What proposed <i>activities</i> can be designed to address gender-based opportunities or constraints?	# 4 & 5. What <i>indicators</i> for monitoring and evaluation will show if the gender-based opportunity has been maximized or the gender-based constraint removed?
<ul style="list-style-type: none"> • Violence and the threat of violence prevent women from testing and from revealing status to partners. • Violence prevents women from accessing VCT and impedes their ability to make decisions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Increase men and women’s knowledge of how GBV increases vulnerability of women and men to HIV. • Increase men and women’s capacity to prevent violence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Develop educational strategies and training modules for men. • Develop materials that reflect SRH issues that are of interest to men and women. • Develop interactive methods that allow men to realize consequences of violence for their partners themselves. • Develop approaches that make women aware of where to seek help for GBV. 	<ul style="list-style-type: none"> • % of men who believe that it is never right to hit a woman. • % of men and women who believe that women have the right to decide to be tested. • % of men and women who feel they can discuss their HIV status with their partner without fear of violence.

CHAPTER 5: A PROCESS FOR GENDER INTEGRATION THROUGHOUT THE PROGRAM CYCLE

Strategic Steps to a Gender-Integrated Program



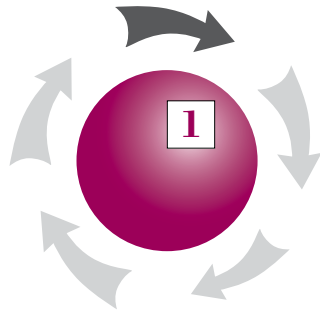
Adapted from Measure Evaluation

Incorporating a gender perspective in programs involves a series of steps that are both sequential and iterative. A program design that is gender-integrated is flexible and receptive to feedback on progress and problems, as well as responsive to changes in interpersonal relationships, resources, and access to information. This chapter provides examples from actual programs that have successfully integrated a gender perspective or gender elements into design, implementation,

and monitoring and evaluation. Case material is used to illustrate how these programs answered gender-related questions at different steps in the program cycle. The various elements of a gender-integrated approach that are present in each case study are also highlighted. Each case is illustrative only and not intended to be an exhaustive treatment or analysis of program outcomes.

Steps to Gender-Integrated Programs

- 1. Assessment** (Gender Analysis): *Part I:* Collect data on gender relations, roles, and identities in relation to the health needs or problems to be addressed by the program. *Part II:* Analyze information to identify gender-based constraints and opportunities that may affect achievement of health objectives or the relative status of women and men.
- 2. Strategic Planning:** Examine program objectives for their attention to gender constraints and opportunities; restate objectives so that they strengthen the synergy between gender and health goals; identify participants, clients, and stakeholders.
- 3. Design** program approaches, interventions, and activities to support achievement of health and gender equity objectives.
- 4. Monitoring:** Develop indicators to measure gender-specific outcomes, especially the alleviation of gender-based constraints and application of opportunities; Collect baseline data on impact indicators and regularly monitor process indicators.
- 5. Evaluation:** Collect end-line data and analyze differences between baseline and endline to assess the effectiveness of program elements designed to address gender issues. Re-examine gender analysis, identify any constraints not anticipated at the beginning, and adjust design and activities based on monitoring and evaluation results.



STEP 1, ASSESSMENT, Part I:
Collect data on gender relations, roles, and identities that pertain to the achievement of program outcomes.

The previous chapter introduced the Gender Analysis Framework. This section reviews gender assessment as the initial

step in a process for integrating gender into projects and programs. Part 1 of the assessment phase presents critical questions to consider when designing a gender analysis data collection process. Part 2 focuses on the implications of the information collected for project design.

Focus Data Collection on Program Objectives

The starting point of gender analysis research is to collect sex-disaggregated data linked to the program’s objectives. What kind of information does the program team need to collect to understand how gender roles and identities are defined within a particular society and how they vary across age, class, and ethnicity? For a program focused on RH policy, relevant data would include:

- Who is involved in community and local government and how do different groups and individuals within the locality (data disaggregated by sex) participate in regional and national policymaking?
- What issues are discussed in public fora and who is able to bring these issues forward? What roles do men and women, adolescent boys and girls play in these public arenas?

- How is information communicated from public fora to groups and individuals who are not present? Who has access to different media? (data disaggregated by sex)

Information is often available through national census and surveys and in published and unpublished research reports. The DHS have included, in a number of countries, modules on men, gender relations, domestic violence, and HIV, and are an important source of information wherever available. Occasionally it is necessary to conduct primary data collection using survey or participatory research techniques.²⁶ Data collected from both quantitative and qualitative methods, and at a variety of levels (individual, household, community, regional, and national) provide a firmer informational base for making decisions on how to most effectively integrate gender considerations into programs.

Who Is Included in Data-Gathering Efforts?

How the program implementers involve various stakeholders and participants in the data collection process will affect the quality of the information gathered and have implications for program planning. There are several methods for the collection and analysis of information on gender roles, decisionmaking, and control over resources. For the most part they are variations on quantitative and qualitative research methods (e.g., surveys, rapid appraisal methods, focus groups) that include specific questions on men’s and women’s activities, roles, assets, decisionmaking, and responsibilities (see references in Appendix 3, under “Gender Integration and Mainstreaming Manuals” for additional information on methods).

26 While participant needs and stakeholder interests are best discerned through direct participation of individuals and groups, the program staff can draw important conclusions about key gender differences by analyzing sex-disaggregated micro- and macro-economic data and national statistics on social development. Information about labor force participation and segmentation, incomes, poverty rates, educational attainment, health status, legal status, judicial access, and political participation of women relative to men, to name a few, provide national level indicators of gender inequalities to be addressed by the project team in the development of objectives and activities.

Use of participatory research methods increases the involvement of the different participants and stakeholders in the research process. The active engagement of participants provides an opportunity for them to express their needs and aspirations, participate in the analysis of the causes of their health problems and concerns, and play a role in developing sustainable solutions.

Focus Groups

The project team is responsible for ensuring that focus groups are constructed and the questions asked in an ethical manner that will elicit diverse perspectives from the participants, including those who are disempowered within the particular sociocultural context under study. Attention to gender issues is not limited to inclusion of men and women in information gathering efforts. Unless couple dynamics are under investigation, this typically requires conducting focus groups separately based on sex. Age groupings, language, caste or class, and ethnicity are also important considerations. Focus groups that include young and old, and people of different ethnic backgrounds may only yield information from representatives of the most powerful groups. For example, in same sex group-

Focus groups and other participatory methods are effective for ascertaining the range of local beliefs, attitudes, interests, and priorities, especially as they vary across gender, socioeconomic status, age groups, and ethnicity. Focus groups are useful for getting feedback on client satisfaction, efficacy of IEC campaigns, and acceptability of new contraceptive methods.

ings, a young girl might not feel that it is appropriate to provide a viewpoint that differs from that expressed by an older woman.

Survey Instruments

A survey that is constructed to elicit information from male and female participants—including their priorities and interests; how they spend their time; their personal networks; their material, social, and knowledge resources—will provide the program staff with a more accurate picture of the social dynamics in a region. Surveys should include both men and women (young and old), questions on autonomy, mobility, control over resources, and political participation, and take into account the literacy levels and language of different respondents

Quality of the Information Collected

Before beginning data collection, it is helpful to consider whether there are social factors that constrain the participation of individuals or groups in research. For example:

- Will women's limited mobility outside of the household restrict their participation in focus groups?
- Will the need for a husband's consent for a woman to participate in an interview affect the confidentiality of the information?
- Will women agree to participate in research when only male community leaders authorized permission to conduct the research? Will men participate if the data collectors are primarily women and the topics are sensitive?
- Are there potential negative consequences for research participants? Questionnaires and interview guides that involve sensitive material should be reviewed by an institutional ethical review committee. Participants should sign or agree to an informed consent that outlines the purpose of the research and details any potential benefits or consequences of participating in the research.
- Will men be able to participate given seasonal work responsibilities?

The quality of the information collected has a direct impact on program design and outcomes. These issues might not come to light during stakeholder analyses and needs assessments unless appropriate questions have been asked of both men and women. For instance:

- Women may be reluctant to seek treatment for sexually transmitted infections (STIs) or to share a diagnosis with male partners if they fear physical violence or other reprisals.
- Men may refuse to use health services for prevention and treatment of STIs if the services principally cater to women's reproductive needs.

It is important that questions elicit context-specific information that respondents are unlikely to volunteer spontaneously. The phrasing of the questions, terminologies, categories, and the settings for gatherings also affect the quality of information about gender relations. It may be necessary, for example, to ask directly about specific tasks or time expenditure to get information about women's work. Quality information on gender issues is most likely to emerge when researchers consider the types of situations in which women and men are able to express themselves freely.

- Will they respond more comfortably to a questionnaire, in focus groups, or to participatory or qualitative methods?
- Are men and women more willing to respond to questions as individuals or in groups?
- Does it make a difference whether the survey interviewer or focus group facilitator is a man or a woman (of a particular age, class, or ethnicity)?
- Should discussions be in public places or in the home?
- Does the language used in the interviews or surveys affect the responses of men and women differently?
- Under what circumstances might women and men be interviewed together?

The answers to these questions will vary. (See "Gender and Reproductive Health Manuals" in Appendix 3 for references about research methods and gender).

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 1, ASSESSMENT PART I (DATA COLLECTION): MATERNAL HEALTH PROGRAM IN TANZANIA²⁷

IMPLEMENTING ORGANIZATIONS

Several USAID cooperating agencies—PCS/CCP, JHPIEGO, INTRAH, and EngenderHealth—are working to improve maternal and reproductive health care in 16 districts in Tanzania. The specific initiatives include: antenatal care with a focus on preventing and treating malaria and syphilis in pregnancy, postabortion care, family planning, and long-term and permanent family planning methods.

PROBLEM TO BE ADDRESSED

In order to improve quality, project staff conducted research on clients' perception of quality of care.

OBJECTIVES

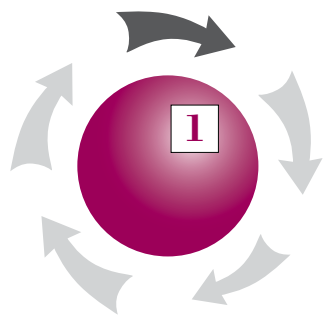
- To develop a quality improvement and recognition program in 16 districts in Tanzania;
- To ascertain the different criteria of quality services defined by providers and community members (clients and non-clients).

Note: Unlike other case studies presented in this chapter, the Maternal Health Program in Tanzania was not designed originally to address gender issues. The case is an example of a program that has taken some initial steps in midcourse to collect and analyze information on gender differences in attitudes and preferences related to health care services. The program staff expect to use the findings to better understand and respond to gender-based constraints to the use of services.

²⁷ Personal communication with Wendy Voet, JHPIEGO, 2003.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP I, ASSESSMENT PART 1: MATERNAL HEALTH PROGRAM IN TANZANIA

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Should men and women be interviewed together or separately?</i></p>	<p>Focus group discussions (FGD) were used to collect data from the community. There was some initial concern that the men might dominate the discussion in mixed groups.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Groups were segregated by sex to ensure inclusion of different perspectives. • Women were separated by age so that older women did not overshadow younger women's opinions. • The project created a relatively unstructured and open-ended forum to encourage women to communicate diverse perspectives.
<p><i>Does it make a difference whether survey interviewers or focus group facilitators are men or women (of a particular age, class, or ethnicity)?</i></p>	<p>Assessment teams were composed so that women would interview women and men would interview men. The researchers believed that participants would feel more comfortable discussing sensitive topics with facilitators of the same sex.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As men and women both expressed clear preferences for privacy in gender-specific terms, the use of same-sex interviewers for groups helped to create a more relaxed and open exchange of ideas.
<p><i>What kinds of questions are most effective for eliciting gender differences?</i></p>	<p>Men and women were asked the same set of questions without explicitly probing into gender differences.</p> <p>Facilitators, however, asked each group questions about who controlled significant resources and who made major decisions with regard to seeking health care.</p>	<p>Men and women focused on different aspects of care in their responses, e.g.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Women highlighted privacy as a critical element of quality, especially in examining rooms; • Men cited the sex and age of the provider as a key element of quality for STI services. They felt embarrassed if they were seen by an older female nurse rather than by a younger male; • Women also revealed that the decision to deliver in a hospital, especially in an emergency, is made by both a woman's husband and her mother. They indicated that the mother has the final say because the husband is likely to make the decision based on cost rather than gravity of his spouse's condition. A mother is more apt to focus on her daughter's health.



STEP 1, ASSESSMENT,
Part II: Analyze data for
gender-based constraints and
opportunities that may affect,
impede, or facilitate program
objectives.

Diverse Sources and Types of Information

Information collected from a variety of sources and through different methods reveals different aspects of gender-based beliefs and practices. Qualitative research will assist the program staff to interpret the meaning of quantitative data and trends from the participants' perspectives and to probe more deeply into the social, economic, and political structures that sustain or challenge existing ideas and patterns of behavior. For example, researchers may be able to answer the following questions:

- What does information in previous or new research reveal about gender relations and the relative status of women and men?
- Are there differences between men and women that are significant for program outcomes and how will gender-based constraints and opportunities affect achievement of program results?

For instance:

- Will restrictions on women's mobility and limited literacy affect their ability to participate as health educators and to access RH services?
- Will men's seasonal absence from the community affect community support for program activities?
- Do limited resources for schooling of girls increase their vulnerability to unintended pregnancy, STIs, and violence?
- Have changes in agricultural production affected the time women have available to tend gardens that provide important nutrients for the household?
- Do adolescent boys participate in social clubs that provide opportunities to engage them in peer counseling activities; are there comparable groups for girls?

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 1, ASSESSMENT PART 2: TOSTAN—ENDING FEMALE GENITAL CUTTING IN SENEGAL ²⁸

IMPLEMENTING ORGANIZATION

Tostan is a Senegal-based NGO whose mission is to empower African communities to bring about sustainable development and positive social transformation based on respect for human rights. It promotes an integrated approach to learning through community-based education. The organization aims to promote participatory learning that is accessible to and controlled by women learners in rural communities. It has continued to revise its Community Empowerment Program in response to feedback from the community over the last 15 years.

PROBLEM TO BE ADDRESSED

In Senegal, female genital cutting (FGC) is practiced by some ethnic groups as part of girls' initiation rites. The practice, although intended by parents and communities to prepare girls for marriage and motherhood, violates the rights of girls to bodily integrity, and often leads to serious health complications, including bleeding and hemorrhaging, infection, pain, difficulty urinating, stress, shock, complications during sex and childbirth, and even death.

OBJECTIVES

The objectives of Tostan's educational program are to:

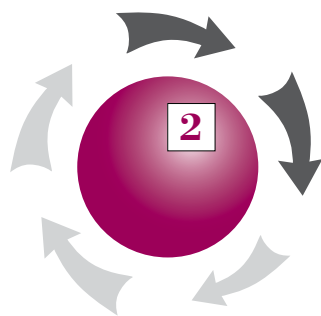
- Reduce illiteracy in Senegal;
 - Promote self-development through the use of adapted educational materials;
 - Offer a model basic education program;
 - Promote reproductive health.
- The program emphasizes problem-solving skills applied to various social and economic challenges that impact women and their communities in their daily lives. Basic to this approach is a philosophy that allows participants to understand and examine local practices in a non-judgmental way; to receive new, especially technical, information in an understandable way, and to work as a group to process information and decide about future actions. The project does not tell the villagers what to decide or to do, but presents relevant information through familiar cultural expressions such as stories, songs, drama, and games.
- In 1994, Tostan used this methodology to develop a new module on RH issues, including FGC. Because FGC is linked to a girl's opportunity to marry, it was essential to involve inter-marrying groups in a collective decision to abandon the practice. Tostan's module included the story of an eight-year-old girl who dies as a consequence of FGC. This part of the curriculum initiated a nationwide movement against the practice, engaging parents, religious leaders, and politicians, particularly in villages participating in public declarations against FGC. Several evaluations of the project in the last decade have concluded that the project has resulted in positive changes in women's status, increased access to health services, and positive knowledge and attitude changes toward FGC. The UNICEF evaluation even showed a decrease in prevalence in the Tostan villages.

28 Information taken from Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council and Tostan, 1999); and from C. Feldman-Jacobs, S. Ryniak et al., 2006. See also the Tostan evaluation by UNICEF, *Long-Term Evaluation of the Tostan Programme in Senegal: Kolda, Thies and Fatick Regions, 2008*.

**ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 1, ASSESSMENT PART 2:
TOSTAN—ENDING FEMALE GENITAL CUTTING IN SENEGAL**

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>What does information in previous or new research reveal about gender relations and the relative status of women and men?</i></p>	<p>After performing the socio-drama, women were asked a series of questions to assess the specific implications and consequences of practicing FGC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Why do you think girls are cut? Do you think it is a necessary practice? Why or why not? • Would you have your daughter cut? Why or why not? • What health dangers are related to FGC? Have you heard of women who had these problems? • What are the taboos related to women who are not cut? • What does Islam say about FGC? Is it an obligation prescribed in the Koran? • Do you think that FGC can have a negative effect on the life of a woman? Why or why not? • Do you think FGC violates any of the articles of the Human Rights Convention that were discussed in the Tostan module? <p>Tostan facilitators were instructed not to be judgmental when posing these questions to the women and to ask the women if they wanted to discuss the issue with health agents, religious leaders, and community leaders. The information the women assembled in response became the basis for a dramatic set of decisions within the community.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Initially the women were reluctant to discuss the socio-drama but by the third performance, they concluded that they practice FGC because it is part of a tradition expected of them by men and religious leaders. • They discussed it and decided that their human rights training had taught them that they also had a right to an opinion about the practice. They decided to talk to other women and their husbands about the negative health consequences of FGC. In the process they discovered that many people in the community supported stopping the practice. • The women also decided to speak to an Imam to inquire whether the Koran required FGC. The Imam responded that it did not and that he personally was against the practice. This information, in addition to that about health problems, was sufficient to convince the women's husbands and other women who had not participated in the Tostan program. • Finally, the village chief also lent his support by saying that life changes and traditions change. • The Bambara village where this series of data collection, analysis, and attitudinal change took place also made the firm decision to stop the practice of FGC.

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>What does information in previous or new research reveal about gender relations and the relative status of women and men?</i></p>	<p>The Bambara women who had used information to change the opinions and decisions in their communities also decided to speak to journalists about their decision. The publication of their story led to an assessment of gender issues at high levels of the Senegalese government.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On November 20, 1997, in response to Bambara women speaking out in the media, the President of Senegal declared that human rights must include women's rights and that respect for women's rights was essential to progress in the country. • A group of women legislators immediately proposed a series of legislative reforms to support gender equality in tax law, social protection, labor laws, and the family code. • On February 3, 1998, the President proposed a law against FGC. • On February 15, 1998, people in 13 villages signed a declaration stating they would no longer practice FGC. By summer of 2008, more than 3,000 villages in Senegal had publicly declared for the abandonment of FGC.



STEP 2, STRATEGIC PLANNING: Develop or revise program objectives for their attention to gender considerations; restate them so that they strengthen the synergy between gender and health goals; identify participants, clients, and stakeholders.

Develop or Revise Objectives

Gender integration in the design of activities begins with the identification of participants and stakeholders, their needs, concerns, and interests. To thoroughly assess participants’ needs and priorities, gather information from a cross-section of potential participants and interest groups, including men and women of different ages, ethnic groups, and socioeconomic status. Social and economic differences among these groups are likely to affect their capacity to access and use information and services. For instance, if health information is not adequately tailored to the different interests and literacy levels of women, men, or adolescent boys and girls, they may not use the health services. Program managers and technical staff can benefit by asking themselves:

- Who are the direct participants of the program? Have they participated in setting the objectives and designing the activities of the program?
- Have other stakeholders who might be advocates for or opponents of the program been consulted?

- Has the program staff considered how differences in the sex, age, socioeconomic status, and ethnicity of participants and stakeholders might affect their ability to voice opinions, make decisions, or access information and services?
- What are the different roles and responsibilities women and men have that will affect program outcomes and allocation of its benefits? Do women and men control different types and levels of resources? Do they have diverse needs, desires, interests, and abilities to make and express decisions and opinions?
- Are there elements of the program that might be affected by local gender relations, roles, or identities?
- What are the social, legal or cultural taboos or obstacles that might prevent women or men (or adolescent girls or boys) from participating in the project?

Develop Intermediate Results or Sub-Objectives

At the beginning of program design, consider developing intermediate results or sub-objectives to specifically address gender-based opportunities and constraints to achieving strategic objectives. For instance:

- If women’s time is a constraint to seeking antenatal care, consider an intermediate objective that addresses gender-based constraints to access. The objective might be to develop or strengthen satellite services near places women frequent, such as services located close to their places of employment or in mobile units that visit markets and communities.
- If outreach to men and adolescent boys is key to supporting adolescent girls’ access to reproductive health information and services (including advice on delay of sexual activity and access

to family planning), an intermediate objective might be “increased participation by men and adolescent boys in FP, RH, MH and HIV/AIDS educational activities.”

- If policies present gender-based constraints, such as requiring spousal consent for certain forms of contraception or testing for STIs, an intermediate objective could be to eliminate such constraints by promoting changes in the legislative and regulatory framework and in training health care providers.
- If gender-based violence or fear of abandonment affect a woman’s decision to get tested for HIV or to use other reproductive health services, gender-based constraints affecting health seeking behavior and decisionmaking may need to be addressed in conjunction with other health education and outreach activities.

Assessing What is a Feasible Objective:

- What intermediate steps that address gender differences will enhance program effectiveness and contribute to a more equitable distribution of its benefits?
- Which gender-based constraints and opportunities identified in the preceding gender analysis are priorities to address in the program because of either their magnitude or importance for achieving desired health and gender equity objectives?
- What is the institutional capacity of the implementing organizations to address gender issues? What types of organizations have the gender and technical skills and knowledge to assist the program to achieve gender-equity results?
- What program resources are available and who controls them? What is the likelihood that resources can be allocated to address gender-based constraints through intermediate objectives and activities? Who needs to be influenced and how?
- What tasks (formal and informal) are essential to accomplish these results? Which tasks do women perform and which do men perform? Is a gendered division of labor among the program staff, service providers or government personnel likely to affect the project’s ability to achieve gender equity in its program?
- How supportive is the enabling environment (policies, champions, and advocacy partners) for achieving the gender and reproductive health or HIV outcomes? Is support likely from the government or civil society organizations? What other challenges might arise?

- If traditional norms around masculinity contribute to behaviors that put men and their partners at risk, programs may need to develop sub-objectives to address the underlying gender beliefs in combination with developing other types of educational messages and incentives to change behavior.

Assess Feasibility

As time and resources are often limited, program staff—with active involvement of participants and their communities—should examine the feasibility of achieving objectives in light of available financial, human, and technical resources.

IMPLEMENTING ORGANIZATION

Movimiento Manuela Ramos, a Peruvian NGO, was awarded a co-operative agreement in 1995 by the U.S. Agency for International Development (USAID) to implement the Reproductive Health in the Community Project, known as ReproSalud.¹

PROBLEM TO BE ADDRESSED

Despite notable increases at the national level in contraceptive prevalence and the use of reproductive health services and declines in fertility, people in rural areas of Peru have been at the margins of these changes. Conventional approaches to service delivery do not adequately address the social, cultural, gender, and other structural barriers faced by poor rural women and men. Their lack of access to information and care impedes their ability to make informed RH choices. The ReproSalud project was designed to address the most critical of these structural barriers, including gender inequality, differing cultural concepts of health on the part of clients and providers, ethnic and class prejudices, and poverty.

OBJECTIVES

Through an innovative, inter-sectoral design, ReproSalud aimed to:

- Improve women's reproductive health in rural and peri-urban Peru;
- Simultaneously address women's practical needs and strategic gender interests.

The project contributes to these goals by:

- Increasing women's utilization of RH preventive practices and services;
- Actively involving women in identifying, prioritizing, and resolving their own RH problems and in determining and negotiating the conditions in which RH services are delivered;
- Ensuring that the public health system incorporates women's perspectives into health care delivery and institutionalizes women's participation in the design and implementation of Ministry of Health (MOH) services so that health services are better able to respond to women's needs.

RESULTS

A mid-term evaluation in 2002 found that in comparison with non-participant communities, residents of ReproSalud communities were: 92 percent more likely to know how at least one modern method of contraception works; 27 percent more likely to have their last delivery attended by a health professional; 15 percent more likely to have had four pre-natal visits; 18 percent more likely to seek treatment for RTIs; 15 percent more likely to use a family planning method, and 18 percent less likely to have unmet need for family planning. ReproSalud also had a positive influence on gender indicators such as how they will spend the money they earn, refusing to submit to forced sex; go to the authorities if beaten by their spouse, decide jointly with

²⁹ Information for this section taken from: A. Alberti et al., *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTech Project, 1998); Anna-Britt Coe, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, 2001); S. Galdos and B. Feringa, "Two Years on the Ground: ReproSalud through Women's Eyes," a report presented to USAID/Peru, 1999; J. Bruce and D. Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000) (www.popcouncil.org); B. Shepherd, D. Ferrando, and A. Beltran, "Midterm Evaluation of the ReproSalud Project for USAID," LTG Associates March 2002; and C. Yon, "Involving Men in a Project based on Women's Empowerment," 2003.

their spouse on such issues as children’s education, sexual relations, contraception, and number of children. There were also improvements in attitudes among men who participated in at least one educational module: a 55 percent increase in the number who agreed that their partners should give birth in a health facility; a

more than doubling of the percentage of men with STIs who went to a health clinic and who used condoms to protect themselves and their partners; and a 50 percent decrease in the percentage of men who believed they were entitled to demand sex from a partner when she did not want it.

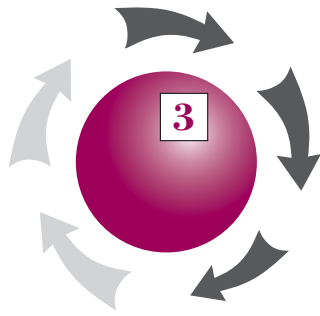
ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 2, STRATEGIC PLANNING: REPROSALUD IN PERU

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Who are the direct participants of the project?</i></p>	<p>Participants of the project were women in rural and peri-urban areas of Peru. The project was designed to engage and mobilize community-based organizations; to identify, prioritize, and develop resolutions to RH problems. Women participated in the design, implementation, and evaluation of subprojects through several mechanisms.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Women’s groups competed with one another through developing skits about their most pressing RH concerns. Since the project emphasized forming partnerships with women’s groups, the project team selected the groups that, through their skits, demonstrated cohesiveness and ability to work together. • Once selected, representatives of the community-based organizations participated in a 3-4 day self-diagnostic process whereby they explored issues affecting women at different ages. After exchanging information about health beliefs and practices with the project coordinators, participants prioritized their RH concerns and selected the most critical issues as the focus for community education activities.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 2, STRATEGIC PLANNING: REPROSALUD IN PERU

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Have potential participants been involved in setting the objectives and designing the activities?</i></p> <p><i>Are there other stakeholders who might be advocates or opponents of the program? Have they been consulted?</i></p>	<p>Participants were not involved in the initial design of the project, but during the early stages of project implementation during consultations, the women told project coordinators of their desire to involve their male partners. Women wanted to alter the attitudes and behaviors of men that they identified as barriers to women's improved health.</p> <p>The women persuaded project implementers that if they redesigned the project to give men access to the same information as women, they would all be more effective in reaching out to local authorities.</p>	<p>ReproSalud decided that it was essential to involve men so they would not be a barrier to women's participation in the project. Discussions with women also revealed that men were responsible for many of women's reproductive health problems.</p>

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Which gender-based constraints and opportunities identified through gender analysis and consultations with participants are priorities to address in the program because of either their magnitude or their importance for achieving desired health and gender equity/equality objectives?</i></p>	<p>In order to reach the goal of the project of improving SRH and gender equity, the project developed two new objectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> • To raise men’s awareness about gender equity and women’s rights; • To increase men’s knowledge to prevent and deal with sexual and reproductive health problems. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducing new objectives and adjusting project strategies, methodologies, and materials to men’s concerns and interests improved communication between men and women and enhanced the capacity of both groups to recognize the effects of individual decisions on each other and their families. • Sharing of information promoted a respect for women’s and men’s reproductive rights and helped to alter power imbalances in relationships. • Involving men on women’s terms enlisted men as strong allies in gaining the support of local and regional governmental officials and in persuading health services providers to respond more sensitively to women’s SRH needs.



STEP 3, DESIGN: Identify and decide on key program strategies and activities to address gender-based constraints and opportunities.

Determining Strategies for Desired Results

Once the data has been analyzed and has yielded information about gender-based constraints and opportunities, the program team can gain insight into which strategies would achieve the desired program objectives and results. In choosing among different options, the team should consider both feasibility and likely effectiveness for achieving both health and gender equity objectives—choosing a gender accommodating or gender transformative approach (see Chapter 3 of this Manual).

- What activities and services will the program have to implement to ensure that gender constraints will be mitigated or eliminated, and opportunities will be successfully utilized?
- How will activities and services ensure equitable participation by women and men (boys and girls)?
- In what ways will program activities benefit women and men?
- What strategies will help ensure that activities benefit women and men equitably or will challenge and alter institutionalized inequities in benefits?
- How will the program ensure that women and men have equitable access to and control over information, health resources (training, outreach, products), and services?

- What strategies will the program employ to address discriminatory laws, policies, regulations, and institutions?
- What strategies will the program develop to address social and cultural preferences?

Analysis reveals how gender-based opportunities or constraints provide the basis for program design. For example:

- How can social and sports clubs be used to engage adolescent boys in creating more equitable gender relations with their partners to reduce gender-based violence, unwanted pregnancies, and HIV transmission?
- How can partners and in-laws be encouraged to permit married adolescents greater autonomy and mobility to participate in health education and livelihood development activities?
- What time-saving approaches (including a more equitable allocation of tasks between men and women) or new technologies can be introduced to allow women time for community involvement, e.g., to serve on a health facility oversight committee monitoring problems with quality and access?
- How can women’s ability and authority to make decisions to improve access to maternal healthcare in their communities be increased?
- How can projects reduce the gender-based economic constraints that increase the vulnerability of adolescent girls to HIV transmission?

The answers to these types of questions should guide program and activity design.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 3, DESIGN: SAFE MOTHERHOOD THROUGH COMMUNITY MOBILIZATION³⁰

IMPLEMENTING ORGANIZATION

The Population Council in New York partnered with the M.V. Foundation, an Indian NGO that focuses on children's rights. The project site was in Rangareddy District in the State of Andhra Pradesh, India, and included 38 villages with a total population of approximately 40,000 people.

PROBLEM TO BE ADDRESSED

The intervention sought to lower the high incidence of maternal mortality and morbidity by impacting the low utilization of maternal health services. Related gender-focused problems included men's lack of interest in maternal health and restricted capacity of women to make decisions about their own antenatal care and delivery.

OBJECTIVES

The project aimed to raise awareness of safe pregnancy and delivery practices in order to reduce maternal mortality and morbidity by:

- Raising awareness of the importance of good nutrition, antenatal care, and delivery in health facilities;
- Supporting greater oversight and involvement of communities in supervising health services to make them more accountable to women's needs;
- Addressing gender-based and health system constraints to women's ability to act on their rights to deliver with a skilled birth attendant (SBA) and to access life-saving care in the event of complications during pregnancy, delivery and post-partum.

The following strategies and activities were used to meet these objectives:

- Mobilization of community members (leaders, men, women, and adolescent boys and girls) to demand quality pregnancy-related services;
- Awareness-raising among husbands and senior family members, especially mothers-in-law to ensure delivery care by an SBA, and the need for emergency funds and plans in the case of complications;
- Outreach by health workers to all pregnant women through home visits.

RESULTS

The 18-month project demonstrated convincing improvements in health-seeking behavior and gender relations, including:

- An increase in women with three or more antenatal visits (from 61 percent to 72 percent) and who sought their first visit in the first trimester (from 45 percent to 55 percent);
- An increase in women who decided to deliver in a health-care facility (from 67 to 79 percent) and who identified a hospital to go to in case of emergency (from 35 to 49 percent);
- An increase of more than 50 percent in the number of women who saved money to meet delivery expenses and who discussed birth-related plans with close family members.

30 This case study is based on a report by Dipa Sinha, "Empowering Communities to Make Pregnancy Safer: An Intervention in Rural Andhra Pradesh," Health and Population Innovation Fellowship Programme, Working Paper, No. 5 (New Delhi: Population Council, 2008). Accessed online July 1, 2009 at www.popcouncil.org/pdfs/wp/India_HPIF/005.pdf

As for gender-related changes, by the end of the intervention, 50 percent more women reported their household and agricultural workload decreased during pregnancy, and the percentage

of women who had access to more food and more nutritious food nearly doubled. Also, the percentage of men who assisted their partners with household work during pregnancy nearly doubled.

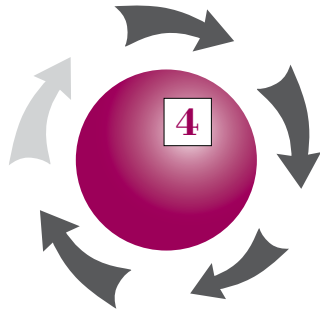
ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 3, DESIGN: “SAFE MOTHERHOOD THROUGH COMMUNITY MOBILIZATION”

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>What activities and services will the project implement to ensure that gender needs and concerns are addressed?</i></p>	<p>At the community level:</p> <ul style="list-style-type: none"> • To respond to the finding that pregnancy and childbirth were considered a normal event in the life of a woman and the community had no role to play, the project developed several activities through organized groups as agents of change, community government (<i>gram panchayats</i>) and youth committees. • Distributed posters, and conducted cultural programs and street plays on the rights of women to maternal health. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trained youth committees and <i>gram panchayats</i> on how to oversee quality and functioning of health services, and informed them on the number of deliveries occurring at home rather than in health facilities • Committees collected data on the number of maternal deaths, complications, and antenatal care. • <i>Gram panchayats</i> held regular monthly meetings with mothers' committees, youth, ward members, health-care workers and school representatives to discuss performance of healthcare facilities using data in a non-confrontational way. • Within a short period of time, local leaders took over the direction of meetings from project facilitators. • Leaders of youth committees raised awareness among other youth about maternal health and women's rights, as well as about the responsibilities of public health providers.

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>How will activities and services ensure equitable participation by women and men, girls and boys?</i></p>	<p>Youth committees only had young men as members. The project wanted to also involve young women in the youth committee activities.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Community organizers helped youth groups to set up committees of girls and young women. Young male committee members helped to increase girls' and young women's participation by guaranteeing to their parents that the activities would take place in a safe environment. • Girls and young women's committees were formed in 20 villages. Young women were encouraged to participate actively in youth committees along with men and to join them in applying pressure to health center staff to be more accountable for maternal health outcomes.
<p><i>What kinds of strategies will help the project to ensure that activities benefit women and men equitably or address institutionalized inequities?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gram panchayat</i> meetings delegated leaders to seek out higher level medical authorities when problems could not be addressed locally. • Youth committees sponsored volunteer community action to clean up and improve health center infrastructure. • <i>Gram panchayat</i> committees and youth committees provided oversight that ensured regular attendance and quality of care by healthcare providers at all levels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Community leaders reported that as a direct result of their interactions about problems faced by health providers and women, government officials demonstrated a greater willingness to address problems. For example, complaints about unnecessary referrals to district hospitals pressured the medical director to improve conditions at the health center so that women, including those with complications, could deliver closer to home. • Women also viewed health care providers as more responsive to the needs of pregnant and post-partum women.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 3, DESIGN: “SAFE MOTHERHOOD THROUGH COMMUNITY MOBILIZATION”

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>What strategies will the project employ to address discriminatory laws, policies, regulations (formal and customary), and institutions?</i></p>	<p>At the family level:</p> <ul style="list-style-type: none"> • To address the attitudes among men and senior family members that pregnancy-related messages were only relevant to women, the project initiated meetings for men away from home to give them a space to discuss maternal health issues, including ways to support their wives. • Members of the <i>gram panchayat</i> and youth committees also attended men’s meetings and provided a link between partners of pregnant women and the health services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Initially men were supportive of their partners going to antenatal care and purchased needed medicines, but were unwilling to assume a more proactive or supportive role in their households and were embarrassed to discuss pregnancy-related issues with community organizers or healthcare providers. Men’s group discussions focused on ways to support their wives, availability of services and the need to plan for emergencies, and issues related to domestic violence, harassment, and alcoholism. • As a result of men’s group meetings, men were more willing to assist their partners in some domestic tasks, although they still feared stigma from other men, relatives and neighbors. Many were able to serve as role models for new members of the groups.



STEP 4, MONITORING:
Develop and monitor indicators that measure gender-specific outcomes; evaluate the effectiveness of program elements designed to address gender issues.

Tracking Progress and Impact

Performance indicators disaggregated by sex are necessary for monitoring progress, health outcomes, and impact of programs on men and women, as well as for assessing if the program is contributing to greater gender equity. One way to formulate gender indicators is in direct relationship to the gender-based constraints and opportunities identified from the gender analysis and project design. Gender indicators measure whether a gender-based constraint has been mitigated or removed, or the impact of taking advantage of a gender-based opportunity. For instance, if women's lack of access to money prevents them from using health services because of users fees or transport costs, the indicator should measure whether the fees have been removed, transport has been subsidized, or women have been enabled to access services through free mobile clinics. An indicator that measures removal of a gender-based constraint can be compared to a simultaneous change in health indicators, such as an increase in the use of health services. Even when both gender and health indicators move together in a positive direction, one cannot establish a causal or attributional relationship between them without having invested in careful baseline and endline data collection and evaluation.

Routine monitoring of outcomes will indicate whether a program is meeting its aims and objectives. To ascertain why the program

is meeting its objectives or why it is not, it is necessary to evaluate progress and impact of the specific program elements. Tracking the benefits and costs of gender mainstreaming is essential to building the body of knowledge about how gender disparities affect development outcomes, and how gender-sensitive development programs can promote gender equity.

Gender indicators are most useful for demonstrating changes in gender relations and impacts when they are developed during activity planning and tracked throughout implementation. Sex-disaggregated data and gender impact indicators provide feedback to implementing agencies and stakeholders on progress, problems, and unanticipated outcomes. They also provide the analytical basis for making informed adjustments to programs during implementation and for the design of future activities. Gender analysis in the planning process helps to define what indicators are required to track differential impacts of activities. Some issues to consider when selecting indicators:

- Are indicators disaggregated by sex, ethnic group, age, and socioeconomic status?
- Are baseline data collected on women and men of different ages, socioeconomic status, and ethnicity?
- Are there specific indicators to measure changes in gender relations, access to services and resources, and power?
- Does the project have a systematized way for collecting and analyzing the information on a regular basis?
- Does the project have policies about what to do when monitoring and evaluation data reveal gender inequities?
- How do gender-specific objectives link to impact on RH?

A project monitoring and evaluation (M&E) plan specifies the indicators and the terms for their analysis and interpretation. By developing gender-specific indicators or disaggregating most indicators by sex, the M&E plan can help to point out gender differences in program implementation and impact. But these quantitative indicators only highlight differences; without further analysis, they do not explain why or how differential outcomes occur, and may contribute little to an understanding of the importance of gender in a program without a plan for interpreting the results. For instance, sex-disaggregated data of the number and sex of people using a clinic will not explain if:

- The services offered are more attuned to the needs of men or women;

- Men and women are treated differently by health care providers; or
- The location of the clinic limits who has access.

Further analysis and possibly qualitative research will be needed to uncover the reasons for such differences. It is through the careful collection and analysis of gender-specific quantitative and qualitative data that the information can be meaningfully incorporated into management decisions and reporting. This is best accomplished through consultative and participatory involvement of participants and stakeholders in the analysis of M&E data. Their involvement will help counteract gender and institutional biases in deciding what to measure and how to use monitoring information to increase participants' control over program activities and results.

Examples of Indicators that Measure Gender-Specific Outcomes³¹

- In Clinics—Change in provider attitude toward choice of FP; change in bias toward women; change in clinic protocols regarding provision of a full range of methods; change in gender/age mix for each service provided at clinic;
- In Cases of Gender-Based Violence—Change in provider awareness of signs of violence; change in referral systems; change in community attitudes; change in police attitudes and behaviors;
- In Policy Process—Change in number of women or women's groups participating in the policy process; change in attitude of policymakers/those involved in policy process toward women or women-centered NGOs; change in attitudes of community leaders, representatives of the private sector, and special interest groups involved in policy process;
- In Research—Change in the way gender is included in research protocols; evidence of more sophisticated modeling of gender and other variables;
- In Men's Participation—Change in knowledge among men regarding family planning, maternal health, HIV/AIDS; changes in partners' attitudes about FP.

31 These examples are from N. Yinger et al., *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming* (Washington, DC: PRB for USAID's IGWG, 2002). This IGWG paper is an excellent resource for developing gender integrated monitoring and evaluation plans.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 4, MONITORING : “LINKAGES BETWEEN DEMOCRACY AND GOVERNANCE (DG) AND REPRODUCTIVE HEALTH (RH) IN PLATEAU STATE, NIGERIA”³²

IMPLEMENTING ORGANIZATION

The Centre for Development and Population Activities (CEDPA) implemented the USAID-funded Enabling Change for Women’s Reproductive Health (ENABLE) project in Nigeria and four other countries. In Nigeria, the Nigerian Institute of Social and Economic Research (NISER) collaborated with CEDPA and local partner, the Church of Christ in Nigeria (COCIN).

PROBLEM TO BE ADDRESSED

Unequal gender relations contribute to higher HIV risks for women, especially young women, and to low levels of use of family planning and maternal health services in many countries. The program recognized that 1) women and men lead multidimensional lives that involve complex sets of social, political, and economic relations; and 2) in order to achieve greater reproductive health impacts, women must be empowered to be more effectual agents in other dimensions of their lives.

OBJECTIVES

The ENABLE Project was designed to address gender-based constraints that prevent women from making informed and autonomous reproductive health decisions. The premise in Nigeria was that expansion of women’s participation in politics and governance would increase their control, decisionmaking, and power in other domains of their lives, including reproductive health. To test this, the study used a four-cell quasi-experimental design to compare four communities in which three received interventions: RH only; Democracy and Gover-

nance (DG) only; combined RH and DG; and a control community. RH communities received multi-faceted activities including seminars, home visits, talks in churches and communities about HIV/AIDS; condom distribution; creation of an HIV/AIDS unit in the Health Services Department; care and support for orphans and People Living with HIV/AIDS (PLWHA); training of church pastors in HIV/AIDS counseling; FP, immunizations, breastfeeding promotion and safe motherhood. Activities in DG communities included: advocacy visits to community leaders (women, religious, governmental, etc.); rallies; civic education, promoting joint decisionmaking between partners; training on conflict management, leadership, political participation, social mobilization, and accountability; and formation of coalitions and supervisory groups. RH/DG combined communities received all of the above.

RESULTS

Following the interventions, in 2002-3, women in a sample of each type of community were compared on empowerment indicators and use of and intention to use contraception. Empowerment was measured by four indices: a) mobility—the conditions, frequency, and autonomy of women to move about for different types of activities; b) household decisionmaking—women’s preferences for who should make decisions about work outside the home, food preparation, and purchase of household items; c) sexual empowerment—whether or not a woman can refuse to have sexual relations with her male partner for a number of reasons (e.g., if he has an STI or is having

32 The information for this case study is from K. Oyediran and C. Teller, “Linkages between Women’s Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviours: A Case Study of Plateau State, Nigeria” (Washington, DC: CEDPA, August 2003). Accessed on July 1, 2009 at www.jhucp.org/igwg/presentations/Wednesday/Plen5/Linkages.pdf.

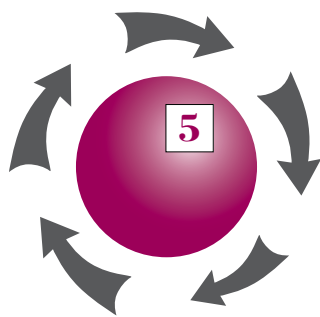
sex with other women, or if the woman has recently given birth, or is not in the mood); d) gender-based violence—whether or not a woman believes it is justified for her husband to beat her. The study

found that women in communities receiving the combined DG/RH interventions scored highest on all of the empowerment and RH indicators.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 4, MONITORING: LINKAGES BETWEEN DEMOCRACY AND REPRODUCTIVE HEALTH IN PLATEAU STATE, NIGERIA”

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Are baseline data collected on women and men of different ages, socioeconomic status, and ethnicity?</i></p>	<p>Increasing concern about the rise in HIV prevalence rates and the minimal use of modern family planning methods, led the project to test whether unequal gender relations played a key role in limiting women’s access to information and services. The program tested the impact of activities that increased women’s participation in decisionmaking within the household and the community in combination with access to RH information and services on enhancing reproductive health outcomes.</p>	<p>The evaluation used a cross-sectional four-cell quasi-experimental design to measure the comparative impact of Democracy and Governance (DG), RH, and combined interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Women in four Local Government Areas (LGAs), each with a different set of interventions, were compared. • In addition to demographic data, the study collected information on the respondents’ sexual activity, fertility preferences, husband’s socioeconomic background, and on women’s work, decisionmaking, and political participation.

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Are there specific indicators to measure changes in gender relations, access to services and resources, and power?</i></p>	<p>Based on the information collected in the survey questionnaire, the study coordinators constructed four scales to measure women’s empowerment: 1) mobility 2) household decisionmaking; 3) sexual empowerment; and 4) gender-based violence. These were correlated with a fifth scale that measured household socioeconomic status.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Women in DG/RH combined communities were more likely to register high mobility (80%) as compared with women in RH only (73%), DG only (58%), and control group (58%). • Women in the combined DG/RH communities were more likely to make autonomous decisions than women in other intervention communities. The DG-only communities had the highest percentage of women who said they made decisions jointly with their partners. • Women in DG/RH and DG-only communities also rated highest on the sexual empowerment index, with 83% (DG/RH) and 74% (DG) considering themselves to be empowered. Women in the RH only (66%) and the control communities (60%) were less sexually empowered and presumably less able to negotiate safe sex practices.
<p><i>Are there specific indicators to measure changes in gender relations, access to services and resources, and power?</i></p>	<p>Attitudes toward gender-based violence were not an explicit focus of project activities and messages, although GBV was one of the indicators used to measure empowerment. Therefore, this indicator did not directly measure the impact of program interventions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control communities had the highest percentage of women stating that it was not justified for a husband to beat his wife (58%) compared to 38% in DG/RH, 23% in RH only, and 33% in DG only communities. Project implementers hypothesize that these attitudes preceded the program and were not significantly impacted by them.
<p><i>How do gender-specific objectives link to impact on reproductive health?</i></p>	<p>Participation in both DG and RH activities achieved impacts greater than those achieved by RH or DG interventions alone.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • The percentage of women in DG/RH (12%) who used modern family planning methods was twice that of women in RH only (6%) communities. • Intention to use a form of modern contraception in the future was highest in the DG/RH (53%) communities followed by DG only (46%); RH only (43%); and control (40%).



STEP 5, EVALUATION:
Measure progress and impact of program and policies on health and gender equity. Make recommendations to adjust design and activities based on monitoring and evaluation results; strengthen aspects of the program that contribute to more equitable

health and gender outcomes, and rework aspects that do not.

Redesigning Program Elements

Evaluation involves comparing outcomes at two or more points in time (typically baseline and endline) to ascertain change. In evaluating a gender analysis, some key questions include:

- Has the program reduced power differences in relations between men and women? For instance, is decisionmaking more equitable; do men and women have more equal opportunities; has women’s mobility outside the home increased; has men’s use of violence against women decreased? Have men become more concerned with and involved in attending to the healthcare of themselves, their children, and their partner?
- Has stigma and discrimination against people who do not follow traditional gender norms and behaviors been reduced?
- Has the removal of gender-based constraints contributed to improved health outcomes?
- Are institutions and organizations more supportive of gender equity and less discriminatory?

- Have identified changes contributed to increasing access to healthcare and information, as well as to changes in health seeking behavior and outcomes.

Evaluation can also help to identify what did not work well and why. A second round of gender analysis can reveal important dimensions of gender relations that were overlooked or missed initially. For instance, a program focused on ensuring that key health messages were attuned to the different needs and concerns of men and women might have overlooked the different media and interpersonal contexts through which men and women generally receive information. Therefore, effective messages may never have arrived at their intended audiences.

If the program is not achieving its intended results, activities may need to be redesigned in order to more effectively address gender inequalities and to increase the prospects for achieving desired program outcomes. For instance:

- If adolescent boys’ attitudes about sexuality and responsibility for teenage pregnancy do not demonstrate a significant change after providing sex education at soccer practice, the project might reassess its assumption about reaching boys through athletic clubs.
- If that still seems like an appropriate venue, perhaps it is necessary to analyze the effectiveness of educational materials for the intended audience. Are the messages at odds with social norms and concepts about virility and sexual power that are intrinsic to boys’ gender identity?
- Are the social clubs effective vehicles for changing social norms? Are there other social groups that have greater influence on social norms than boys’ clubs?

- Might it be more effective to engage older men and women who shape boys' concepts about sexuality?

As in the initial gender analysis, it is particularly important to involve program participants in analyzing why the project is not

achieving its intended results. Often there are important factors that participants are aware of that are not obvious to program staff. Joint engagement in analysis and problem-solving helps to creatively address both hidden and overt gender-based constraints, as this last case study illustrates.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 5, EVALUATION: SONAGACHI—STI/HIV PREVENTION IN INDIA (SHIP)³³

IMPLEMENTING ORGANIZATION

The program was initiated by the All India Institute of Hygiene and Public Health (AIIPH), with support from the National AIDS Control Organization of India (NACO), the Ministry of Health and Family Welfare of West Bengal, and WHO. The project has generated a large coalition of NGOs, including the sex workers' own organization, the Durbar Manila Samanwaya Committee (DMSC).

PROBLEM TO BE ADDRESSED

At the time of the project's initiation, the prevalence of HIV among commercial sex workers (CSWs) was small but growing, and STIs were becoming increasingly prevalent. The original design of the program focused on raising awareness of HIV/AIDS, condom use, and clinical services. Over time, through a process of peer education, community mobilization, policy change, and economic and political empowerment, the Sonagachi Program has played a significant role in a powerful process of social change and significant improvements in health outcomes. The HIV prevalence among CSWs in India at the time of the project was almost 50 percent in all major cities except

Calcutta, where it was just below 10 percent. There is strong evidence that the Sonagachi Project contributed to this highly significant difference in HIV prevalence.

OBJECTIVES

Originally, in 1992, the principal objectives were to reduce STI/HIV transmission, lower prevalence of STIs, and increase condom use among CSWs and their clients in the Sonagachi area of Calcutta. With increased participation of the sex workers in the design and implementation of the project, the program added other objectives, such as reducing violence perpetrated by clients, brothel owners, police, and hoodlums; increasing literacy; and generating income from alternative sources. The project has increasingly focused on preventing under-aged girls from becoming sex workers.

RESULTS

When made aware that sex workers routinely adopted safe sex practices with their short-term customers but were more reluctant to do so with their long-term partners, Sonagachi staff prioritized a focus

³³ The information for this case study is drawn from "Sonagachi: A Sex Worker Project in a Red Light District of Calcutta, India" (UNAIDS, 2000) accessed online at: www.unaids.org; DMSC-TAAH Research Group, Crossing Sectors: Dialogue on Intersectoral Action: Meeting Community Needs for HIV Prevention and More: Intersectoral Action for Health in the Sonagachi Red-Light Area of Kolkata. WHO, Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2008; and Basu et al., 2004.

on the relationships between the workers and their long-term partners. Other results included the creation of businesses where CSWs marketed condoms, leading to a rise in condom use; of a successful credit union; and of a training program for police. The success of the project in decreasing STI/HIV transmission and gender-based violence is attributed to the salience of messages on the importance

of also incorporating safe sex practices into long-term relationships; building social capital as a means of increasing political influence; confronting stigma and discrimination with economic, social, and political empowerment; and working in partnership with local government and other power-brokers.

ILLUSTRATIVE CASE STUDY FOR STEP 5, EVALUATION: SONAGACHI—STI/HIV PREVENTION IN INDIA (SHIP)

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Does the program adequately respond to the specific gender needs of the participants and clients?</i></p>	<p>Baseline and follow-up surveys indicated that many gender-based challenges contributed to the vulnerability and increased health risks faced by Sonagachi CSWs: 85 percent were illiterate, more than 45 percent had children, 70 percent had entered the trade due to poverty or family disputes, and 27 percent said that their clients insisted on group sex, putting them at additional risk for both violence and disease. In 1992, more than 90 percent had never used condoms.³⁴</p> <p>Young CSWs presented particular problems that had not been identified at the beginning of the program. They were less able to negotiate safe sex practices, were more vulnerable to HIV infection, and were often the pretext for police raids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sex workers were engaged as peer counselors and joined forces with the DMSC, which served as an advocacy group for participants. One third of peer educators subsequently left the sex trade. • Participants requested literacy training, initially to be more effective as peer counselors, but subsequently as a way to more effectively defend their rights. The incidence of syphilis is lower for those CSWs who are literate. • Workers also identified a need for loans and used them to start businesses and to market condoms. Condom sales increased dramatically. • The DMSC and its membership successfully lobbied for the rights of sex workers to establish their own credit union. USHA was established in 1995 and by 2004 held \$850,000 in assets and more than 8,000 sex worker members had accounts. The success of the credit union has provided its members with sufficient financial stability to allow them to negotiate better working conditions which has also contributed to their improved health status . • To reduce trafficking among young girls, DMSC set up a system to monitor brothels, and arranged to send young CSWs to boarding school.

34 To put these results to a test under more rigorous conditions, an operational research study was conducted by the University of California in the Cooch District of West Bengal, with a sufficient distance between intervention and control sites to avoid significant influence. After 16 months, the intervention sites showed significantly greater percentages of CSWs reporting consistent use of condoms as compared to the control sites (Basu et al., 2004).

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Are there any gender-based obstacles to achieving the objectives of the program that were not adequately addressed by the original design of the program?</i></p>	<p>Sex workers, and even some of the staff, were victims of abuse and violence by various stakeholders, including clients, brothel owners, pimps, other criminals who profited from the trade, and police. This climate of violence had an impact on achieving the original objectives of the project. For instance, staff noted that after police raids, condom use declined and the incidence of STIs rose among clinic users. Sex workers also suffered from gender-based discrimination and stigma that limited their access to health services; left them powerless to negotiate the terms of their work, to negotiate safe sex practices.</p> <p>In order to effectively address the root causes of sex workers' disempowerment and discrimination, the project redefined the problems the CSWs faced from technical/behavioral to problems based on lack of rights and social justice. The approach was also reformulated from one based on changing individual risky health behaviors to one focusing on structural changes and empowerment, improving occupational health in order to address not only individual behavior but also working conditions and environmental risks.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peer education focused on both sex workers and madams. • AIHH&PH developed a training program for police. • DMSC organized CSWs to demonstrate against police raids and against unethical and illegal testing for HIV/AIDS. • The program established services for the clients of sex workers, including clinics and awareness programs. Gonorrhea decreased from 13 percent in 1992 to less than 4 percent in 1998. • To increase the power of CSWs to negotiate clients' use of condoms and health services, clinic referral tickets were developed for clients. Condom use increased from less than 3 percent to more than 90 percent between 1992 and 1998. • Regular clients (babus) were engaged to escort sex workers to and from work to protect them from thugs who prey on them outside of establishments. • Hundreds of sex workers received legal training. <p>In addition to a dramatically lower HIV prevalence among Sonagachi participants, as compared to CSWs in other cities (correlated with a high rate of condom use), the gender impacts include large decreases in sex trafficking, violence, coercion, and police raids against sex workers. As a result of peer education and strong social cohesion, CSWs had increased choice and power to make decisions. Greater economic security allowed sex workers to refuse customers at times in order to take care of their own health. Accumulation of savings also gave them greater control over their working environment.</p>

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
		<p>The factors contributing to these outcomes were: 1) having access to key power brokers facilitated through AIHPH; 2) construction of alliances based on the strong social capital of the coalition of organizations that grew out of the project (DMSC); and 3) development and strategic use of alliances with governmental and other nongovernmental organizations, especially with local government.</p>
<p><i>Do staff members have the appropriate set of skills to address gender issues and the needs of the clients?</i></p>	<p>Several staff initially had to overcome their discomfort with working in the context of the sex workers' world. They had to confront both their prejudices about the sex workers and fears for their safety from street criminals.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • The program invested in capacity building for both the staff and the sex workers. In coalition with the DMSC and other organizations involved in the program, staff were sensitized to the difficult situations faced by the sex workers and became more responsive to their needs. • Over time, management of the project evolved into a coalition of partners called the "Conglomerate" which ensures a distribution of responsibility across different stakeholders, and encourages a diversity of ideas and strategic thinking. • Shared responsibility has created a climate of volunteerism that has allowed the program to contain costs, expand coverage, and put increasing amounts of control in the hands of the participants. • Since 1992, the project has placed control over health care in the hands of the community. The project treated CSWs respectfully and ethically, encouraging them to express and address their needs.

ILLUSTRATIVE QUESTIONS	HOW THE PROJECT RESPONDED	HOW THE PROJECT WORKED
<p><i>Are the indicators used for monitoring and evaluation adequately capturing the impacts of the program?</i></p>	<p>At the beginning of the program, the primary impact measures were biomedical, focusing on the effectiveness of STI control. The program had difficulty capturing behavioral changes, especially with regard to male clients. In addition, the indicators were not adequately assessing changes in levels of empowerment among the women sex workers, or the involvement of the community.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use of STI clinics by program clients is measured by the number of those presenting referral cards given to them by CSWs. • Empowerment is measured in part by the number of times sex workers successfully negotiated with landlords, police, and others to support their adoption of healthier practices. While not clients, these gatekeepers are positioned to affect the safety and vulnerability of CSWs. • Specific contexts were identified where CSWs' power to protect themselves needed strengthening. For instance, condom use is lowest with their long-term clients (<i>babus</i>), upon whom CSWs are often dependent for support and for legitimizing their children so they can attend school. Pimps and madams, who side with resistant clients, remain obstacles to condom use. The work environment militates against negotiating with intransigent clients. Sex workers often share rooms with other workers and are reluctant to be assertive in the presence of others.

REFERENCES

- Alkire, S. "Concepts and Measures of Agency." *Oxford Poverty and Human Development Initiative, Working Paper Series*, nd. . Accessed online May 1, 2009 at www.ophi.org.uk/pubs/Alkire_Agency_WP9.pdf.
- American Psychological Association, Accessed online May 1, 2009 at www.apa.org/topics/orientation.html#whatitis.
- Bæk, C., V. Mathambo, S. Mkhize, I. Friedman, L. Apicella, and N. Rutenberg. *Key Findings from an Evaluation of the Mothers2mothers Program in KwaZulu-Natal, South Africa. Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council, 2007.
- Barker, G., D. Dogruoz, and D. Rogow. "And How Will You Remember Me, My Child? Redefining Fatherhood in Turkey." *Quality/Calidad/Qualite* 19. New York: Population Council, 2009.
- Barker, G., C. Ricardo, and M. Nascimento. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-based Inequity in Health: Experience from Program Interventions*. Geneva: WHO, 2007. Accessed online May 1, 2009 at http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf
- Basu, I., S. Jana, M.J. Rotheram-Borus, D. Sweneman, S. Lee, P. Newman, and R. Weiss. "HIV Prevention Among Sex Workers in India." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 36, no. 3 (July 2004).
- Beetham, G. and J. Demetriades. "Feminist Research Methodologies and Development: Overview and Practical Application." *Gender and Development* 15, no. 2 (July 2007).
- Bennett, L. *Unequal Citizens: Gender, Caste, and Ethnic Exclusion in Nepal, Kathmandu*. Nepal: DFID and The World Bank, 2005. Accessed online May 1, 2009 at <http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/Resources/Bennett.rev.pdf>.
- Bruce, Judith, and Debbie Rogow. *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement*. New York: Population Council, 2000.
- Burke, M., M. Rajabu, A. Ramadhani, and J. Burke. "Male Participation in Prevention of Mother to Child Transmission Prevention Programs in Tanzania," at Social Research Conference and the HIV Educators' Conference, Sydney, Australia, 2004.
- The Center for Reproductive Rights. *Bringing Rights to Bear Anew: 2008 Update*. New York: Center for Reproductive Rights, 2008.
- Cleland, J., S. Bernstein, A. Ezeh, A. Faundes, A. Glasier, and J. Innis. "Family Planning: The Unfinished Agenda." *The Lancet* 368, no. 9549 (2006): 1810-1827.
- Coe, Anna-Britt. *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project*. Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, April 2001.
- Durbar Mahila Samanwaya Committee (DMSC) and Theory and Action for Health (TAAH) Research Team. "Meeting Community Needs for HIV Prevention and More: Intersectoral Action for Health in the Sonagachi Red-light District Area of Kolkata," nd (circa 2008). Geneva: WHO. Accessed online May 1, 2009 at www.who.int/social_determinants/resources/isa_sonagachi_ind.pdf.

Esplen, Emily. *Engaging Men in Gender Equality: Positive Strategies and Approaches: Overview and Annotated Bibliography*. Brighton: Institute of Development Studies, October 2006.

Feldman-Jacobs, C. and S. Ryniak et al. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-Depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: PRB for the IGWG, 2006.

Garcia-Moreno, C., H. A. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise, C. Watts. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva: WHO, 2005.

ICRW and Promundo. *Engaging Men and Boys to Achieve Gender Equality: How Can We Build on What We Have Learned?* Washington D.C.: ICRW and Promundo, 2007. www.icrw.org/docs/Engaging_Men_and_Boys_to_Achieve_Gender_Equality.pdf

Kabeer, Naila. *Gender Mainstreaming in Poverty Eradication and the MDGs*. Ottawa: CIDA, 2003.

Lloyd, C., M. Grant, and A. Ritchie. "Gender Differences in Time Use Among Adolescents in Developing Countries: Implications for Rising School Enrollment Rates." *Journal of Research on Adolescence* 18, no.1 (2008): 99-120.

Open Society Institute. *Strategies for Change: Breaking Barriers to HIV Prevention, Treatment, and Care for Women*. New York: Open Society Institute, 2008.

Oyediran, Kola and Charles Teller. *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviors: A Case Study of Plateau State, Nigeria*. Washington, DC: CEDPA, August 2002.

Population Council. *Power in Sexual Relationships: An Opening Dialogue among Reproductive Health Professionals*. New York: Population Council, 2001.

Samilius, L. and E. Wagberg. *Sexual Orientation and Gender Identity Issues In Development*. Stockholm: SIDA, 2005.

Shepherd, B., D. Ferrando, and A. Beltran. "Midterm Evaluation of the ReproSalud Project for USAID," by LTG Associates, March 2002.

SIDA. "Integrating Gender Equality into Development Co-operation – Drawing Lessons from the Recent Evaluations by Sida and the European Commission." Sida/UTV Working Paper 2004:2 (November 2003).

Smith, R., L. Ashford, J. Gribble, and D. Clifton. *Family Planning Saves Lives*. Washington, DC: PRB, 2009.

Swedish Gender Mainstreaming Support Committee. *Gender Mainstreaming Manual: A Book of Practical Methods*. Stockholm: 2007. Swedish Ministry of Foreign Affairs. Power and Privileges—on Gender Discrimination and Poverty. 2004.

Sweetman, Caroline. *Men's Involvement in Gender and Development Policy and Practice*. Oxfam Working Paper, 2001. <http://publications.oxfam.org.uk/oxfam/display.asp?isb=085598466X>

UNDP. *Empowered and Equal: Gender Equity Strategy 2008-11*. New York: UNDP, 2008.

UNFPA. *State of the World Population 2008, Reaching Common Ground: Culture, Gender, and Human Rights*. New York: United Nations Fund for Population Activities.

UNICEF, *Long-term Evaluation of the TOSTAN Programme in Senegal: Kolda, Thiès, and Fatick Regions*. New York: UNICEF Section of Statistics and Monitoring, Division of Policy and Practice, 2008.

World Bank. *Gender and Agriculture Sourcebook*. Washington, DC: The World Bank, 2009.

World Bank. *Gender Equality as Smart Economics*. Washington, DC: The World Bank, June 2007.

World Bank Institute. *Empowerment in Practice: Analysis and Implementation, A World Bank Learning Module*. Washington, DC: World Bank, May 2007.

Yinger, N. et al. *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming*. Washington, DC: PRB for the IGWG, 2002.

Yon, Carmen. "Involving Men in a Project based on Women's Empowerment." A 2003 PowerPoint Presentation. Accessed online July 1, 2009 at www.jhuccp.org/igwg/presentations/Tuesday/Plen3/InvolvingMen.pdf

APPENDIX I. ADDITIONAL DEFINITIONS

Constructive men's engagement (CME) promotes gender equity; increases men's support for women's sexual and reproductive health and children's well being; and advances the reproductive health of both men and women. Men can be constructively engaged as clients, supportive partners, and as agents of change. (IGWG)

Gender-based violence (GBV) is used to distinguish violence that targets individuals or groups of individuals on the basis of their gender from other forms of violence. It includes any act which results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm. GBV includes violent acts such as rape, torture, mutilation, sexual slavery, forced impregnation and murder. It also defines threats of these acts as a form of violence. (United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW).

Reproductive health (RH) is a "state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so." (Fourth World Conference on Women (FWCW) Platform for Action, 1995, paragraph 94; International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action, 1994, paragraph 7.2).

Reproductive rights "embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights docu-

ments and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents." Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant." (ICPD Programme of Action, 1994, paragraphs 7.2 and 7.3)

Sexual health encompasses behaviours essential to countering sexually transmitted diseases (STDs), including HIV/AIDS. Sexual health aims at the enhancement of life and personal relations, and sexual health services should not consist merely of counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases. (FWCW Platform for Action, paragraph 94; ICPD Programme of Action, paragraph 7.2)

Sexual rights include "the human right of women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence". (FWCW Platform for Action, paragraph 96)

Violence against Women (VAW) refers to “any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life. Accordingly, violence against women encompasses but is not limited to the following:

(a) Physical, sexual and psychological violence occurring in the family, including battering, sexual abuse of female children in the household, dowry-related violence, marital rape, female genital mutilation and other traditional practices harmful to women, non-spousal violence and violence related to exploitation;

(b) Physical, sexual and psychological violence occurring within the general community, including rape, sexual abuse, sexual harassment and intimidation at work, in educational institutions and elsewhere, trafficking in women and forced prostitution; (c) Physical, sexual and psychological violence perpetrated or condoned by the State, wherever it occurs.

Other acts of violence against women include violation of the human rights of women in situations of armed conflict, in particular mur-

der, systematic rape, sexual slavery and forced pregnancy. Acts of violence against women also include forced sterilization and forced abortion, coercive/forced use of contraceptives, female infanticide and prenatal sex selection.” (FWCW Platform for Action, 1995, paragraphs 113,115)

Women’s empowerment is a social process whereby women acquire power individually and collectively. It enhances women’s capacity to act independently (self-determination), control assets and make choices and decisions about all aspects of one’s life (adapted from Kabeer 2001). Women’s empowerment is the process by which unequal power relations are transformed and women gain greater equality with men. At the government level, this includes the extension of all fundamental social, economic and political rights to women. On the individual level, this includes processes by which women gain inner power to express and defend their rights and gain greater self-esteem and control over their own lives and personal and social relationships. Male participation and acceptance of changed roles are essential for women’s empowerment (UNFPA).

APPENDIX II. THE INTERAGENCY GENDER WORK GROUP (IGWG)

The Interagency Gender Working Group (IGWG), established in 1997, is a network of organizations, including the USAID Bureau for Global Health, USAID-funded Cooperating Agencies (CAs), health and women's advocacy groups, and individuals. The IGWG promotes gender equity³⁵ within programs to improve reproductive and sexual health/HIV/AIDS outcomes and foster sustainable development.

The IGWG's specific objectives are to:

- Raise awareness and commitment to synergies between gender equity and RH outcomes;
- Collect empirical data and best practices on gender and RH;
- Advance best practices and reach the field;
- Develop operational tools for the integration of gender approaches into population, health, and nutrition (PHN) programming; and
- Provide technical leadership and assistance.³⁶

IGWG Publications (at www.igwg.org/publications.aspx):

Addressing Cross-Generational Sex: A Desk Review of Research and Programs, 2007.

Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis, 2004.

Addressing Gender-Based Violence through USAID's Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers (Second Edition), 2008.

Cross-Generational Sex: Risks and Opportunities, 2008.

Do Empowered Mothers Foster Gender Equity and Better Reproductive Health in the Next Generation? A Qualitative Analysis from Rural Bangladesh, 2005.

Exploring Gender Perspectives in Population and Health Programs: Workshop Findings and Recommendations, 2002.

A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming, 2002.

Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV/AIDS: Summary of a Technical Update, 2002.

³⁵ See footnote on page 1 for further discussion of the concepts of gender equity and gender equality.

³⁶ These objectives are very similar to those described in the IGWG's *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPS*, Washington D.C.: USAID2000. The current Manual and the RFA/RFP guide are intended to complement each other.

Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence, forthcoming.

Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs, 2000 (2009 edition forthcoming).

How to Integrate Gender into HIV/AIDS Programs: Using Lessons Learned from USAID and Partner Organizations, 2004.

Involving Men in Sexual and Reproductive Health: An Orientation Guide, 2002.

Involving Men to Address Gender Inequities: Three Case Studies, 2003.

A Manual for Integrating Gender into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action, 2003

New Insights on Preventing Child Marriage: A Global Analysis of Factors and Programs, 2007.

Reaching Men to Improve Reproductive Health for All: An Implementation Guide, 2004.

Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: Summary of an Analysis, 2000.

The "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes, 2004.

Strengthening Regional Work on Gender-Based Violence; a Meeting of Activists, Practitioners and Researchers from the Horn, East and Southern Africa, Kampala, Uganda, 2006.

A Summary of the "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes, 2005.

Publications may be ordered by emailing prborders@prb.org.

APPENDIX III: GENDER RESOURCES AND REFERENCES

Gender and Development Websites

Beijing Plus Ten: www.unrisd.org/ (Search for “Policy Report on Gender and Development 10 Years after Beijing”)

BRIDGE, a searchable database of gender and development materials and online resources, www.bridge.ids.ac.uk/

Canadian International Development Agency (CIDA), www.acdi-cida.gc.ca.

Gender Equality Group, OECD, Development Assistance Committee (DAC): DAC Guiding Principles for Aid Effectiveness, Gender Equality and Women’s Empowerment, 2008, www.oecd.org/dac/gender

United Nations Development Program (UNDP), www.undp.org/gender

USAID Office of Women in Development, www.usaid.gov

Gender Analysis Frameworks (available on the Web)

Cambodia-Canada Legislative Support Project. *The Key Steps of Gender Analysis of Legislation*, Feb. 2003.

CARE. Gender Analysis Framework (Revised). CARE BANGLADESH, March 2005.

CIDA. *Gender Analysis*. Ottawa: Canadian International Development Agency, 2007.

DANIDA. *Country Gender Analysis*. Copenhagen: Denmark Ministry of Foreign Affairs, 2008.

Department for International Development Cooperation (DFID), Finland. *Navigating Gender: A Framework and a Tool for Participatory Development*. Helsinki: Ministry of Foreign Affairs, 2001.

FAO, *Socio-economic and Gender Analysis (SEAGA) Program* at www.fao.org/sd/seaga/default.htm.

Hunt, Julie. “Introduction to Gender Analysis Concepts and Steps,” in *Development Bulletin* 64 (2003):100-106.

International Labor Organization. *ILO Online Gender Learning and Information Module*, at www.ilo.org.

Kols, Adrienne. *A Gender Guide to Reproductive Health Publications: Producing Gender-Sensitive Publications for Health Professionals*. Edited by Ruwaida Salem and Tara Sullivan. Baltimore: JHUCCP INFO Project, November 2007.

Leong T.G. and C. Lang. *Vibrant Communities Gender and Poverty Project, Gender Analysis Tools*. Ontario: Tamarack, 2004 at www.crvawc.ca.

Meinzen-Dick, R., L. Pandofelli, S. Dohrn, and J. Athens. “Gender and Collective Action: A Conceptual Framework for Analysis,” Paper presented at the International Research Workshop on Gender and Collective Action, October 2005.

University of Liverpool and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Guidelines for the Analysis of Gender and Health*.

Warren, Hannah. "Using Gender-analysis Frameworks: Theoretical and Practical Reflections," in *Gender and Development* 15, no. 2 (July 2007). www.genderanddevelopment.org.

Gender Integration and Mainstreaming Manuals

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. *Putting Gender Mainstreaming into Practice*. New York: United Nations, 2003. www.unescap.org.

European Commission (EC), Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Director General. *Manual for Gender Mainstreaming, Social Inclusion, and Social Protection Policies*. Brussels: EC, 2008.

European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Director General. *Manual for Gender Mainstreaming of Employment Policies*. Brussels: EC, July 2007.

Government of Sweden, Gender Mainstreaming Support Committee. *Gender Mainstreaming Manual*. Stockholm, 2007.

Ministry of Community, Aboriginal and Women's Services. *Guide to Best Practices in Gender Analysis*. British Columbia, Canada: Ministry of Community, Aboriginal and Women's Services, 2003.

Pact Tanzania. *Gender Mentoring: A Guide for Strengthening Equality in Communities*. Dar es Salaam: Pact, nd.

United Nations Development Programme, *Gender Mainstreaming Programme and Project Entry Points: Learning and Information Pack*. New York: United Nations, January 2001.

Wassenaar, Nicolien. *Incorporating Gender into your NGO*. Amsterdam: Networklearning.org, May 2006.

Gender and Reproductive Health and HIV/AIDS Manuals

Commission on Social Determinants of Health. *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*. Interim Statement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

Commonwealth Secretariat. *Gender Mainstreaming in the Health Sector: Experiences in Commonwealth Countries*. London: Commonwealth Secretariat, 2005.

Eckman, A., with B. Huntley and A. Bhuyan. *How to Integrate Gender into HIV/AIDS Programs: Using Lessons Learned from USAID and Partner Organizations*. Washington, D.C.: IGWG, Policy Project, and USAID, 2004.

Gilson, L., J. Doherty, R. Loewenson, and V. Francis. *Challenging Inequity Through Health Systems*. Final Report, Knowledge Network on Health Systems. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Equinet, and Centre for Health Policy, June 2007.

Health Evidence Network. *What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* Copenhagen: WHO Europe, February 2006.

Hope, Ruth. *Gender Equality and HIV Pandemic*. Gender Equality Series-Technical Series Paper No. 2/07. Fairfax, VA: MIDEGO, 2007.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region. *Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective*. New York: IPPF/WHR, January 2000.

IPAS and HD Networks. *Gender or Sex: Who Cares? Skills-Building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers*. Chapel Hill, NC: IPAS, 2001.

Johns Hopkins University/Center for Communications Programs. *Gender Guide for Health Communication Programs*, 2003.

Kleintjes, S., B. Prince, A. Cloet, and A. Davids. *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: Seminar Proceedings*. New York: UNAIDS, HSRC, Dalhousie University, 2005.

PAHO, Gender and Health Unit. *Annotated Bibliography on Gender Mainstreaming and Analysis Resources for Health Programmers*. Washington D.C.: Pan-American Health Organization, August 2003.

Rao Gupta, G., D. Whelan, and K. Allendorf. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes*. Washington, DC and Geneva: ICRW and WHO, 2003.

Sen, Gita and Pirooska Ostlin. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient, Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Stockholm: Karolinska Institute, 2007.

UNAIDS. *Operational Guide on Gender and HIV/AIDS: A Rights-based Approach*. Amsterdam: UNAIDS, 2005.

UNIFEM. *Transforming the National AIDS Response: Mainstreaming Gender Equality and Women's Human Rights into the 'Three Ones' – Executive Summary*. New York: UNIFEM, 2006.

Welbourn, Alice. *Stepping Stones: A Training Package on HIV AIDS, Communication and Relationship Skills*. London, UK: ACTIONAID, 1995. Available from TALC Publications, or: <http://www.talcuk.org/stratshope/order.html>. See also Stepping Stones at www.steppingstonesfeedback.org.

World Health Organization. *Addressing Violence Against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report*. Geneva: World Health Organization, January 2006.

World Health Organization. *Transforming Healthy Systems: Gender and Rights in Reproductive Health. A Training Manual*. Geneva: WHO, 2001.

Other Gender Planning Manuals (multisectoral)

Development Assistance Committee, OECD. *Gender Equality in Sector Wide Approaches: A Reference Guide*. Brussels: OECD, June 2002.

Grown, C., G.R. Gupta, and A. Kes. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. London and Sterling, VA: Earthscan and the Millennium Project, 2005.

UK Gender and Development Network. *Women's Rights and Gender Equality, in the New Aid Environment and Civil Society Organizations: A Research Project of the UK Gender and Development Network*. London: UK Gender and Development Network, January 2008.

United Nations Development Programme (UNDP). *Innovative Approaches to Promoting Women's Economic Empowerment*. New York: UNDP, November 2008.

Gender in Monitoring and Evaluation Resources

Alsop, Ruth and Nina Heinsohn. *Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators*. World Bank Policy Research Working Paper. Washington, DC: The World Bank, February 2005.

NORAD. *Lessons from Evaluations of Women and Gender Equality in Development Cooperation*. Oslo: NORAD, 2006.

Approaches to Integrating Gender Concerns in Advocacy and Policy

Brown, E., B.N. Collison, and N.L. Rogers-Currie. *Youth and the Global HIV/AIDS Crisis: A Toolkit for Action*. United Nations Association in Canada, May 2002.

Derbyshire, Helen. *Gender Manual: A Practical Guide for Development Policy Makers and Practitioners*. London: DFID, April 2002

Goetz, Anne-Marie. *Gender and Accountability: Challenges for Reform in Developing States*. Boston: Boston Consortium on Gender, Security, and Human Rights, Tufts University; April, 2006.

Liverpool School of Tropical Medicine. *Gender Inequalities and Health Sector Reform. Policy Briefing for Health Sector Reform, Number 2*. Liverpool: LSTM, 2000.

UNDP. *Taking Gender Equality Seriously: Making Progress, Meeting New Challenges*. New York: UNDP, 2006.

UN-Habitat. *Mechanism for Gendering Land Tools: A framework for Delivery of Women's Security of Tenure*. Nairobi, Kenya: UN-Habitat and Global Land Tools Network, June 30, 2006.

UNIFEM. *Who Answers to Women? Gender and Accountability, Progress of the World's Women 2008/2009*. New York: UNIFEM, 2009.

The World Bank. *Engendering Development — Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Washington, DC: World Bank, 2001.

Training Manuals

de Bruyn, Maria. *Gender or Sex: Who Cares? Skills-building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers*. Chapel Hill: IPAS, 2002.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum: Counseling and Communicating with Men, Vol. 2*. New York: EngenderHealth, 2008.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum. Introduction to Men's Reproductive Health Services Revised Edition –Participant's Handbook*. New York: EngenderHealth, 2008.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum. Introduction to Men's Reproductive Health Services—Revised Edition: Trainer's Resource Book*. New York: EngenderHealth, 2008.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum: Management of Men's Reproductive Health Problems, Participant's Handbook, Vol. 3*. New York: EngenderHealth, 2008.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum: Management of Men's Reproductive Health Problems, Trainer's Resource Book, Vol. 3*. New York: EngenderHealth, 2008.

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum: Trainer's Resource Book to Accompany Counseling and Communicating With Men*. New York: EngenderHealth, 2008.

FES and CRTDA. *Building Capacities on Gender Mainstreaming: A Training Module*. Collective for Research and Training on Development-Action, March 2005.

Medical Women's International Association. *Training Manual for Gender Mainstreaming in Health*. British Columbia, Canada: Medical Women's International Association, 2002.

National AIDS Control Council and the Policy Project. *HIV/AIDS and Gender Training: A Toolkit for Policy and Senior Level Decision Makers*. Nairobi, Kenya: Policy Project, 2004.

SAT. *Mainstreaming Gender in HIV and AIDS Work, SAT Training and Practice Manuals, Number 2*. Harare, Zimbabwe: SAT, 2004.

United Nations. *Facilitators Manual Competence Development Programme on Gender Mainstreaming*. NY: United Nations, 2002.



Manuel d'intégration
du genre dans
les programmes
de santé de la reproduction
et de lutte contre le VIH :

DE L'ENGAGEMENT A L'ACTION



IGWG

La version originale en anglais de cette publication a été réalisée avec l'appui de *MEASURE Communication* (HRN-A-000-98-000001-00), qui est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Ce Manuel en français a été produit par Family Health International/YouthNet dans le cadre de l'accord de coopération GPH-A-00-01-00013-00 conclu avec l'USAID pour le compte du Groupe de travail interagences sur le genre, un collectif d'organisations non gouvernementales, d'agences de coopération et du Bureau de la Santé mondiale de l'USAID. Les exemples présentés dans ces pages reflètent l'expérience des organisations extérieures à l'USAID. Le présent document se veut non pas un ensemble de directives officielles de l'USAID, mais plutôt un recueil d'approches novatrices, citées à titre d'exemple, en matière d'intégration du genre aux programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH. Ces exemples d'approches sont fournis dans l'espoir qu'ils pourront aider les intéressés à se conformer aux exigences de l'USAID concernant l'incorporation des considérations de genre dans la planification des programmes. Le lecteur désireux de se familiariser avec les directives officielles de l'USAID relatives au genre est prié de se référer au Système automatisé des directives de l'USAID.

Production du Manuel en français : Mary Bean
Imprimerie : Chamblee Graphics

**MANUEL D'INTEGRATION DU GENRE
DANS LES PROGRAMMES
de SANTE DE LA REPRODUCTION
et de LUTTE CONTRE LE VIH :
DE L'ENGAGEMENT A L'ACTION**

OCTOBRE 2005

Préparé de la part du
Groupe de travail du Manuel relatif au genre
pour le compte du Groupe de travail interagences sur le genre
du Bureau de la Santé mondiale de l'USAID

**Par Deborah Caro (Cultural Practice, LLC)
avec le concours de Jane Schueller (FHI),
Maryce Ramsey (antérieurement au CEDPA)
et Wendy Voet (JHPIEGO)**

REMERCIEMENTS

Le présent Manuel est le fruit de plusieurs années de travail d'un grand nombre de personnes. Nous leur sommes extrêmement reconnaissants des nombreuses heures qu'elles nous ont consacrées et de la riche diversité de leurs idées. Les auteurs tiennent à remercier en particulier les personnes mentionnées ci-après pour leurs suggestions réfléchies et le soin minutieux qu'elles ont apporté à la création de ce document.

Bureau Population et Bureau VIH/SIDA de l'USAID

Michal Avni
Elizabeth DuVerlie (consultante)
Bessie Lee
Diana Prieto
Audrey Seger

Agences de coopération

Linda Ippolito, antérieurement à INTRAH/Prime
Lily Kak, antérieurement au CEDPA
Lyn Messner, Corps de la Paix
Candy Newman, INTRAH/Prime
Shelagh O'Rourke, antérieurement au CEDPA
Laurie Zivetz, Consultante en développement international

Associations de plaidoyer pour la santé des femmes

Julia Ernst, CRLP
Rebecca Firestone, antérieurement à CHANGE
Jill Gay, Consultante indépendante
Rupsa Malik, CHANGE

Révision

Maria de Bruyn, Ipas
Jill Gay, Consultante indépendante
Jodi Jacobson, Anna-Britt Coe et Avni Amin, CHANGE
Julia Masterson, antérieurement au CEDPA
Lauren Voltero, INTRAH/Prime

Nous tenons aussi à remercier les organisations ci-après pour le personnel et les ressources qu'elles ont mis à notre disposition en vue de la réalisation du présent Manuel :

Family Health International (FHI)
Cultural Practice, LLC
JHPIEGO Corporation
Projet CATALYST
INTRAH/Prime
Population Reference Bureau (PRB)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
The Center for Health and Gender Equity (CHANGE)
The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)

Nous voulons saluer en particulier deux groupes de personnes pour le précieux concours qu'elles nous ont prêté. Alice Mutungi et ses collègues du Centre régional pour la qualité des soins de santé ont méticuleusement révisé le présent Manuel et l'ont mis à l'essai sur le terrain en Ouganda. Leurs commentaires très pertinents nous ont permis de le rendre plus convivial. Anabella Sánchez, Gloria Cordon et Lucky Peinado, de l'USAID/Guatemala, ont organisé trois ateliers consacrés aux questions de genre en liaison avec la mission de l'USAID et le personnel d'agences de coopération. Leurs commentaires sur l'utilisation du Manuel dans le contexte de la formation se sont révélés indispensables.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations	iv
Préface	v
Survol des chapitres.....	vii
INTRODUCTION.....	2
PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE	8
ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE	12
INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES	18
Etape 1. Examiner les objectifs du programme	19
Etape 2. Recueillir les données.....	25
Etape 3. Analyser les données.....	31
Etape 4. Concevoir les éléments.....	35
Etape 5. Formuler les indicateurs et effectuer leur suivi	39
Etape 6. Adapter le plan et les activités.....	45
APPENDICES	
Appendice 1 — Concepts et terminologie.....	52
Appendice 2 — Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), Bureau de la Santé mondiale de l'USAID	56
Appendice 3 — Ressources et références sur le genre	58

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABBREVIATIONS

AC	Agence de coopération (organisations non gouvernementales et cabinets de consultants chargés de l'exécution des programmes financés par l'USAID)	FFPF	Fédération pour les femmes et la planification familiale (Pologne)
AD	Appel de demandes	IEC	Information, éducation et communication
AIHPH	All India Institute of Hygiene and Public Health (Institut panindien d'hygiène et de santé publique)	IGWG	Groupe de travail interagences sur le genre (Interagency Gender Working Group)
CCP	Center for Communication Programs, Johns Hopkins University (Centre pour les programmes de communication, Université Johns Hopkins)	INTRAH/Prime	Innovative Technologies for Healthcare Delivery/ PRIME II Project
CEDPA	The Centre for Development and Population Activities (Le Centre pour les activités en matière de développement et de population)	IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
CHANGE	Center for Health and Gender Equity (Le Centre pour la santé et l'équité des genres)	JHPIEGO	JHPIEGO Corporation, société affiliée à l'université Johns Hopkins
CIDA	Canadian International Development Agency (Agence canadienne de développement international – ACDI)	NACO	National AIDS Control Organization of India (Organisation nationale de lutte contre le sida [Inde])
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement (tenue au Caire en 1994 sous l'égide de l'ONU)	NORAD	Norwegian Agency for Development (Agence norvégienne de développement et de coopération)
Conférence de Beijing	Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing en 1995 (Fourth World Conference on Women – FWCW)	OECD/DAC	Organisation de coopération et de développement économiques/Comité d'aide au développement (OCDE/CAD)
CRLP	Center for Reproductive Law and Policy (Centre pour la loi et les politiques en matière de SR)	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DBC	Distribution à base communautaire	ONG	Organisation non gouvernementale
DFID	Ministère britannique pour le développement international (Department for International Development)	ONU	Organisation des Nations Unies
DG	Démocratie et gouvernance	PF	Planification familiale
DMSC	Durbar Mahila Samanwaya Committee (Bombay, Inde)	PROWID	Promoting Women in Development (La promotion des femmes dans le processus de développement)
DP	Demande de propositions	SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency (Agence suédoise de coopération au développement international – ASDI)
		SR	Santé de la reproduction
		TS	Travailleurs ou travailleuses du sexe
		USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
		VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

PREFACE

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif d'organisations parmi lesquelles figurent le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID, des agences de coopération (AC) financées par cette dernière ainsi que des associations de plaidoyer en matière de santé et des intérêts des femmes. Des particuliers en font également partie. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres¹ dans les programmes en vue d'améliorer les résultats en matière de santé de la reproduction et de VIH/SIDA aussi bien que de promouvoir un développement durable.

Les objectifs précis de l'IGWG sont les suivants :

- Faire œuvre de sensibilisation et fédérer les synergies entre les résultats concernant l'équité entre les genres, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA ;
- Recueillir des données empiriques et les meilleures pratiques en ce qui concerne le genre, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA ;
- Promouvoir les meilleures pratiques et faire passer le message sur terrain ;
- Mettre au point les outils opérationnels pour l'intégration de l'approche « genre » dans les programmes de population, de santé et de nutrition ;
- Assurer le leadership technique et fournir une assistance technique.²

L'IGWG s'est concentré sur l'éducation, le plaidoyer et la formulation d'outils opérationnels (voir la liste complète des produits, des services et des coordonnées de l'IGWG dans l'Appendice 3). Le présent Manuel d'intégration du genre a été rédigé pour être utilisé avec le *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFPs and RFAs* (Guide pour l'intégration des considérations de genre aux demandes de propositions (DP) et d'appels de demandes (AD) de l'USAID en matière de planification familiale et de santé de la reproduction). Le Guide a été élaboré essentiellement à l'intention des responsables et des concepteurs de programmes de l'USAID. Le Manuel sert de complément dans la mesure où il guide les responsables de programmes et le personnel technique dans le contexte de l'intégration des considérations de genre à la conception, à l'application et à l'évaluation des programmes. Il permet d'explicitier la façon dont les relations et l'identité de genre affectent la capacité des individus et des groupes de négocier les décisions dans le domaine de la santé de la reproduction et du VIH/SIDA, avec à la clé l'obtention de meilleurs résultats. Les utilisateurs de ce Manuel vont apprendre à exploiter la sensibilisation accrue aux considérations de genre de

¹ Cf. page 5 pour la discussion plus détaillée des concepts d'équité entre les genres et d'égalité des genres.

² Ces objectifs rappellent ceux qui sont décrits dans le Guide de l'IGWG intitulé *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFPs and RFAs* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2000).

manière à concevoir, à exécuter et à évaluer des programmes plus efficaces, autrement dit des programmes qui renforceront la capacité des participants de faire des choix plus éclairés pour ce qui touche à leurs relations sexuelles et à leur santé de la reproduction.

Les auteurs de l'IGWG voient dans le présent Manuel un outil qu'il convient d'utiliser, d'adapter et d'améliorer dans le contexte de sa mise en pratique. Ils forment le vœu que ses utilisateurs n'en resteront pas au stade de l'attachement à l'intégration des questions de genre dans la conception des programmes, mais qu'ils prendront des mesures concrètes tout au long de son exécution. Les commentaires et suggestions de nature à renforcer ce document sont les bienvenus.³

³ Prière de lire l'avis de non-responsabilité sur le plat verso du présent Manuel.

SURVOL DES CHAPITRES

LE CHAPITRE 1 présente des données de base sur le Manuel et ses modalités d'emploi. Il définit quelques termes et concepts fondamentaux liés au genre qui reviennent tout au long du document.

LE CHAPITRE 2 donne un aperçu des principes directeurs qui doivent être incorporés dans tous les programmes qui intègrent la dimension de genre. Ces principes sous-tendent les programmes durables et équitables quant au genre dans le domaine de la santé de la reproduction et du VIH/SIDA.

LE CHAPITRE 3 passe en revue et décrit chacune des stratégies concrètes pour l'application des principes définis au Chapitre 2. Il s'agit d'éléments qui sont communs à un certain nombre de projets analysés par les auteurs du Manuel. Dans l'idéal, ces éléments forment les composantes de base de tout programme qui intègre la dimension de genre, et c'est un idéal auquel les organisations peuvent aspirer en fonction du budget, du temps et du personnel dont elles disposent. Un exercice à la fin du chapitre permet à celles-ci d'évaluer le degré d'incorporation des principes directeurs et des éléments susmentionnés dans leurs programmes.

LE CHAPITRE 4 décrit un processus d'intégration des questions de genre à chaque étape du cycle d'un programme. Il présente une série de questions-guides et de conseils pratiques en matière de méthodologie. Des études de cas tirées de projets réels illustrent l'intégration du genre à chaque étape du développement d'un projet et elles font ressortir le lien entre les éléments essentiels d'une approche intégrée et les actions du projet. Les six étapes de l'intégration du genre au cycle de programmation sont les suivantes :

- **ETAPE 1** : Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.
- **ETAPE 2** : Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.
- **ETAPE 3** : Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.
- **ETAPE 4** : Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre.
- **ETAPE 5** : Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre.
- **ETAPE 6** : Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.

Une matrice est proposée à la fin du Chapitre 4 pour faciliter le traitement des données relatives aux six étapes susmentionnées.



INTRODUCTION

Pourquoi utiliser ce Manuel ?

L'attention accrue qui est portée aux objectifs d'équité/d'égalité des genres dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH/SIDA encourage le respect des besoins et des droits fondamentaux des individus et des communautés. L'intégration du genre rend les programmes et les principes directeurs plus réceptifs aux réalités sociales, économiques, culturelles et politiques qui ont pour effet soit d'entraver, soit de rehausser, la santé de la reproduction et la satisfaction. En guidant les organisations dans la voie de l'intégration des objectifs d'équité/d'égalité des genres aux programmes de santé de la reproduction (SR) et de VIH/SIDA, ce Manuel aidera les personnes chargées de l'application de ces programmes à :

- rehausser la qualité des services liés à la SR et au VIH/SIDA ;
- répondre plus efficacement aux besoins des participants ;
- assurer la pérennité des programmes ;
- mieux informer et autonomiser la clientèle ;
- améliorer la communication entre les couples ;
- améliorer l'utilisation des services ;
- élargir les répercussions du développement et rehausser les synergies entre les secteurs.⁴

L'attention portée aux disparités de genre et l'amélioration de l'équité/l'égalité des genres contribuent en outre à l'obtention de meilleurs résultats dans le domaine de la SR. En voici des exemples :

- amélioration de la prévalence des contraceptifs ;
- baisse de la transmission du VIH ;
- baisse de la fécondité ;
- recul de la violence contre les femmes ;
- diminution de la mortalité maternelle.⁵

De surcroît, en signe de la valeur qu'elle attache à l'intégration du genre dans ses programmes, l'USAID incorpore cette composante dans ses directives et elle honore les engagements pris en ce sens par le gouvernement des Etats-Unis conformément aux accords internationaux qu'il a signés.

1. Les directives de l'USAID exigent l'intégration des considérations de genre dans les programmes de l'Agence en matière de SR et de VIH/SIDA.⁶

Comme elle le note dans son Système automatisé des directives (ADS), l'USAID exige que les considérations de genre soient intégrées à tous ses programmes. L'ADS astreint les responsables de programmes à incorporer cette dimension dans l'élaboration des

⁴ Les démarches dans le domaine de la SR et du VIH/SIDA qui ne tiennent pas compte des préjugés de genre compromettent les chances de succès des projets et pourraient même exacerber les inéquités de genre. Pratiquement toutes les références présentées dans le Manuel soutiennent la thèse selon laquelle le fait d'aborder les questions de genre entraîne l'amélioration des programmes RS/VIH/SIDA. Des données supplémentaires d'impact aideront à documenter de quelles façons les programmes équitables améliorent la santé de la reproduction et le bien-être des participants. Pour un examen préliminaire de la documentation relative à l'impact sur la SR des programmes qui intègrent la dimension de genre, se référer au rapport de l'IGWG établi par Carol Boender, Sidney Schuler et al., *The "So What?" Report: A Look at Whether Integrating Gender Into Reproductive Health Programs Makes a Difference to Outcomes* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2004).

⁵ Ibid.

⁶ Le Système automatisé des directives de l'USAID (ADS) est le principe pratique qui s'applique aux programmes et au travail d'élaboration des politiques de l'USAID. Les séries ADS 200 et 300 précisent les consignes relatives à l'intégration des considérations de genre dans les politiques, programmes et activités. Pour les analyses techniques obligatoires concernant les plans stratégiques, y compris en matière de genre, voir ADS 201.3.8.4 ; pour l'intégration du genre dans la conception des activités, voir ADS 201.3.12.6, et pour l'approbation des activités 201.3.12.15 ; pour l'adoption d'indicateurs de performance qui reflètent les considérations de genre, voir ADS 203.3.4.3 ; et pour l'intégration du genre aux critères d'évaluation dans le cadre des demandes de propositions (DP) voir 302.5.14, et 303.5.5b pour l'intégration du genre dans l'énoncé des programmes dans le contexte des appels de demandes (AD).

nouveaux contrats, des subventions et des accords de coopération et il demande au personnel :

- d'effectuer des analyses de genre appropriées pour toute la gamme de questions techniques qui entrent en jeu dans la formulation d'un plan stratégique donné ;
- d'intégrer les considérations de genre dans l'énoncé des travaux qui accompagne les demandes de propositions (DP) et la description des programmes (Appels de demandes, AD) ; et de formuler des critères liés au genre afin d'évaluer les réponses des soumissionnaires et des auteurs de demandes ;
- d'intégrer les considérations de genre à la conception, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des activités à l'appui des programmes et des politiques de l'USAID ;
- d'inclure des indicateurs de genre dans le Plan de surveillance des programmes.

2. Les Etats-Unis se sont engagés à s'attaquer aux questions de genre.

En signant les accords⁷ de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire sous l'égide de l'ONU, ceux de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (« conférence de Beijing ») et ceux des analyses quinquennales, les Etats-Unis ont pris l'engagement, entre autres :

- de promouvoir l'autonomisation des femmes et l'équité/l'égalité des genres ;
- de ne pas tenir compte des cibles démographiques afin de se concentrer sur les besoins et les droits des femmes, des jeunes et des hommes ;
- de promouvoir une perspective d'ensemble en matière de santé de la reproduction et de droits connexes ; et

- de faire participer les femmes aux postes de direction, à la planification, à la prise de décisions, à l'exécution et à l'évaluation.

But du Manuel

Le Manuel vise principalement à contribuer à la conception et à l'exécution de programmes dans le domaine de la SR et du VIH/SIDA qui intègrent des approches de nature à parvenir à l'équité/l'égalité des genres. Les programmes qui intègrent ces objectifs ont pour effet de maximiser l'accès et la qualité, d'appuyer la prise de décisions par l'individu et ses options en matière de reproduction, d'accroître la pérennité et de mettre en pratique les engagements internationaux des Etats-Unis et les politiques de l'USAID.

D'autre part, les spécialistes de la santé au plan tant international que national peuvent se référer au présent Manuel lorsqu'ils préparent leurs réponses aux DP et aux AD. L'ex-sous-comité de l'IGWG chargé de l'application des programmes a également publié un guide relatif aux DP et aux AD (cf. Préface, pg.v), auquel le présent Manuel sert de complément. Les programmes dont l'angle d'approche sera calqué sur celui décrit dans ces pages détiendront un avantage stratégique.

Le public visé

Le présent Manuel s'adresse avant tout aux intervenants dans les pays, à savoir les responsables de programmes en matière de SR et de VIH/SIDA ainsi que le personnel technique des agences de coopération (AC) de l'USAID, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres agents d'exécution, tant présents que futurs. Son public secondaire regroupe les AC aux Etats-Unis ainsi que les responsables de programmes de Population, de santé et de nutrition et le personnel des missions de l'USAID à l'étranger.

⁷ Plus récemment, le gouvernement des Etats-Unis a signalé son adhésion aux Objectifs du millénaire pour le développement, dont un concerne l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes comme moyen efficace pour lutter contre la pauvreté, la faim et les maladies et promouvoir un développement réellement durable. » (Secrétaire général des Nations Unies, *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire (Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration)*. New York: ONU, 6 septembre 2001: p. 27.)

Il faut voir dans ce Manuel un outil qui permet aux lecteurs d'intégrer les considérations de genre au cycle de leurs programmes de façon à parvenir à des résultats plus équitables et plus durables en matière de SR et de VIH/SIDA. Conçu en tant que guide de planification stratégique, ce document fournit des informations sur les principes directeurs, les stratégies et les étapes pratiques de l'intégration de genre, mais il ne prétend pas aborder toutes les questions possibles dans ce domaine. C'est un outil de planification plus que de formation. Il vient compléter d'autres outils de formation sur le genre et la santé de la reproduction dans la mesure où il donne des conseils sur la meilleure façon d'intégrer le genre aux projets et aux programmes nouvellement conçus ou en cours d'application.

Comment utiliser le Manuel

Ce document a été conçu pour être un manuel de référence. Il peut servir à toute étape du cycle d'un programme, c'est-à-dire de la conception à l'évaluation. Ceci dit, il se révélera d'autant plus utile qu'il servira à guider les décisions prises tout au long du cycle des projets.

Il a été organisé dans un souci de convivialité. Tel utilisateur souhaitera se référer aux Chapitres 2 et 3 pour comprendre les principes directeurs et les éléments des programmes qui sont indissociables de la programmation sensible à l'intégration de genre. Tel autre préférera consulter directement l'approche par étapes énoncée au Chapitre 4 et qui s'accompagne d'études de cas ; elle démontre la façon dont les éléments et les principes sont intégrés à des programmes concrets.

Les utilisateurs peuvent adapter le présent Manuel en fonction des priorités, de la portée, des ressources et des contraintes de leurs activités, puisque tous les programmes sont différents et qu'ils ont chacun ses besoins. Si le Manuel décrit les éléments-clés de projets qui ont su intégrer la dimension de genre, l'approche par étapes définie au Chapitre 4 permet aux responsables de programmes d'intégrer ces

éléments à titre individuel ou collectif de façon à assurer un maximum d'efficacité en ce qui concerne la conception et l'exécution de programmes. Les études de cas présentées au Chapitre 4 illustrent la façon dont les éléments du genre sont intégrés de diverses manières et à diverses étapes du cycle de programmation.

Analyse raisonnée de l'intégration de genre et du « gender mainstreaming » aux programmes de SR

Le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) ainsi que la Déclaration de Beijing et la Plateforme d'action adoptées par la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (« Conférence de Beijing ») prônent l'égalité des genres et le « gender mainstreaming », l'autonomisation des femmes et l'épanouissement des droits et de la santé des femmes en matière de reproduction. L'égalité des genres est expressément incluse au nombre des objectifs du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) tels qu'ils ont été énoncés en 1996 dans un document intitulé « Shaping the 21st Century : The Contribution of Development Cooperation ». Les Etats-Unis ont réaffirmé leur attachement aux objectifs de développement international (dont l'égalité des genres et les droits des femmes) lors de la réunion au sommet du Groupe des Huit tenue à Okinawa en 2000. Ils ont réaffirmé leur engagement en ce sens en 2003 dans le contexte de la loi qui avait été proposée pour combattre la propagation du VIH et du SIDA dans le monde, conformément à une stratégie intégrée et de grande envergure, sur cinq ans, et assortie d'obligations spécifiques (H.R. 1298). Cette stratégie met en valeur les questions de genre, telles que l'autonomisation des femmes, le recul de la violence sexospécifique, la participation accrue des hommes en tant que partenaires responsables et l'accès accru des femmes aux débouchés économiques.⁸

⁸ La Règle 1298 de la Chambre des représentants peut être consultée au site <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery>.

Fidèle aux accords internationaux et au principe de la formulation de politiques nécessaires à leur application, le gouvernement des États-Unis s'est engagé à l'intégration, ou au « *mainstreaming* », des considérations du genre à ses programmes. Le plateforme d'action de Beijing définit le « *gender mainstreaming* » comme étant :

« ... l'évaluation des incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des

hommes dans la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Le but ultime est d'atteindre l'égalité entre les sexes. »⁹

L'attention portée aux inégalités sur la base du genre, par exemple à travers l'amélioration de l'accès des filles à l'éducation, peut avoir des effets spectaculaires sur d'autres secteurs du fait de la baisse de la fécondité, de l'amélioration de la santé, de l'accroissement des revenus et de la hausse de la productivité. Les programmes en matière

L'égalité des genres permet aux femmes et aux hommes de jouir à part égale des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources et des avantages qui découlent du développement. L'évolution des catégories de genre au fil du temps signifie que la programmation du développement peut avoir des répercussions sur l'inégalité des genres, qu'elle l'accroisse ou qu'elle la fasse reculer.¹⁰

L'équité entre les genres consiste à traiter les femmes et les hommes de manière équitable. Pour assurer l'impartialité, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes de fonctionner sur un pied d'égalité avec les hommes. Les stratégies appliquées en ce sens visent à parvenir à l'égalité des genres. L'équité est un moyen ; l'égalité est une fin.¹¹

L'intégration du genre implique la prise en considération des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes au niveau de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes. Ce que la société attend des femmes et des hommes aussi bien que le pouvoir relatif de chacun affectent les rôles des uns et des autres dans l'exécution des activités, et c'est aussi ce qui détermine qui tirera parti des bienfaits escomptés. Le fait de tenir compte des inégalités et de concevoir des programmes à même de les atténuer devrait contribuer à une augmentation non seulement d'efficacité, mais aussi d'équité/égalité sociale. L'expérience a montré qu'on ne parvient pas à des changements durables quand on axe les activités exclusivement sur les femmes ou sur les hommes.

⁹ Platform for Action, UN Fourth World Conference on Women (Beijing: UN, 1995).

¹⁰ OECD DAC, DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation (Paris, 1998): p. 13.

¹¹ Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Sensitive Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

de SR et de VIH/SIDA capables de corriger les décalages entre les femmes et les hommes sur le plan des possibilités, des contraintes et des contributions seront en mesure d'améliorer les résultats pour la santé, qu'il s'agisse d'accroître l'accès aux services, d'améliorer la communication, de consolider les compétences en matière de négociation et de plaider, d'élargir la participation et de renforcer la prise de décisions de populations diverses.

Il y a de nombreuses étapes sur la voie qui mène à l'objectif ultime de l'égalité entre les sexes. Ces étapes portent sur l'objectif plus immédiat de l'intégration des questions de genre aux divers éléments

des programmes pour rendre le développement plus équitable. Nous utilisons le double terme « équité/égalité » afin de refléter à la fois l'objectif ultime et le processus à suivre pour y parvenir.

Il faut distinguer les termes « sexe » et « genre »¹² quand on analyse les relations, les rôles et les identités des genres dans le contexte de la conception de programmes de SR qui intègrent la dimension de genre. Les termes définis dans l'encadré sur la page suivante ainsi que ceux qui figurent à l'Appendice 1 reviennent fréquemment dans les programmes axés sur le genre.

¹² Un rapport récent des National Institutes of Health (Etats-Unis) recommande que l'on distingue clairement les termes « sexe » et « genre ». Faute de quoi, notent ses auteurs, la confusion règne dans la communauté scientifique, parmi les décideurs et dans le grand public. Le terme « sexe » renvoie à « une classification, généralement masculine ou féminine, établie en vertu des organes reproducteurs ou des fonctions qui découlent du complément chromosomique ». Le « genre » s'applique à « l'image que les individus ont d'eux-mêmes, en tant qu'homme ou femme [ou une quelconque troisième catégorie], ou à la façon dont les institutions sociales traitent ces personnes en fonction de la présentation de leur genre ».

Le sexe renvoie aux différences biologiques entre les femmes et les hommes. Les différences sexuelles ont trait à la physiologie féminine et masculine.

Le genre se rapporte aux attributs économiques, sociaux, politiques et culturels qui sont associés au fait d'être une femme ou un homme. Le sens que la société confère à la nature féminine ou masculine varie selon les cultures et il évolue au fil du temps.¹³ Le genre est l'expression socio-culturelle des caractéristiques et des rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

La santé de la reproduction¹⁴ « est un état de bien-être total tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, l'aptitude à la procréation, et la liberté et la possibilité de décider si et quand on veut avoir des enfants. Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et d'utiliser celle qui leur convient ou toute autre méthode de régulation de la fertilité qui ne soit pas illégale, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. »¹⁵

¹³ DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation (Paris: OECD, 1998).

¹⁴ Politique de l'USAID à l'égard de la planification familiale et de la santé de la reproduction : le Bureau Population et Santé de la reproduction de l'USAID prête son concours aux activités menées en matière de planification familiale et de santé de la reproduction. Celles-ci concernent, entre autres, le couplage de services de planification familiale et de maternité, l'octroi de services et d'informations en rapport avec le VIH/SIDA et les MST, l'élimination de l'excision féminine et les soins après un avortement. Toute référence dans le présent Manuel à la santé de la reproduction ainsi qu'aux soins et aux services dans ce domaine s'applique à l'éventail de ces activités. L'USAID n'a pas le droit d'allouer des fonds à la pratique de l'avortement comme méthode de planification familiale et elle n'a pas le droit non plus d'inciter ni d'obliger qui que ce soit à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

L'USAID a défini la planification familiale et la santé de la reproduction à l'Appendice 4 d'un document intitulé *Guidance on the Definition and Use of the Child Survival and Health Program Funds*, en date du 1^{er} mai 2002. En voici les principaux éléments : élargir l'accès à l'information et aux services de planification familiale et en accroître l'utilisation ; appuyer l'achat et l'approvisionnement de contraceptifs et de matières connexes ; rehausser la qualité de l'information et des services de planification familiale ; accroître la demande d'information et de services dans ce domaine ; élargir les options en matière de régulation de la fertilité et d'organisation de l'information et des services de planification familiale ; intégrer l'information et les services de planification familiale à d'autres activités dans le domaine de la santé ; et venir en aide aux individus et aux couples qui ont du mal à concevoir. Le mot « choix », tel qu'il est utilisé dans le présent Manuel, renvoie *exclusivement à la capacité qu'a l'individu d'exercer des options vis-à-vis des éléments qui sont contenus dans la définition de la santé de la reproduction retenue par l'USAID.*

¹⁵ Platform for Action, Fourth World Conference on Women (Quatrième conférence mondiale sur les femmes) (Beijing : ONU, 1995) : paragraphe 94 (en anglais).

PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

Selon le Programme d'action de la CIPD, « les programmes de santé en matière de reproduction devraient être axés sur les besoins propres aux femmes, y compris à ceux des adolescents, et doivent faire participer celles-ci à l'encadrement, la planification, la prise de décisions, la gestion, l'application, l'organisation et l'évaluation des services... »¹⁶ Au vu de ce mandat, un programme de SR qui intègre avec succès la dimension de genre a pour effet de promouvoir l'autonomisation des femmes et d'appuyer les objectifs d'équité/d'égalité, ce qui entraîne l'amélioration des résultats pour tous en matière de SR et de VIH/SIDA.

Pour être équitables, les services et les programmes de SR et de VIH/SIDA doivent se concentrer sur les besoins divergents des femmes, des hommes, des adolescents et des communautés. Et pour éliminer les disparités entre les genres, il faut faire activement participer les hommes et les femmes à la prise des décisions en matière de procréation et de sexualité. En outre, il est essentiel d'impliquer les adolescents des deux sexes et de répondre à leurs attentes si l'on veut parvenir à des résultats durables et équitables en matière de santé de la reproduction.

A en juger d'après l'expérience d'un certain nombre de programmes à travers le monde, cinq principes s'avèrent fondamentaux pour les programmes de SR et de VIH/SIDA qui intègrent le genre. Il faut : 1) œuvrer dans le cadre de partenariats avec la communauté ; 2) appuyer la diversité et le respect ; 3) encourager la responsabilisation en matière de genre ; 4) promouvoir les droits de la personne, y compris en matière de procréation ; et 5) autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés. Décrits ci-après, ces principes directeurs appuient l'accès à des services de haute qualité, le choix individuel et la durabilité des programmes.

Agir à travers des partenariats locaux

Les programmes de SR et de VIH/SIDA qui obtiennent de bons résultats reconnaissent la valeur et les atouts des partenariats avec les communautés locales. Ils reconnaissent que la capacité et l'expertise dans le domaine de la conception, de l'exécution et de l'évaluation de solides programmes dans ce domaine se trouvent à l'échelon local. A ce titre, ils cherchent à nouer des relations mutuellement bénéfiques avec tous les éléments de la communauté qui sont directement concernés par l'amélioration des résultats en matière de SR et de VIH/SIDA pour les femmes, les hommes et les jeunes. L'établissement de partenariats dès les premiers temps et à toutes les étapes du cycle des programmes accroît le sentiment de prise en charge et de contrôle à l'échelon local, ce qui a un effet favorable sur la pérennité des programmes.

Appuyer la diversité et le respect

Si la culture, la religion, l'ethnicité et la classe définissent le contexte dans lequel s'élaborent les rôles de genre, ce sont souvent les aspects négatifs de ces facteurs qui sont mis en relief dans les programmes. En s'attachant à la culture comme ressource capable de favoriser le changement, les programmes de SR et de VIH/SIDA peuvent faire progresser l'équité/l'égalité des genres d'autant plus efficacement qu'ils agissent en partenariat avec les communautés locales. Les programmes de qualité dans ce domaine reconnaissent, respectent et mettent à profit la diversité culturelle, religieuse, ethnique, sociale et raciale de leurs clients, de leurs communautés, de leur personnel, de leurs partenaires et de leurs donateurs. Les études de cas ReproSalud, Tostan et Sonagachi présentées au Chapitre 4 illustrent la façon dont les

¹⁶ CIPD, VII, 7.

programmes de SR et de VIH/SIDA peuvent œuvrer au sein de contextes culturels dynamiques en liaison étroite avec les communautés locales en vue de parvenir à l'équité entre les genres.

Encourager la responsabilisation

Les programmes qui obtiennent des résultats durables et équitables en matière de SR tiennent toutes les parties concernées responsables de la réalisation des objectifs d'équité/d'égalité de genre tout au long de l'exécution, comme ils les tiennent responsables d'autres résultats dans ce domaine. Ces objectifs regroupent, sans en exclure d'autres, la réduction des disparités entre les genres qui affectent la santé des hommes et des femmes ; le renforcement du pouvoir de décisions des femmes ; l'élimination des politiques discriminatoires et le recul de la violence motivée par des considérations de genre.

La responsabilisation aide à modifier le comportement, et le personnel doit rendre des comptes vis-à-vis de l'intégration du genre. Tout le personnel est concerné : la personne à la réception, qui accueille les clients de manière respectueuse ; le prestataire, qui répond aux besoins de la clientèle de manière holistique ; le bailleur de fonds, qui tient les personnes chargées de l'exécution véritablement responsables des résultats obtenus en matière d'équité/d'égalité de genre ; les décideurs en matière de politiques et de finances, qui allouent les fonds de manière responsable ; et les chercheurs, qui se donnent pour tâche de mesurer les incidences du genre sur les services, les programmes et divers objectifs de développement. Le fait de tenir tout un chacun responsable de promouvoir l'équité/l'égalité des genres au sein d'une organisation a pour effet de rehausser l'importance de ces objectifs dans le cadre des programmes, de témoigner un engagement institutionnel, de créer un environnement coopératif et, surtout d'améliorer les résultats en matière de SR et de VIH/SIDA.

Promouvoir les droits des personnes et des groupes

Pour avoir des chances d'aboutir, les programmes de SR et de VIH/SIDA doivent prendre conscience des objectifs complémentaires que sont l'équité/l'égalité des genres, les droits de la personne et les droits en matière de procréation (cf. Appendice 2) et ils doivent s'y rattacher. Les programmes qui intègrent la dimension de genre appuient le droit aux soins de santé adéquats et le droit à l'auto-détermination en matière de procréation face à des relations de puissance inégales sur la base desquelles les femmes se voient refuser leurs droits liés à la procréation. Les programmes équitables s'emploient à promouvoir, à surveiller, à exécuter et à faire respecter les normes relatives aux droits de la personne qui sont en rapport avec la santé de la reproduction. En outre, une approche axée sur les droits de la personne et les droits liés à la procréation guide la formulation et la réforme des politiques, la recherche, les interventions des programmes et la prestation des services dans la logique de l'intégration du genre. Les partenaires et les pays qui abordent la santé de la reproduction sous l'angle des droits de la personne braquent l'attention sur les questions de santé publique en faisant participer directement les clients aux décisions qui les concernent en la matière.

Autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés

Un programme de qualité en matière de SR et de VIH/SIDA repose sur la notion que les participants et les communautés ont les compétences, les connaissances et le pouvoir nécessaires à la prise de décisions éclairées. L'autonomisation est « la capacité soutenue qu'ont les individus et les organisations de décider librement, en toute connaissance de cause et de manière autonome comment ils peuvent le mieux servir leur intérêt personnel stratégique ainsi que celui de la

société tandis qu'ils s'efforcent d'améliorer leur qualité de vie ». ¹⁷ En œuvrant en collaboration avec les femmes, les hommes, les jeunes et leurs communautés, les programmes qui intègrent la dimension du genre créent un environnement propice à l'autonomisation des individus et des groupes.

Les principes directeurs présentés dans ce chapitre forment la clé de voûte des programmes équitables. Les éléments qui seront discutés au chapitre suivant représentent les stratégies concrètes de mise en œuvre de ces principes. Les études de cas présentées au Chapitre 4 illustrent les principes du genre et certains de ses éléments.

Autonomisation des femmes : Améliorer leur condition, c'est aussi donner aux femmes une capacité accrue de prise de décisions à tous les niveaux, en particulier en ce qui concerne leur sexualité et leur santé de la reproduction. L'expérience et la recherche démontrent que les programmes de SR et de VIH/SIDA sont d'autant plus efficaces quand ils prennent des mesures propres à améliorer la condition féminine. ¹⁸ Les efforts programmatiques visant à l'autonomisation des femmes créent un environnement propice à la mise en place de service élargis et liés qui tiennent compte des dimensions sociales, politiques, psychologiques, économiques et sexuelles de la santé et du bien-être des femmes.

Participation des hommes : Les rôles de genre présentent souvent des contraintes pour les hommes aussi bien que pour les femmes. Comme les actions et les comportements des hommes

affectent à la fois leur santé et celle de leur partenaire et de leurs enfants, les programmes équitables aident les hommes à comprendre cet aspect. Tout en encourageant la prise de décisions par les femmes en matière de SR, ces programmes amènent les hommes à se solidariser davantage avec les femmes dans ce domaine ainsi qu'avec le bien-être des enfants, en même temps qu'ils tentent de répondre aux besoins spécifiques des hommes en matière de procréation. Les programmes de SR et de VIH/SIDA qui intègrent le genre tiennent compte de la perspective des hommes dans la conception des programmes ; ils aident les hommes à se sentir à l'aise dans les dispensaires ; ils offrent un éventail élargi d'informations et de services tant aux femmes qu'aux hommes, et ils présentent les hommes sous un jour positif. Le plus important, c'est que les programmes qui font participer les hommes visent à promouvoir l'égalité des genres dans toutes les sphères de la vie. ¹⁹

¹⁷ CEDPA, *Gender, Reproductive Health, and Advocacy* (Washington, DC: CEDPA, 2000). Les concepts discutés dans cette section sont tirés de plusieurs publications du CEDPA, dont certaines, comme *Genre et développement* (1999) et *Plaidoyer* (1999), existent en français.

¹⁸ CIPD, 1994.

¹⁹ UNDP, 1994.

Autonomisation des jeunes : Le fait d'investir stratégiquement et délibérément dans le bien-être des jeunes (garçons et filles) peut entraîner des changements spectaculaires dans leur comportement individuel et social, en particulier en ce qui concerne les questions de SR et de VIH/SIDA. Le fait de différer le premier rapport sexuel ou l'utilisation accrue du préservatif et de la contraception en sont des exemples. Les programmes efficaces intègrent les visions, les perceptions et les besoins des diverses populations de jeunes et « cherchent activement à faire participer les jeunes à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des activités de développement qui ont des répercussions directes sur leur vie quotidienne ». ²⁰

Autonomisation des communautés : Comme on l'a vu précédemment, la prise en charge par la communauté est la clé d'un développement durable. De surcroît, l'autonomisation des communautés découle de la création d'environnements propices aux changements positifs (notamment en ce qui concerne l'amélioration des comportements et des résultats dans le domaine de la SR) et de la mise en place de processus délibérés et participatifs qui font intervenir les institutions locales, les dirigeants locaux, les groupes communautaires et les membres de la communauté à titre individuel. Pour qu'un changement soutenu se produise, il faut que l'environnement au foyer et dans la communauté soit propice à la capacité d'action et de choix de l'individu.

²⁰ CEDPA, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, 2001).

ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

L'examen des programmes qui intègrent la dimension de genre démontre l'importance qu'il y a non seulement d'être conscient des principes directeurs définis au chapitre précédent, mais aussi de les traduire dans la pratique sous la forme d'éléments des programmes. Les éléments cités dans ce chapitre revenaient fréquemment dans les projets intégrés qui ont été passés en revue en vue de la préparation du Manuel.

ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

- **Objectifs et indicateurs de performance précis en matière d'équité/d'égalité ;**
- **Participation équitable et à tous les niveaux ;**
- **Encouragement de relations équitables ;**
- **Plaidoyer ;**
- **Création de coalitions ;**
- **Couplages multisectoriels ;**
- **Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus ;**
- **Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre.**

L'intégration de ces principes à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes aidera les responsables et le personnel technique à formuler et à suivre des résultats mesurables et elle maximisera la portée de tous les résultats des programmes.

Objectifs et indicateurs de performance en matière d'équité/d'égalité des genres

Les programmes de SR qui rehaussent l'équité/l'égalité des genres sont davantage capables de produire des résultats positifs durables. S'il n'est pas toujours nécessaire de définir des objectifs qui visent spécifiquement le genre, il n'en demeure pas moins vrai que les programmes de SR gagneront à prendre un engagement vis-à-vis de l'équité/l'égalité en tenant compte des rôles et des identités de genre dans les résultats intermédiaires et les activités. La plupart des objectifs en matière de SR sont liés à des résultats précis sur le plan du genre, lesquels mettent en relief l'importance, les incidences et la pérennité du programme. Par exemple, un programme relatif au VIH/SIDA peut se fixer pour objectif d'accroître de 50 pour cent l'utilisation des préservatifs féminin et masculin au cours d'une période de trois ans. Le programme de SR sera d'autant plus susceptible d'atteindre et de maintenir ses résultats pour la santé qu'il aura défini un objectif subsidiaire à l'égard du genre, par exemple la capacité accrue des femmes de négocier des rapports sexuels à moindre risque ou la volonté accrue des hommes de partager la prise de décisions avec les femmes. La plupart des programmes qui intègrent le genre tentent de formuler, de suivre et d'évaluer les résultats relatifs au genre ainsi que leurs incidences sur d'autres résultats du programme (cf. Etape 1 au Chapitre 4).

Les objectifs et indicateurs de performance en matière d'équité/d'égalité des genres permettent :

- de mesurer le caractère équitable de la participation ainsi que les résultats ;
- d'assurer la pérennité des résultats en matière de SR et de VIH/SIDA ; et
- de réduire les barrières à l'accès et à l'utilisation des services qui sont liées au genre.

Participation équitable et engagement à tous les niveaux

Les programmes qui intègrent la dimension de genre mettent en relief la participation équitable des femmes et d'autres groupes sous-représentés (tels les minorités ethniques, les adolescents, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes à l'orientation sexuelle différente) à la conception des programmes, à la prise de décisions et à l'établissement de priorités. Dans bien des endroits, la discrimination raciale, ethnique et économique désautonomise les hommes comme les femmes. Souvent, les facteurs de désautonomisation se doublent d'un effet négatif sur les relations de puissance entre les sexes. Les programmes qui intègrent le genre tentent de s'attaquer aux nombreux facteurs qui ont un effet discriminatoire sur les femmes, les hommes et les jeunes. Les projets qui mettent les femmes et autres groupes marginalisés au centre du programme peuvent stimuler les interactions entre les parties prenantes, tels les participants visés, les responsables gouvernementaux, les ONG spécialisées dans la santé et les droits des femmes, et les groupes communautaires. Les processus de conception et d'exécution des programmes à caractère participatif lient les interventions aux préoccupations de la communauté et ils créent un sentiment de prise en charge locale. L'encouragement d'un dialogue sur la santé de la reproduction dans le contexte de l'équité/l'égalité des genres facilite le partage des responsabilités et de la responsabilisation parmi les membres de la communauté (cf. l'exemple de participation communautaire cité dans l'Etape 3, Chapitre 4).

La participation équitable favorise :

- l'écoute des femmes et des autres groupes marginalisés et leur intégration à la prise des décisions relative à leur santé de la reproduction ;
- l'inclusion sociale généralisée de tout un éventail de parties prenantes ;
- un sentiment de partage des responsabilités et de la prise en charge locale du projet par les participants ;
- la souplesse et la réceptivité de la part du personnel vis-à-vis des connaissances, de l'intérêt et des préoccupations des participants.

L'encouragement de relations équitables

Le déséquilibre des relations de puissance entre partenaires sexuels, entre membres d'une communauté et entre clients et prestataires, entrave souvent l'accès des femmes et des hommes aux services de haute qualité en matière de SR et de VIH/SIDA. Le programme d'action de la CIPD et le mouvement en faveur de la santé des femmes nous ont montré que la présence d'un ensemble de conditions économiques et sociales propices était nécessaire à une bonne santé de la reproduction ; une stratégie pour y parvenir consiste à mettre l'accent sur les relations. La façon dont les gens se situent les uns par rapport aux autres peut aider à déterminer comment les femmes et les hommes définissent leurs besoins en matière de santé et comment ils agissent en conséquence. En examinant les relations et en pensant aux moyens de favoriser des partenariats équitables, on peut encourager l'autonomisation au sein même des programmes de SR et de VIH/SIDA.

Il est tout aussi important d'examiner les relations de genre entre les prestataires de services et leurs superviseurs que celles qui existent entre les prestataires et leurs clients. L'examen des programmes qui intègrent le genre révèle que ces programmes, en collaboration avec les bénéficiaires, s'efforcent de définir les compétences et les informations dont les clients ont besoin pour communiquer leurs préoccupations et leurs besoins aux prestataires. En outre, ces programmes travaillent avec les prestataires pour cerner les compétences qui leur permettraient d'avoir des relations plus ouvertes avec leurs clients et de créer les conditions nécessaires à l'existence d'un environnement positif (cf. les exemples de la renégociation du pouvoir cités aux Etapes 1 et 3, Chapitre 4).

L'encouragement de relations équitables permet :

- une meilleure communication et une prise de décisions plus équitable entre partenaires sexuels ;
- amélioration de la communication entre clients et prestataires des services de santé ;
- amélioration des conditions de travail des prestataires, indépendamment de leur position et de leur niveau de formation ;
- rehaussement de la qualité et utilisation accrue des services.

Plaidoyer

Les programmes qui intègrent le genre incorporent des processus qui donnent aux femmes, aux jeunes et aux hommes, dans tous les segments de la société, les moyens de plaider leurs droits. Ces programmes créent un environnement propice à la modification des comportements, des normes communautaires et des politiques régionales et nationales. Les activités de plaidoyer aident les participants à évaluer et à renégocier leurs relations vis-à-vis des prestataires de services ainsi qu'à se doter des compétences nécessaires en matière d'organisation et de négociation afin qu'ils puissent faire valoir leurs besoins auprès des décideurs. Clients et prestataires gagneraient peut-être à suivre une formation pour apprendre à plaider en faveur de services de qualité, à forger des relations avec les organisations sanitaires et à organiser les membres de la communauté afin de les amener à renégocier les relations de genre qui ont un effet négatif sur les comportements liés à la santé (cf. l'exemple des approches en matière de plaidoyer citées aux Etapes 1, 3, 4 et 6 du Chapitre 4).

Les activités de plaidoyer aident à :

- autonomiser les femmes, les jeunes et les hommes dans les négociations avec les prestataires de services et les décideurs ;
- informer les bénéficiaires sur leurs droits ;

- développer les compétences des participants sur le plan de l'organisation, de l'art de parler en public et du lobbyisme ;
- renforcer la capacité des participants d'articuler et de promouvoir leurs droits dans des sphères publiques ;
- promouvoir le dialogue entre un large éventail de parties prenantes et de décideurs.

Création de coalitions

La création de coalitions constitue un pas de plus en avant. Les coalitions permettent à des groupes divers, en particulier ceux qui sont traditionnellement marginalisés en matière de participation politique, de faire cause commune et de poursuivre systématiquement un ensemble ciblé de mesures à l'appui d'un objectif spécifique. Les démarches des coalitions revêtent un caractère stratégique et elles ont pour but d'atteindre les décideurs en vue de la modification des aspects programmatiques ou des politiques spécifiques. La création de coalitions est une façon efficace de représenter les femmes et les autres populations désautonomisées ou marginalisées et de leur donner voix au chapitre, ce qui leur permet de participer directement à la vie politique. La tâche délicate de la formation d'un consensus entre des groupes divers exige le libre échange des idées, des relations équitables entre les participants sans considération de genre et la focalisation sur un tronc commun d'objectifs. A terme, le processus vise à renforcer la position des groupes sous-représentés sur la scène politique, tels les minorités ethniques, les jeunes gens et les jeunes femmes, pour qu'ils puissent faire valoir leurs intérêts en matière de soins de santé, en public comme en privé (cf. l'exemple de projets à l'appui de la création de coalitions qui sont cités aux Etapes 1, 3 et 4 du Chapitre 4).

La création de coalitions encourage :

- l'établissement de liens, autour d'intérêts communs, parmi différents groupes de la société civile ;
- un processus d'élaboration d'un consensus parmi divers groupes et de communication aux décideurs des intérêts communs de ces groupes ;
- l'adoption de politiques et de programmes responsables et sensibles à l'intérêt collectif.

Couplages multisectoriels

Une démarche multisectorielle encourage la synergie²¹ entre les différents secteurs, en conjuguant souvent les services de santé à des interventions axées sur l'autonomisation économique des femmes, l'alphabétisme, la participation politique et la mobilité. Par le biais d'une approche multisectorielle, on peut s'attaquer à de nombreux obstacles responsables de la désautonomisation des femmes et aux facteurs complexes d'une mauvaise santé de la reproduction. Pour créer les conditions propices au changement, un projet qui intègre la notion de genre doit posséder une bonne compréhension contextuelle de l'environnement dans lequel il compte agir. En outre, il doit évaluer les contraintes essentielles d'une situation particulière, comprendre le meilleur moyen d'y faire face et déterminer la façon de construire des couplages efficaces (cf. l'exemple de projets comportant des couplages multisectoriels qui sont cités aux Etapes 1, 3, 5 et 6, Chapitre 4).²²

Les couplages multisectoriels encouragent :

- l'attention portée au contexte et à l'environnement dans lesquels le projet se déroule ;
- l'attention portée aux aspects multidimensionnels de la dynamique du pouvoir qui empêchent les femmes d'accéder aux ressources et aux services ;
- la synergie entre les différents types d'interventions, par exemple entre les soins de santé et l'éducation, et les activités rémunératrices.

Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus

Les relations de genre dépassent le cadre de la cellule familiale et elles s'étendent à de nombreux contextes sociaux, tels la famille élargie, les groupes communautaires et, par-delà la communauté, aux relations avec les services de santé, les employeurs et les chefs politiques. Les projets qui intègrent le genre permettent aux individus de négocier les nouvelles informations et les comportements relativement aux normes existantes dans divers contextes sociaux. L'expérience nous a appris que les femmes qui bénéficient de l'appui d'organisations sociales (groupes communautaires, religieux, politiques et familiaux, etc.) sont plus susceptibles de modifier leurs stratégies personnelles en matière de SR et de VIH/SIDA que les personnes qui ne participent pas activement à des organisations féminines. Des conclusions similaires commencent à se dégager quant à l'importance des organisations capables d'amener les adolescents et les hommes à changer d'attitude et de comportement. Les activités de plaidoyer par le biais de groupes sociaux et de leurs dirigeants peuvent assurer la création d'un contexte favorable au changement des valeurs et des normes, les individus pouvant alors prendre de nouvelles décisions en ce qui concerne leur comportement.

²¹ Ce terme s'applique aux effets positifs qui associent l'action réciproque d'au moins deux types d'interventions. Par exemple, les activités qui accroissent le revenu d'un ménage peuvent aussi améliorer la santé des membres de la famille en éliminant un obstacle économique à l'accès aux soins de santé. En retour, l'amélioration de la santé des membres de la famille peut accroître le revenu en diminuant les absences sur le lieu de travail pour cause de maladie.

²² Pour une discussion des incidences des approches multisectorielles sur le genre et la santé de la reproduction, cf. I. Syed Hashemi, Sidney Schuler, and Ann P. Riley, "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh," *World Development* 24, no. 1 (1996) 45-63.

Les projets qui encouragent l'appui de la communauté au choix des individus en matière de reproduction et à la prise de décisions dans ce domaine s'intéressent d'abord à l'image que se font les femmes et les hommes de leur corps, de leur sexualité, de leur santé et de leurs priorités. Les projets axés sur le genre introduisent de nouvelles connaissances en offrant des explications et des solutions de rechange à des problèmes auto-identifiés. Si elle a pour objectif d'aider les individus à adopter des pratiques positives en matière de santé, cette approche reconnaît l'importance qu'il y a d'influencer les normes sociales et de fournir un appui social en faveur du changement du comportement des individus. Par le biais du dialogue entre les éducateurs sanitaires et les membres du groupe, le groupe est en mesure d'évaluer et de formuler de nouvelles visions et approches en matière de SR et de relations de genre, ce qui permet aux individus de faire des choix indépendants et éclairés et de modifier certains aspects de leur vie (cf. les exemples d'appui de la communauté au choix individuel qui sont cités aux Etapes 1,3 et 6 du Chapitre 4).

L'appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus encourage :

- de nouvelles approches en matière d'IEC/de changement de comportement qui soient respectueuses des croyances des participants et qui leur fournissent des connaissances parallèles afin qu'ils comprennent le fonctionnement de leur corps et des mécanismes de la reproduction ;
- la reconnaissance de l'hétérogénéité des communautés et de la diversité des vues des individus et des groupes de la communauté ;
- le soutien des individus pour qu'ils négocient de nouvelles informations et de nouveaux comportements en fonction des normes de la communauté.

Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre

L'attachement des institutions à l'équité/l'égalité des genres garantit que l'intégration du genre dans les programmes se verra accorder un haut rang de priorité à tous les niveaux de l'administration des programmes. Les programmes intégrés relativement au genre tiennent compte des déséquilibres sexospécifiques au sein de la structure institutionnelle, des postes de direction et de la gestion des programmes. Les responsables sont soucieux des questions d'équité/d'égalité des genres en ce qui concerne la composition du personnel, les possibilités de promotion, les salaires et les prestations d'emploi, et ils veillent à ce que les autres politiques et la culture de l'institution dans son ensemble appuient l'égalité des chances, la participation et la prise de décisions.²³

L'engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre se traduit par :

- des politiques équitables à l'appui de l'égalité des chances pour les femmes et pour les hommes en matière de promotion et de rémunération, à travail comparable ;
- le partage des responsabilités et des postes de commandement entre tous les membres du personnel en ce qui concerne la conception et l'exécution de programmes équitables quant au genre ;
- un environnement sans discrimination et respectueux de la diversité des styles de travail et de gestion ;
- l'investissement dans les analyses de genre, la planification et la formation ;
- l'inclusion de critères d'intégration du genre dans les évaluations du rendement au travail.

²³ Le lecteur qui a besoin d'un guide sur la façon d'effectuer un audit institutionnel de genre peut consulter Patricia Morris, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 2001).

EXERCICE 1

Les organisations pourraient remplir la matrice ci-après pour faire le point de leur situation en ce qui concerne l'intégration des principes directeurs et des éléments afférents dans leurs programmes. C'est un bon point de départ à des discussions sur la façon dont les institutions peuvent procéder en la matière.

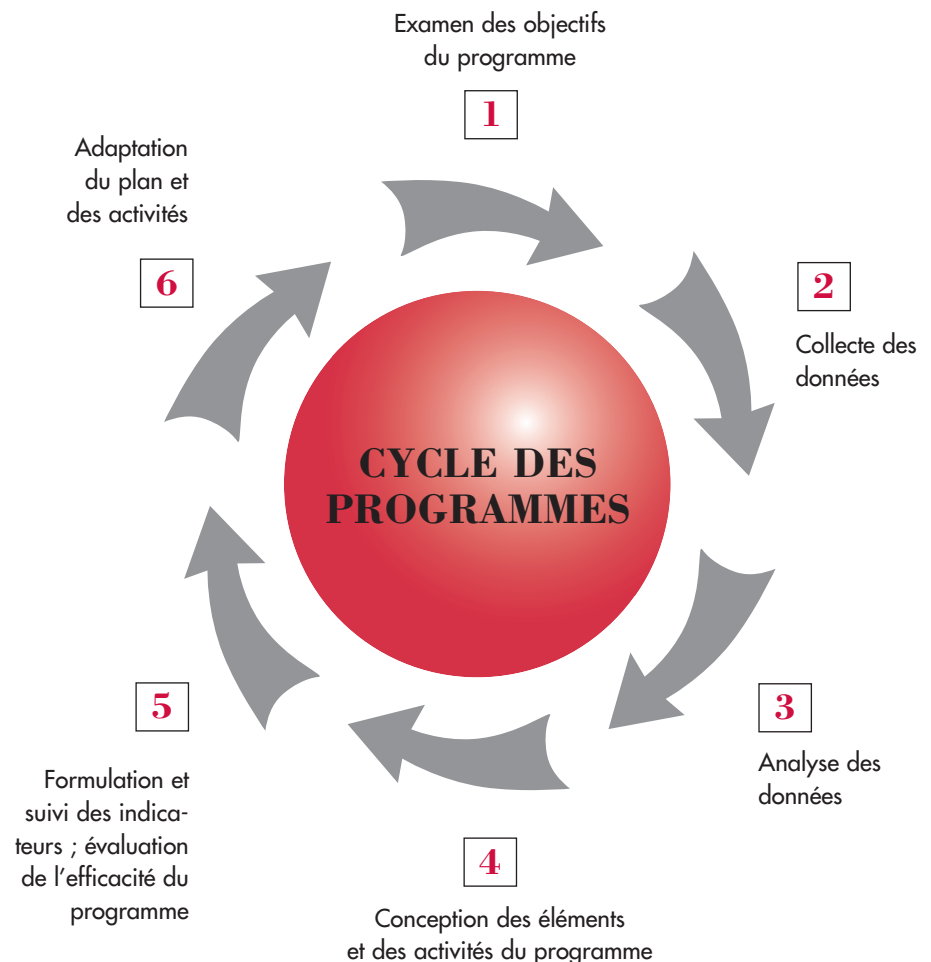
IDENTIFICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS ET DES ÉLÉMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DU GENRE

Principes	Présents dans ce projet (donner un exemple)	Absents dans ce projet
<ol style="list-style-type: none">1. Travailler dans le cadre de partenariats locaux2. Appuyer la diversité et le respect3. Encourager la responsabilisation4. Promouvoir le respect des droits des individus et des groupes5. Autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés		
Éléments	Présents dans ce projet (donner un exemple)	Absents dans ce projet
<ol style="list-style-type: none">1. Objectifs spécifiques d'équité/d'égalité des genres et indicateurs de performance2. Participation équitable et engagement à tous les niveaux3. Encouragement de relations équitables4. Plaidoyer5. Création de coalitions6. Couplages multisectoriels7. Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus8. Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre		

INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES

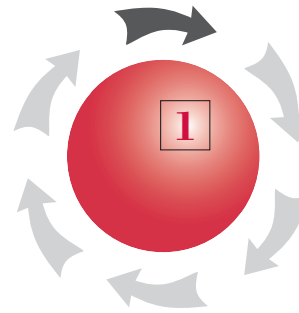
L'intégration de la dimension de genre dans les programmes comporte une série d'étapes séquentielles et itératives. La conception d'un programme intégré quant au genre se caractérise par sa souplesse et par sa réceptivité à la rétro-information sur les progrès enregistrés et les problèmes rencontrés. Elle est également sensible aux changements observés en matière de relations interpersonnelles, de ressources et d'accès à l'information. Le Chapitre 4 présente des exemples tirés de programmes réels qui ont su intégrer la perspective ou des éléments de genre à la conception, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation. Des études de cas illustrent la façon dont ces programmes ont répondu à un échantillonnage de questions basées sur le genre à diverses étapes du cycle des programmes. En outre, elles mettent en relief les divers éléments de genre qui faisaient partie de l'approche intégrée adoptée par chaque programme. Chaque étude de cas est présentée à titre d'illustration seulement ; il ne faut pas y voir l'analyse complète des résultats du programme. Nous proposons à la fin de ce chapitre une matrice qui fait le point des diverses étapes de l'intégration du genre.

Alors que les étapes définies dans le présent chapitre mettent en relief des questions et des actions ponctuelles en matière d'intégration du genre aux programmes, elles s'insèrent dans le cadre global de la conception et de l'exécution d'un programme. Il ne s'agit pas de les appliquer à part.



LES ETAPES A SUIVRE PAR LES PROGRAMMES POUR INTEGRER LA DIMENSION DE GENRE

- 1. Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.**
- 2. Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.**
- 3. Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.**
- 4. Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre ;**
- 5. Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre ;**
- 6. Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.**



ETAPE 1 : Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.

Examiner les objectifs

Examiner les objectifs généraux du programme à la lumière des relations, des rôles et des identités de genre observés parmi les participants. Y a-t-il des aspects des objectifs, abstraits ou concrets, qui seront affectés par les relations, les rôles ou les identités de genre à l'échelon local ? La conception d'activités qui favorisent l'intégration du genre aux programmes commence par l'identification des participants et des parties prenantes.

Pour évaluer à fond les besoins et les priorités des participants, il faut recueillir des informations auprès d'un vaste échantillon représentatif de participants et de groupes d'intérêt potentiels, dont des hommes et des femmes de tous âges, issus de groupes ethniques et de milieux socio-économiques divers. Les différences sociales et économiques parmi ces groupes affecteront probablement l'accès et le recours à l'information et aux services. Par exemple, si l'information en matière de santé n'est pas adéquatement adaptée à la diversité des intérêts et du niveau d'instruction des femmes, des hommes, et des adolescents des deux sexes, ces groupes s'abstiendront peut-être d'accéder aux services. Les responsables de programmes et le personnel technique gageront à se poser les questions suivantes :

- Qui sont les participants directs du programme ? Ont-ils contribué à définir les objectifs et à concevoir les activités du programme ?
- Y a-t-il d'autres parties prenantes qui pourraient plaider en faveur du programme, ou au contraire s'y opposer ? Ont-elles été consultées ?
- Le personnel du programme a-t-il tenu compte de la façon dont les différences sur le plan du sexe, de l'âge, du milieu socio-économique et de l'ethnicité des participants et des parties prenantes pourraient affecter leur capacité d'exprimer leur opinion, de prendre des décisions ou d'accéder à l'information et aux services ?
- Quels sont les rôles et les responsabilités des femmes et des hommes qui affecteront les résultats du programme et la distribution de ses bienfaits ? Les femmes et les hommes contrôlent-ils des types et des niveaux de ressources différents ? Ont-ils chacun des besoins, des désirs, des intérêts et des capacités qui leur permettent de prendre des décisions et d'exprimer des opinions ?
- Certains des éléments du programme seront-ils affectés par les relations, les rôles ou les identités de genre à l'échelon local ?
- Quels sont les tabous ou les obstacles sociaux, juridiques ou culturels qui pourraient empêcher les femmes ou les hommes (ou les adolescents des deux sexes) de participer au projet ?

Formuler des objectifs intermédiaires

Quand on élabore un programme, il serait utile de formuler des objectifs intermédiaires qui tiennent spécifiquement compte des contraintes liées au genre susceptibles d'entraver la réalisation des objectifs stratégiques. Par exemple :

- Si les femmes ont du mal à solliciter des soins prénatals, faute de temps, il faut se fixer un objectif intermédiaire qui tienne compte des contraintes à l'accès liées au genre. On peut ainsi envisager de créer ou de renforcer des services satellites dans des endroits proches de ceux que fréquentent les femmes dans le cadre d'autres activités, c'est-à-dire près de leur lieu de travail ou dans des unités mobiles qui sillonnent les marchés et les communautés, par exemple.
- Si les services d'extension à l'intention des hommes et des adolescents de sexe masculin sont nécessaires pour obtenir leur appui et favoriser l'accès des adolescentes à l'information et aux services de santé de la reproduction (y compris en ce qui concerne les conseils sur l'accès à la planification familiale ou le fait de retarder l'âge de l'initiation sexuelle), il s'avérera peut-être nécessaire de fixer comme objectif intermédiaire « la participation accrue des hommes et des adolescents de sexe masculin aux activités éducatives en matière de SR et de VIH/SIDA ».
- Si les politiques présentent des contraintes liées au genre, par exemple le fait d'exiger le consentement du conjoint pour certaines formes de contraception ou pour le dépistage d'IST, on pourrait envisager un objectif intermédiaire qui porterait sur l'élimination des contraintes en encourageant la modification tant du cadre législatif et réglementaire que de la formation des prestataires des services de santé.

Évaluer la faisabilité

Comme le temps et les ressources lui font souvent défaut, le personnel des programmes, fort de la participation active des participants et de leur communauté, devrait examiner la faisabilité des objectifs à la lumière des ressources financières, humaines et techniques à sa disposition.

Évaluer la faisabilité d'un objectif

- Quelles étapes intermédiaires qui tiennent compte des différences de genre seront-elles à même d'améliorer l'efficacité du programme et de contribuer à une distribution plus équitable de ses bienfaits ?
- Quelles ressources ces étapes nécessitent-elles ? Quels types d'organisations possède les connaissances et les compétences techniques en matière de genre qui sont nécessaires pour aider le programme à parvenir à des résultats équitables dans ce domaine ?
- Qui contrôle les ressources du programme ? Est-il probable que des ressources seront allouées pour corriger les contraintes liées au genre par le biais d'objectifs et d'activités intermédiaires ? Qui faut-il influencer et de quelle manière ?
- Quelles tâches (officielles et officieuses) sont essentielles pour atteindre les résultats escomptés ? Quelles sont celles qui sont accomplies par les femmes et celles qui sont accomplies par les hommes ? Est-ce que la division du travail selon le genre parmi le personnel du programme, les prestataires des services ou les agents publics risque d'affecter la capacité du projet de parvenir à une plus grande équité/égalité des genres dans le cadre du programme ?

ORGANISME D'EXECUTION

En septembre 1995, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a conclu un accord de coopération avec l'ONG féministe péruvienne *Movimiento Manuela Ramos* en vertu duquel cette dernière a été chargée d'exécuter un projet de santé de la reproduction au niveau communautaire, connu sous le nom de ReproSalud.

PROBLEME A RESOUDRE

La progression notable, au niveau national, du recours aux services de santé de la reproduction et de la prévalence des contraceptifs, de même que le recul de la fécondité, ne se sont pas vraiment fait sentir en milieu rural. Les modalités classiques de la prestation des services ne tiennent pas suffisamment compte des obstacles structurels — notamment sociaux, culturels et sexospécifiques — auxquels se heurtent les Péruviens et les Péruviennes des zones rurales pauvres. Faute d'accès à l'information et aux soins, il leur est difficile de faire des choix éclairés en matière de SR. Le projet ReproSalud a été conçu précisément pour faire face aux obstacles structurels les plus critiques en la matière, dont l'inégalité des genres, la divergence des conceptions culturelles de la santé et de la physiologie de la part des clients et des prestataires, les préjugés ethniques et de classe et la pauvreté.

OBJECTIFS

Par le biais d'une méthodologie novatrice et intersectorielle, ReproSalud se propose :

- d'améliorer la santé de la reproduction des Péruviennes en milieu rural et péri-urbain ;
- de satisfaire simultanément les besoins pratiques des femmes et leurs intérêts stratégiques liés au genre.

A cette fin, le projet s'emploie :

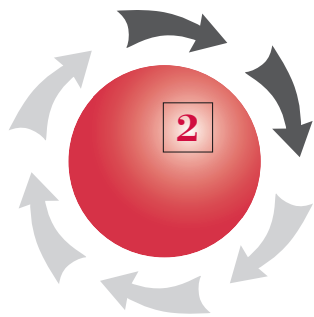
- à accroître l'utilisation par les femmes des mesures et des services prophylactiques en matière de SR et de VIH/SIDA ;
- à faire activement participer les femmes à l'identification, au classement par rang de priorité et au règlement de leurs problèmes liés à la SR ainsi qu'à la détermination et à la négociation des conditions dans lesquels sont dispensés les services en matière de SR et de VIH/SIDA ;
- à veiller à ce que le système de santé publique incorpore les perspectives des femmes à la prestation des soins et qu'il institutionnalise la participation de celles-ci à la conception et à l'exécution des services du ministère de la Santé afin que les services de santé soient plus à même de répondre aux besoins des femmes.

²⁴ Cette section a été rédigée à partir des rapports suivants : Amalia Alberti, Deborah Caro et al., *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTECH Project, 1998); Anna-Britt Coe, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, 2001); Susana Galdos and Barbara Feringa, "Two Years on the Ground: ReproSalud through Women's Eyes," (rapport présenté à l'USAID/Pérou 1999); Judith Bruce and Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000) (www.popcouncil.org).

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 1 : L'EXEMPLE DE « REPROSALUD, PEROU »

QUESTIONS INDICATIVES	REponses DU PROJET
<i>Qui sont les participants directs du projet ?</i>	Les participants directs du projet sont les Péruviennes en milieu rural et péri-urbain. Le projet a été conçu de manière à mobiliser les organisations à base communautaire ; à identifier, à classer par rang de priorité et à formuler des solutions aux problèmes qui se posent en matière de SR et de VIH/SIDA. Les femmes participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des sous-projets par le biais de plusieurs mécanismes participatifs.
<i>Les participants potentiels ont-ils contribué à définir les objectifs et à concevoir les activités ?</i>	Le projet a traité les femmes comme des participantes essentielles et il a sollicité d'emblée leurs idées sur les moyens d'influencer les parties prenantes, y compris les prestataires des services de santé à l'échelon local et les autorités locales, en vue de l'amélioration des services. Le projet part du principe selon lequel les femmes, une fois qu'elles auront cerné leurs options de réponse à leurs principales préoccupations en matière de SR et de VIH/SIDA, informeront les dirigeants communautaires et régionaux en vue de les amener à appuyer la tenue de discussions avec les autorités sanitaires régionales sur les moyens d'améliorer la qualité des services.
<i>Y a-t-il d'autres parties prenantes qui pourraient plaider en faveur du programme, ou au contraire s'y opposer ? Ont-elles été consultées ?</i>	Lors des premières étapes de ces consultations, les femmes ont fait part aux coordonnateurs du projet de leur désir de faire participer leurs partenaires masculins dès le début du processus éducatif. Elles ont persuadé les concepteurs du projet que, si les hommes recevaient la même information que les femmes, tous réussiraient d'autant mieux à faire passer leurs messages auprès des autorités locales.
<i>Le personnel du programme a-t-il tenu compte de la façon dont les différences sur le plan du sexe, de l'âge, du milieu socio-économique et de l'ethnicité des participants et des parties prenantes pourraient affecter leur capacité d'exprimer leur opinion, de prendre des décisions ou d'accéder à l'information et aux services ?</i>	D'emblée, l'équipe de ReproSalud a échangé des idées avec les participantes au sujet des informations biomédicales ainsi que des croyances et des pratiques locales, dans la perspective de la culture, du genre et de l'âge. Pour mieux comprendre les variations dans les croyances et les pratiques, le projet a complété les informations recueillies dans le cadre des exercices d'autodiagnostic par un certain nombre d'études anthropologiques menées dans diverses régions du Pérou. Il a été utile aux participantes aussi bien qu'à l'équipe du projet de mieux comprendre les termes employés par les femmes pour parler de leur physiologie et de leurs problèmes de santé. A partir de ces interactions, il a été possible de formuler un langage commun propre à améliorer la communication entre les éducateurs sanitaires et les participantes ainsi qu'entre les prestataires et leurs clientes. Une étude a comparé les concepts de la qualité des soins que se font les prestataires des services de santé et leurs clientes. Elle visait à : <ul style="list-style-type: none"> • identifier les modèles conceptuels de la qualité du point de vue de divers groupes de femmes et des prestataires ; • cerner les points de divergence et de convergence des divers modèles conceptuels pour trouver les stratégies propres à répondre aux besoins des femmes tout en restant dans les limites des politiques nationales en matière de santé ; • analyser la prise des décisions dans les établissements de soins afin de mieux comprendre les contraintes et les possibilités qui existent dans chacun d'entre eux ; • comprendre comment les variations locales des besoins et des priorités sont perçues d'une part par les femmes, et d'autre part à travers les politiques nationales ; • suggérer des priorités régionales.

ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Des groupes de femmes en milieu rural et péri-urbain ont joué des sketches qui avaient pour thème leurs préoccupations les plus pressantes en matière de santé de la reproduction. Comme le projet mettait en valeur les partenariats avec les groupes de femmes, l'équipe du projet a sélectionné ceux qui démontraient leur cohésion et leur sens de la collaboration. • Les représentantes sélectionnées des organisations à base communautaire ont participé, pendant 3 ou 4 jours, à un processus d'autodiagnostic, lequel leur a permis d'explorer les questions qui affectent les femmes de tout âge. Après avoir échangé avec les coordonnateurs du projet des informations sur les croyances et les pratiques en matière de santé, les participantes ont classé leurs préoccupations liées à la SR par rang de priorité et elles ont choisi de concentrer leurs activités d'éducation de la communauté sur les questions les plus critiques. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Plaidoyer</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • En formant d'emblée des partenariats avec les femmes et en se mettant à leur écoute, le projet s'est rallié à la suggestion des femmes concernant l'organisation de comités régionaux de coordination, composés de femmes, d'hommes et de dirigeants communautaires et régionaux, afin de discuter avec les responsables sanitaires les moyens de rendre les services de santé plus sensibles aux besoins et aux désirs des communautés. L'action des coalitions s'est révélée plus efficace que celle des femmes agissant seules pour ce qui est d'inciter les prestataires à opérer des changements. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Plaidoyer</p> <p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes voulaient modifier les attitudes et les comportements des hommes qu'elles identifiaient comme étant des obstacles à l'amélioration de leur santé. • Le partage des informations encourageait le respect des droits des femmes et des hommes en matière de reproduction et il contribuait à modifier les déséquilibres de pouvoir dans les relations de couple. • Quand leur participation se faisait selon les modalités définies par les femmes, les hommes se révélaient de solides alliés capables de rallier le soutien des responsables gouvernementaux à l'échelon tant local que régional et de persuader les prestataires des services de santé de se montrer plus sensibles aux besoins des femmes en matière de SR. 	<p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Création de coalitions</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les études ont démontré la difficulté qu'il y a de concilier les modèles conceptuels des utilisatrices et ceux des prestataires, mais il existe des points de convergence à partir desquels on peut commencer. Les informations sur la diversité des croyances servent de base au dialogue et à la traduction dans l'ensemble des différents systèmes. En outre, le fait d'exprimer ces différences permet aux femmes et aux prestataires des services de santé de chercher à les atténuer : il n'est plus question qu'une partie se contente de réagir à l'intransigeance de l'autre. • Le projet a constaté que les prestataires et les femmes n'avaient pas les mêmes idées sur la qualité. Les coordonnateurs du projet se sont rendu compte qu'ils avaient des informations incomplètes sur le sens que les diverses parties prenantes attachaient à la qualité ; dès lors, ils ont entrepris une étude en vue de comprendre ce que la qualité des soins signifiait et pour les prestataires et pour les utilisatrices. 	<p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>



ETAPE 2 : Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.

Axer la collecte des données sur les objectifs du programme

Le point de départ de toute recherche visant à une analyse de genre consiste à recueillir des données qui sont ventilées par sexe et liées aux objectifs du programme. Quelle sorte d'information l'équipe du programme a-t-elle besoin de recueillir pour comprendre comment les rôles et les identités de genre sont définis au sein d'une société donnée et comment ils varient en fonction des tranches d'âge, de la classe et de l'ethnicité ? Quand un programme concerne la politique en matière de SR et de VIH/SIDA, les données pertinentes axées sur les objectifs du projet vont inclure les points suivants :

- Qui participe activement à la vie de la communauté et au gouvernement local et comment les divers groupes et individus (données ventilées par sexe) de la localité participent-ils à la formulation de la politique régionale et nationale ?
- Quelles sont les questions qui sont discutées dans les forums grand public et qui peut les inscrire à l'ordre du jour ? Quels rôles les hommes, les femmes et les adolescents des deux sexes jouent-ils dans ces enceintes publiques ?
- Comment l'information est-elle communiquée des forums grand public aux groupes et aux individus qui ne sont pas présents ? Qui a accès à divers médias (données ventilées par sexe) ?

L'information est souvent disponible par le biais du recensement national et des enquêtes nationales ou encore dans des rapports de recherche, certains rendus publics et d'autres non. A l'occasion, il s'avère nécessaire de collecter des données primaires en utilisant des techniques d'enquêtes ou de recherche participative.²⁵ Les données recueillies par des méthodes tant quantitatives que qualitatives, et à divers niveaux (au niveau individuel, du ménage, de la communauté, régional et national) fournissent une base d'informations plus solide pour prendre des décisions sur les moyens les plus efficaces d'intégrer les considérations de genre aux programmes.

Qui prend part à la collecte des données ?

La façon dont les personnes chargées de l'exécution du programme font intervenir les diverses parties prenantes et les participants à la collecte des données affectera la qualité des informations recueillies et elle aura des conséquences sur la planification du programme. Il existe plusieurs méthodes d'analyse de genre concernant la collecte et l'analyse d'informations sur les rôles de genre, la prise de décisions et la maîtrise des ressources. La plupart du temps, il s'agit de variations sur les méthodes de recherche quantitative et qualitative (enquêtes, méthodes d'évaluation rapide, groupes de discussion dirigée) qui incluent des questions spécifiques sur les activités, les rôles, les atouts, la prise de décisions et les responsabilités tant des hommes que des femmes (cf. les références citées à l'Appendice 3, à la rubrique « Autres manuels de planification du genre », pour un complément d'information sur ces méthodes).

Le recours aux méthodes de recherche participative accroît la mobilisation des participants et des diverses parties prenantes au processus de

²⁵ Si c'est par la participation directe des individus et des groupes qu'il est le plus facile de discerner les besoins des participants et les intérêts des parties prenantes, c'est en analysant les données micro- et macroéconomiques, et les statistiques nationales sur le développement social, les unes et les autres ventilées par sexe, que le personnel du programme peut tirer des conclusions importantes sur les principales différences liées au genre. Les informations sur la participation de la main-d'œuvre et la segmentation, les revenus, le taux de pauvreté, le niveau de scolarisation, l'état de santé, la situation juridique, l'accès au système judiciaire et la participation politique des femmes, relativement aux hommes, pour ne citer que quelques exemples, fournissent des indicateurs nationaux des inégalités liées au genre dont l'équipe du projet doit tenir compte dans la formulation des objectifs et des activités.

Instruments d'enquêtes

Une enquête qui est construite de manière à solliciter des informations auprès de participants des deux sexes — y compris en ce qui concerne leurs priorités et leurs intérêts, la façon dont ils passent le temps, leurs réseaux personnels et leurs ressources matérielles, sociales et cognitives — donnera au personnel du programme une image plus précise de la dynamique sociale de la région ainsi

la recherche. L'engagement actif des participants donne à ces derniers l'occasion d'exprimer leurs besoins et leurs aspirations, de contribuer à l'analyse des causes de leurs problèmes de santé et de leurs préoccupations et de jouer un rôle dans la formulation de solutions durables.

Les groupes de discussion dirigée et autres méthodes participatives constituent un moyen efficace d'évaluer l'éventail des croyances, des attitudes, des intérêts et des priorités à l'échelon local, en particulier en fonction du genre, de la condition socio-économique, des tranches d'âge

Groupes de discussion dirigée

L'équipe du projet est tenue de veiller à ce que les personnes qui dirigent les groupes de discussion organisent les participants et leur posent des questions de manière à solliciter diverses perspectives, y compris de la part de personnes désautonomisées dans le contexte socioculturel particulier à l'étude. Être sensible aux questions de genre ne veut pas dire que l'on peut se contenter d'inclure des hommes et des femmes dans le processus de collecte des informations. Il faut se demander :

- s'il est préférable d'interroger les hommes et les femmes dans des groupes séparés ou dans des groupes mixtes ;
- si les groupements par âge, homogènes ou hétérogènes, affecteront les réponses des participants ;

qu'une base plus solide de planification du programme. Le personnel doit inclure des hommes et des femmes (jeunes et moins jeunes) dans l'enquête, ce qui doit être conçue de façon à faire ressortir les facteurs liés au genre, tels la prise de décisions, le contrôle des ressources et la participation politique. Les questions doivent être formulées en tenant compte du niveau d'instruction et du niveau linguistique des divers répondants.

et de l'ethnicité. Les groupes de discussion dirigée sont utiles pour obtenir une rétroinformation sur la satisfaction de la clientèle, l'efficacité des campagnes d'IEC et l'acceptabilité de nouvelles méthodes de contraception.

Evaluer la qualité des informations recueillies

Avant de commencer la collecte des données, il est utile de s'interroger sur la présence de facteurs sociaux susceptibles d'entraver la participation d'individus ou de groupes à la recherche. Par exemple :

- si la langue parlée affectera la participation, au cas où certains participants ne la parleraient pas couramment.

Dans certains cas, les groupes de discussion dirigée qui réunissent des hommes et des femmes, des jeunes et des moins jeunes, et des personnes issues de milieux ethniques variés produisent des informations qui représentent uniquement la perspective des groupes les plus puissants. Dans certains contextes culturels, par exemple, les femmes sont peut-être gênées de contredire les hommes en public. De même, dans certains groupes sexospécifiques, une jeune fille pourrait juger mal séant de prendre le contrepied de la position de sa mère. Si des femmes ou des personnes âgées ne savent pas très bien lire ni écrire dans une langue nationale, elles n'oseront peut-être pas prendre la parole.

- La mobilité limitée des femmes en dehors du foyer va-t-elle restreindre leur participation aux groupes de discussion dirigée ?
- La nécessité d'obtenir le consentement de son époux avant de participer à un entretien va-t-elle affecter la confidentialité des informations fournies par une femme ?
- Les femmes vont-elles accepter de participer à la recherche si cette dernière a été autorisée exclusivement par des dirigeants communautaires de sexe masculin ?
- Les participants à la recherche s'exposent-ils à des conséquences négatives potentielles ?

Lorsqu'elles obtiennent le consentement éclairé des participants avant de mener un programme de recherche, les personnes chargées de son exécution sont d'autant plus susceptibles de cerner très tôt les contraintes sexospécifiques qui présentent un obstacle à la participation et d'y faire face.

La qualité de l'information recueillie va directement influencer la conception du programme et ses résultats. Certains points pourraient rester dans l'ombre si les parties prenantes n'interrogent pas les hommes et les femmes de manière adéquate lors des analyses et des évaluations des besoins. Par exemple :

- Les femmes pourraient hésiter à solliciter des services de diagnostic d'IST ou à partager des informations avec des partenaires masculins si elles risquent des violences physiques ou d'autres formes de représailles.
- Les hommes pourraient refuser de recourir aux services de santé aux fins de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles si ces services concernent principalement les besoins des femmes en matière de reproduction.

Il est important de formuler des questions capables de dégager des informations, dans des contextes spécifiques, que les répondants ne donneraient probablement pas d'eux-mêmes. En outre, la formulation des questions, la terminologie, les catégories retenues et le choix des lieux de réunion affectent la qualité de l'information donnée relative aux relations

entre les genres. Dès lors, si l'on veut obtenir des renseignements sur le travail des femmes, par exemple, il pourrait s'avérer nécessaire de poser des questions directes au sujet de tâches spécifiques ou de la façon dont les femmes occupent leur temps. De même, les tiers qui tirent des conclusions à partir de l'observation d'activités locales pourraient être prédisposés, de par leur culture et leur expérience, à voir ce que font et ce que savent les hommes du village, mais à négliger l'éventail des activités et des connaissances des femmes. Les chercheurs peuvent limiter ce type d'omissions et de distorsions en examinant le parti-pris, les hypothèses et les stéréotypes qu'ils pourraient inconsciemment nourrir. L'information obtenue sur les questions de genre a d'autant plus de chance d'être de qualité que les chercheurs auront tenu compte du type de situations dans lesquelles femmes et hommes pourront s'exprimer librement.

- Se sentiront-ils plus à l'aise de répondre à un questionnaire que de participer à des groupes de discussion dirigée ou de se soumettre à des méthodes participatives ou qualitatives ?
- Les hommes et les femmes sont-ils plus disposés à répondre aux questions quand ils sont interrogés à titre individuel ou en groupe ?
- Est-ce qu'on obtient les mêmes résultats selon que l'on confie aux hommes ou aux femmes (d'une certaine tranche d'âge, d'une classe donnée ou d'une ethnicité particulière) le soin de réaliser une enquête ou de faciliter une discussion dirigée ?
- Les discussions doivent-elles avoir lieu dans des lieux publics ou au foyer ?
- La langue parlée dans le cadre des entretiens ou des enquêtes affecte-t-elle différemment les réponses données par les hommes et par les femmes ?
- Faut-il interroger les femmes et les hommes ensemble ou séparément ?

Les réponses à ces questions varieront en fonction de l'âge, de l'ethnicité et de la situation économique des personnes interrogées (cf. « Manuels sur le genre et la santé de la reproduction », à l'Appendice 3, pour avoir des références sur les méthodes de recherche et le genre).

ORGANISME D'EXECUTION

Plusieurs agences de coopération de l'USAID (JHU/JHPIEGO, INTRAH et EngenderHealth) s'emploient à améliorer les soins de santé maternelle et de la reproduction dans 16 districts de Tanzanie. Les initiatives regroupent spécifiquement : les soins anténatals, avec une importance particulière attachée au paludisme et à la syphilis pendant la grossesse ; les soins après un avortement ; la planification familiale et les méthodes à long terme et permanentes de planification familiale.

PROBLEME A RESOUDRE

Pour améliorer la qualité des soins, le personnel du projet s'est penché sur les perceptions des clientes.

OBJECTIFS

- Formuler un programme d'amélioration et de reconnaissance de la qualité dans 16 districts de Tanzanie ;
- Déterminer les divers critères de la qualité des services tels qu'ils sont définis par les prestataires et par les membres de la communauté (clients et non-clients).

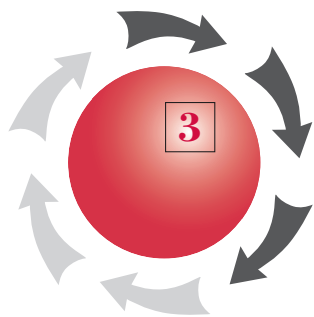
NOTE : Contrairement aux autres études de cas présentées dans ce chapitre, le programme de santé maternelle n'était pas conçu au départ pour aborder les questions de genre. Mais cet exemple montre comment il est possible d'adopter, à mi-parcours, des mesures visant à recueillir et à analyser l'information sur les différences sexospécifiques dans les attitudes et les préférences liées aux soins de santé. Le personnel du programme compte exploiter les résultats pour mieux comprendre les contraintes sexospécifiques de l'utilisation des services et tenter d'y apporter des solutions.

²⁶ Informations tirées de communications personnelles avec Wendy Voet, JHPIEGO.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 2 : L'EXEMPLE DU « PROGRAMME DE SANTE MATERNELLE DE TANZANIE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Les hommes et les femmes devraient-ils être interrogés ensemble ou séparément ?</i></p>	<p>Des groupes de discussion dirigée ont permis de recueillir des données dans la communauté. On craignait au départ que les hommes ne dominent les discussions dans les groupes mixtes.</p>
<p><i>Est-ce qu'on obtient les mêmes résultats selon que l'on confie à des hommes ou à des femmes (d'une certaine tranche d'âge, d'une classe donnée ou d'une ethnicité particulière) le soin de réaliser une enquête ou de faciliter une discussion dirigée ?</i></p>	<p>Les équipes d'évaluation étaient constituées de manière telle que les femmes seraient interrogées par des femmes, et les hommes par des hommes. Les chercheurs étaient d'avis que les participants se sentiraient plus à l'aise pour discuter des sujets délicats si les facilitateurs étaient du même sexe qu'eux.</p>
<p><i>Quels types de questions sont les plus susceptibles de faire ressortir les différences liées au genre ?</i></p>	<p>Les hommes et les femmes ont été invités à répondre à la même série de questions, sans être spécifiquement interrogés sur les différences liées au genre. Pourtant, les facilitateurs ont demandé à chaque groupe qui contrôlait une part notable des ressources et qui prenait les principales décisions en matière de soins de santé.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Les groupes étaient séparés par sexe pour garantir l'inclusion de perspectives diverses. • Les femmes étaient séparées par tranche d'âge pour que les femmes âgées ne dominent pas les plus jeunes. • Le projet a créé un forum relativement peu structuré pour encourager les femmes à communiquer toutes sortes de perspectives. 	<p>Participation équitable quant au genre</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conformément aux préférences clairement exprimées par les hommes et les femmes, les personnes qui posaient les questions étaient du même sexe que les membres des groupes interrogés afin de créer un environnement plus détendu et plus propice à l'échange des idées. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<p>Dans leurs réponses, les hommes et les femmes ont privilégié divers aspects des soins. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes voyaient dans le respect de l'intimité un élément critique de la qualité des services en matière d'IST, en particulier dans les salles d'examen ; • Les hommes citaient le sexe et l'âge du prestataire comme étant des éléments fondamentaux de la qualité des services en matière d'IST. Ils se sentaient gênés d'avoir affaire à une infirmière plus âgée qu'eux au lieu d'avoir affaire à un infirmier plus jeune qu'eux ; • En outre, les femmes ont révélé que la décision d'accoucher à l'hôpital, en particulier en cas d'urgence, était prise par leur mari et par leur mère. C'est la mère qui a le dernier mot, ont-elles expliqué, parce que le mari est plus enclin à laisser les considérations de coût, plus que la gravité de la situation, guider sa décision, alors qu'une mère est plus susceptible de mettre au premier plan la santé de sa fille. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>



ETAPE 3 : Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.

En analysant les données recueillies, les planificateurs du projet seront davantage en mesure de concevoir des activités permettant d'attaquer aux contraintes sexospécifiques susceptibles de nuire à la réalisation des objectifs du programme ainsi que des activités de nature à incorporer les ressources et les croyances locales.

Diversité des sources d'information

Les informations recueillies auprès de sources diverses et par le biais d'une panoplie de méthodes révèlent différents aspects des croyances et des pratiques liées au genre. La recherche qualitative aide le personnel du programme à interpréter les tendances inhérentes de la société dans la perspective des participants. Elle permet aussi à examiner plus en détail les structures sociales, économiques et politiques qui assurent la continuité des idées et des types de comportement, ou au contraire qui les remettent en question. Par exemple, les chercheurs seront peut-être en mesure de répondre aux questions suivantes :

- Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?
- Y a-t-il des différences entre les hommes et les femmes qui sont capables d'affecter les résultats des programmes et en quoi les contraintes et les possibilités liées au genre affecteront-elles la réalisation des objectifs du programme ? Par exemple :

- Les restrictions placées sur la mobilité des femmes et le peu d'instruction de ces dernières affecteront-ils leur capacité de participer à titre d'éducatrices sanitaires et d'avoir accès aux services de SR ?
- L'absence saisonnière des hommes affectera-t-elle le soutien de la communauté aux activités du programme ?
- Vu le caractère limité des ressources affectées à leur éducation, les filles se trouvent-elles plus vulnérables aux grossesses imprévues, aux IST et à la violence ?
- Les changements survenus dans la production agricole ont-ils affecté le temps dont disposaient les femmes pour faire du jardinage, source d'éléments nutritifs importants pour leur famille ?
- Les adolescents de sexe masculin font-ils partie d'amicales qui leur donnent l'occasion de se livrer à des activités d'éducation par les pairs, et y a-t-il des groupes comparables pour les filles ?

ORGANISME D'EXECUTION

Tostan est une ONG sénégalaise qui encourage l'apprentissage dans une optique intégrée. Le programme s'organise autour de huit modules d'éducation à caractère participatif et à base communautaire. L'éventail des thèmes de ces modules regroupe les activités rémunératrices, l'alphabétisation, les droits de l'homme, la santé de la reproduction et la survie des enfants. Tostan a pour but d'encourager l'apprentissage participatif d'une manière qui soit accessible aux femmes des communautés rurales et sous leur contrôle.

PROBLEME A RESOUDRE

Au Sénégal, l'excision féminine fait partie des rites d'initiation que pratiquent certains groupes ethniques. Cette pratique, qui vise à préparer les filles aux rôles de genre attendus d'elles en tant que partenaires sexuelles des hommes et en tant que mères, entraîne souvent de graves complications pour la santé, tels des saignements, voire une hémorragie, des infections, des douleurs, des troubles de la miction, du stress, un état de choc et des complications pendant les rapports sexuels et l'accouchement.

OBJECTIFS

Le programme éducatif de Tostan vise à :

- faire reculer l'analphabétisme au Sénégal ;
- promouvoir l'auto-apprentissage par le biais du recours à du matériel éducatif adapté ;

- offrir un programme d'enseignement de base qui puisse servir de modèle ;
- promouvoir la santé de la reproduction.

Le programme met l'accent sur le développement de l'aptitude à résoudre les problèmes et sur les applications de cette aptitude aux difficultés sociales et économiques qui sont le lot quotidien des femmes et des communautés. L'idée fondamentale est de donner aux participantes les moyens de comprendre et d'examiner les pratiques locales sans s'ériger en juges ; d'assimiler de nouvelles informations, en particulier techniques ; et de faire un travail de groupe pour ce qui est d'absorber les informations et d'arrêter des décisions. Le projet ne dicte aux villageois ni les décisions à prendre ni les actions à accomplir. Il présente des informations pertinentes par le biais de mécanismes culturels bien connus, qu'il s'agisse par exemple de narrations, de chansons, de pièces de théâtre et de jeux.

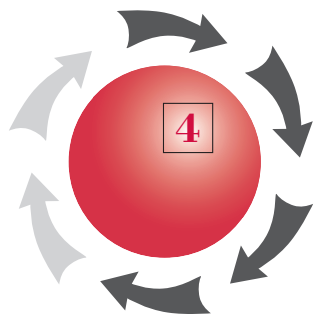
En 1994, Tostan a utilisé cette méthodologie dans la création d'un nouveau module sur les questions de SR, dont l'excision féminine. A l'image d'autres organisations de la santé et des droits de la personne, Tostan estime que cette pratique contribue à de graves problèmes de santé pour les femmes tout au long de leur cycle de vie et qu'elle entraîne souvent la mort parmi les filles qui viennent de subir la circoncision. Dans le cours qu'elle a créé, Tostan a inclus un drame social mettant en scène une fillette de huit ans qui meurt après avoir été excisée. Cette partie du cours a déclenché un mouvement à l'échelon tant local que national en faveur de l'élimination de cette pratique. C'est un processus qui fait intervenir les femmes, les hommes, les chefs religieux et les personnalités politiques.

²⁷ Informations tirées de Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council and Tostan, 1999); (sans date) *Les femmes sénégalaises refont leur culture*. http://www.worldbank.org/afr/ik/french/iknotes_fr.htm.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 3 : « TOSTAN — METTRE FIN A L'EXCISION FEMININE AU SENEGAL »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?</i></p>	<p>Après avoir joué sur scène le drame social, les femmes se sont vu poser des questions en vue d'évaluer les conséquences spécifiques de la pratique de l'excision féminine et du non-recours à cette pratique. Les informations recueillies à partir des réponses des femmes ont été la base d'un ensemble de décisions prises par la communauté par la suite. Les femmes à leur tour ont posé les questions suivantes aux parties prenantes de la communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A votre avis, pourquoi l'excision est-elle pratiquée sur les filles ? Selon vous, est-ce une pratique nécessaire ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Est-ce que vous laisseriez votre fille se faire exciser ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Quels sont les dangers pour la santé liés à l'excision féminine? Avez-vous entendu parler de femmes qui ont eu ces problèmes ? • Quels sont les tabous liés à la non-pratique de l'excision ? Est-ce que vous y attachez foi ? • Que dit l'islam au sujet de l'excision féminine? Est-ce une obligation prescrite par le Coran ? • Pensez-vous que l'excision peut avoir un effet négatif sur la vie d'une femme ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Pensez-vous que l'excision féminine enfreint l'un ou l'autre des articles de la Convention des droits de l'homme qui ont été discutés dans ce module ? <p>NB. Les facilitatrices de Tostan avaient reçu pour consigne de poser leurs questions sans s'ériger en juges et de demander aux femmes si elles voulaient discuter de ce sujet avec des agents de santé, des chefs religieux et des responsables communautaires.</p>
<p><i>Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?</i></p>	<p>Par ailleurs, les femmes de Bambara qui avaient réussi à changer les opinions et les décisions au sein de leur communauté, sur la base des informations recueillies, ont pris le parti d'avoir des entretiens avec des journalistes. La publication de leur récit a débouché sur l'évaluation des questions de genre aux plus hauts niveaux du gouvernement sénégalais, y compris à l'échelon de la présidence.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Au départ, les femmes hésitaient à discuter le drame social, mais après l'avoir joué pour la troisième fois elles ont conclu que la pratique de l'excision faisait partie de la tradition à laquelle les hommes et les chefs religieux estimaient qu'elles devaient être fidèles. • Quand elles l'ont discuté, elles sont arrivées à la conclusion selon laquelle leur formation en matière de droits de la personne leur avait appris qu'elles avaient le droit d'exprimer une opinion sur cette pratique. Elles ont décidé de parler aux autres femmes et à leur mari de ses conséquences négatives pour la santé. Elles se sont alors rendu compte qu'un grand nombre de personnes dans leur communauté étaient favorables à l'élimination de cette pratique. • En outre, les femmes ont décidé de demander à un imam si l'excision féminine était exigée par le Coran. L'imam a répondu qu'elle ne l'était pas et qu'il y était lui-même hostile. Cette information, conjuguée à celle qui avait trait aux problèmes de santé, a suffi pour convaincre les maris des participantes et les autres femmes. • Enfin, le chef du village a apporté son soutien en indiquant que la vie changeait, et les traditions aussi. • Le village de Bambara, site de la collecte et de l'analyse des données à l'origine du changement des attitudes, a pris la ferme décision de renoncer à la pratique de l'excision féminine. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Couplages multisectoriels</p> <p>Soutien social à l'appui du choix éclairé de l'individu</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le 20 novembre 1997, suite à l'intervention des femmes de Bambara dans la presse, le président du Sénégal a déclaré que les droits de la femme devaient faire partie des droits de la personne et que le respect des droits de la femme était essentiel au progrès du pays • Un groupe de députées ont immédiatement proposé un train de réformes législatives à l'appui de l'égalité des genres en matière de droit fiscal, de protection sociale, de législation du travail et de code de la famille • Le 3 février 1998, le président a proposé une loi portant interdiction de l'excision féminine. • Le 15 février 1998, 13 villages ont signé une déclaration dans laquelle ils affirment leur volonté de ne plus pratiquer l'excision féminine. En outre, ces villages ont nommé une commission qui a pour tâche de surveiller le respect des termes de la déclaration. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/d'égalité des genres</p> <p>Plaidoyer</p>



ETAPE 4 : Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre.

Déterminer les stratégies capables de produire les résultats escomptés

Une fois que les données ont été analysées et qu'elles ont produit des informations sur les différences liées au genre, l'équipe du

programme a les renseignements nécessaires pour formuler les objectifs du programme et déterminer les stratégies en conséquence.

- Quelles activités et quels services le programme devra-t-il mettre en œuvre pour garantir la prise en compte des besoins et des préoccupations spécifiquement liés au genre ?
- Comment les activités et les services vont-ils assurer la participation équitable des femmes et des hommes, des filles et des garçons ?
- De quelles façons les activités du programme vont-elles bénéficier aux femmes et aux hommes ?
- Quelles sortes de stratégies aideront le programme à s'assurer que les femmes et les hommes tireront parti des activités de manière équitable et que ces dernières corrigeront les inégalités ancrées dans les institutions ?
- Comment le programme va-t-il s'assurer que les femmes et les hommes auront un accès équitable à l'information, aux ressources en matière de santé (formation, diffusion, produits) et aux services et qu'ils les contrôleront de manière équitable ?
- Quelles stratégies le programme va-t-il appliquer pour corriger la discrimination présente dans les lois, les politiques, les règlements et les institutions ?
- Quelles stratégies le programme va-t-il formuler face aux préférences sociales et culturelles ?

L'analyse révèle en quoi les possibilités ou les contraintes liées au genre forment la base de la conception de programmes. Par exemple :

- Est-il possible de passer par l'intermédiaire d'amicales pour atteindre les adolescents de sexe masculin ?
- Y a-t-il des approches ou de nouvelles technologies qui permettent de gagner du temps afin que les femmes puissent continuer de cultiver des fruits et des légumes dans leur jardin, ou est-ce que les cultures commerciales peuvent leur rapporter suffisamment pour qu'elles puissent acheter les produits qu'elles ne cultivent plus ?
- Y a-t-il des moyens d'accroître la capacité et l'autorité des femmes en matière de prise de décisions pour leur communauté, même en l'absence des hommes ?

Les réponses à ce genre de questions devraient guider la conception du programme et de ses activités.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 4 : « PLAIDOYER POUR LA SANTE ET LES DROITS DE LA FEMME EN MATIERE DE REPRODUCTION, POLOGNE »²⁸

ORGANISME D'EXECUTION

La Fédération pour les femmes et la planification familiale (FFPF) a été fondée en 1992. C'est une coalition de neuf ONG qui a pour mission de promouvoir et de défendre la santé et les droits des Polonaises en matière de reproduction.²⁹

PROBLEME A RESOUDRE

Selon des statistiques officielles, seulement 12 pour cent des Polonais ont recours à une méthode moderne de planification familiale. Le petit nombre de sources publiées sur la santé de la reproduction, la rareté des services en matière de SR qui disséminent des informations fiables et le coût élevé des contraceptifs comptent au nombre des facteurs qui contribuent au faible taux de la prévalence des contraceptifs. Les rares informations qui sont disséminées par les médias et dans les manuels scolaires revêtent souvent un caractère négatif, fallacieux ou inexact et elles renforcent les stéréotypes et les préjugés liés au genre. En outre, l'Ordre des médecins de la Pologne recommandait à ses membres de donner des informations sur les contraceptifs et accès à ces méthodes uniquement si on leur en faisait la demande.

OBJECTIFS

Face à la nécessité d'améliorer l'information sur la santé, les droits et les services en matière de reproduction, la FFPF a conçu un projet de deux ans visant à engager les femmes dans le processus de plaidoyer et de lobbying afin de leur donner les moyens de faire évoluer les politiques. Le projet PROWID (Promotion des femmes dans le processus de développement), financé par l'USAID, a fourni des fonds à la FFPF pendant deux ans pour la conception d'un programme de plaidoyer et de communication. Le programme avait pour objectif d'améliorer les services, d'accroître les droits des femmes en matière de reproduction en cherchant à sensibiliser et à influencer le public et les décideurs et, à terme, de créer un programme d'action commun. Parmi les activités figuraient :

- la création d'un réseau national de plaidoyeurs pour la santé et pour les droits des femmes en matière de reproduction ;
- la promotion de normes internationales sur ce thème à l'intention des prestataires des services de santé et des décideurs ;
- l'élaboration d'une campagne médiatisée sur l'état de la santé et des droits des femmes en matière de reproduction.

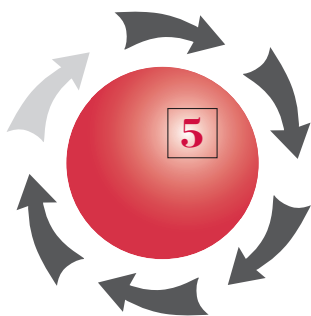
²⁸ Cette étude de cas se fonde sur la situation en Pologne en 1998 et elle est tirée du rapport intitulé « The Federation for Women and Family Planning End of Project Report » établi pour le projet ICRW/CEDPA PROWID (Promoting Women in Development); voir aussi Federation for Women and Family Planning, *Agency for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: PROWID/ICRW, 1999).

²⁹ L'USAID ne s'est pas mobilisée pour le droit à l'avortement et elle n'a pas soutenu ce droit non plus ; le droit à l'avortement ne faisait pas partie des objectifs du programme décrit ici.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 4 : « PLAIDOYER POUR LA SANTE ET LES DROITS DE LA FEMME EN MATIERE DE REPRODUCTION, POLOGNE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Quelles activités et quels services le projet devra-t-il mettre en œuvre pour garantir la prise en compte des besoins et des préoccupations spécifiquement liés au genre ?</i></p>	<p>Dans le souci constant d'engager les femmes dans le processus de plaidoyer et de lobbying, la FFPF :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a disséminé un rapport sur la santé de la reproduction en Pologne parmi des scientifiques, des parlementaires, des organisations féminines et des journalistes ; • a formé un conseil consultatif composé de dix membres et qui réunit des personnalités politiques, des scientifiques et des décideurs dans le domaine de la santé. Ce conseil a pour tâche de créer des messages relatifs aux politiques, d'identifier les publics à cibler et de fournir des avis sur les stratégies de plaidoyer ; • a organisé des ateliers à l'intention des décideurs et des prestataires des soins de santé ; • a disséminé à grande échelle des informations, des bulletins et des fiches documentaires.
<p><i>Comment les activités et les services vont-ils assurer la participation équitable des femmes et des hommes (des filles et des garçons) ?</i></p>	<p>Pour stimuler l'intérêt des hommes dans des domaines naguère strictement associés aux femmes, une fiche documentaire sur la responsabilité des hommes en matière de parentalité, de planification familiale et de comportement lié à la reproduction a été distribuée.</p>
<p><i>Quelles sortes de stratégies aideront le projet à s'assurer que les femmes et les hommes tireront parti des activités de manière équitable et que ces dernières corrigeront les inégalités ancrées dans les institutions ?</i></p>	<p>La FFPF a distribué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.000 exemplaires d'une fiche documentaire sur la stérilisation qui tenait compte des stéréotypes liés au genre et qui encourageait la légalisation de la stérilisation comme méthode volontaire de contraception en Pologne ; • une fiche documentaire sur l'éducation sexuelle (qui contenait des informations sur les obligations et les normes internationales en la matière, sur les perspectives liées au genre et sur la responsabilité des hommes) aux écoles, aux législateurs et à d'autres personnalités politiques de haut niveau.
<p><i>Quelles stratégies le programme va-t-il appliquer pour corriger la discrimination présente dans les lois, les politiques, les règlements et les institutions ?</i></p>	<p>Des campagnes de plaidoyer et d'information visaient à mettre en branle des processus législatifs en faveur des droits de la reproduction ou à enrayer les tentatives destinées à limiter ces droits. La FFPF a réussi à influencer les praticiens, les médias, des organisations non gouvernementales, les milieux universitaires, les décideurs locaux et les groupes communautaires.</p> <p>Elle a eu moins de succès auprès des parlementaires à l'échelon national qui ont voté l'abrogation des cours d'éducation sexuelle à l'école publique (mesure à laquelle le président a opposé son veto) et l'exclusion des politiques de santé de la reproduction dans le programme national de santé.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • formation d'un réseau de 220 plaidoyeurs pour la santé et de 9 groupes locaux d'entraide en vue de promouvoir les normes sanitaires internationales ; • préparation de fiches documentaires relatives aux activités de plaidoyer (6.000 bulletins destinés aux prestataires et 10.000 fiches documentaires destinées aux écoles ont été distribués) ; • amélioration des services dans trois dispensaires de Varsovie et dans cinq cliniques régionales dont les médecins avaient participé à des ateliers de la FFPF (examen des seins, information sur la contraception et diffusion de contraceptifs) ; • respect, par les médecins qui avaient suivi une formation, des droits des patientes à l'information, au choix, au respect de l'intimité, à la continuité des services et à la confidentialité, aux dires mêmes des clientes. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/d'égalité des genres</p>
<ul style="list-style-type: none"> • prise de conscience de la nécessité de faire plus pour atteindre les hommes. En Pologne, ce sont les femmes qui assument principalement la responsabilité de la planification familiale ; dès lors, les futures stratégies viseront à encourager le partage des responsabilités entre partenaires ainsi que la participation active des uns et des autres en vue d'un comportement sexuel responsable. Le fait d'atteindre les hommes à travers les services d'extension permettra d'accroître l'accès à l'information et aux services, en particulier en dehors de Varsovie. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La fiche documentaire a stimulé la demande d'informations supplémentaires et d'entretiens de la part de la presse. • Pendant les débats sur l'éducation sexuelle à l'école, des parlementaires favorables à cette idée et le président de la Pologne se sont référés à la fiche documentaire. 	<p>Plaidoyer Couplages multisectoriels Création de coalitions</p>
<p>En particulier quand l'environnement politique n'est pas propice, la FFPF a tiré les enseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les groupes de plaidoyer doivent se fixer des priorités et se doter d'outils multiples pour influencer les décideurs ; • Les fiches documentaires objectives et soigneusement établies sont essentielles pour contrer la désinformation ; • La connaissance des mécanismes législatifs est essentielle à la promotion des droits de la reproduction par le biais de la modification des politiques. En faisant élire des plaidoyeurs à des fonctions publiques, la FFPF a été en mesure d'exercer une plus grande influence et de surmonter les tracasseries administratives. 	<p>Encouragement de relations équitables Participation équitable quant au genre</p>



ETAPE 5 : Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre.

Suivre les progrès et les incidences

Le suivi systématique des résultats permettra de savoir si un programme atteint ses objectifs à court et à long termes. Pour établir avec précision les raisons pour lesquelles le programme atteint ou non ses objectifs, il convient d'évaluer les progrès et les incidences de ses éléments spécifiques. Le suivi et la documentation des avantages et des coûts de l'intégration du genre sont indispensables à la création d'un bloc de connaissances sur la façon dont les disparités de genre affectent les résultats sur le plan du développement et sur la façon dont les programmes de développement entravent, ou favorisent, l'égalité des genres.

Les indicateurs de genre s'avèrent particulièrement utiles pour démontrer les changements survenus dans les relations et les incidences liées au genre quand ils sont formulés dans le cadre de la planification des activités et qu'ils sont suivis tout au long de la phase d'exécution. Les données ventilées par sexe et les indicateurs de l'incidence du genre fournissent aux organismes d'exécution et aux parties prenantes une rétroinformation sur les progrès, les problèmes et les résultats non prévus. En outre, ils forment la base analytique à partir de laquelle il est possible de procéder à des ajustements éclairés des programmes pendant la phase de l'exécution et de concevoir de futures activités. L'analyse de genre pendant la phase de la planification aide à définir les indicateurs

qui permettent de suivre les incidences différentielles des activités (indicateurs de l'incidence du genre, par exemple), l'amélioration de l'équité/l'égalité des genres et les points critiques du processus de suivi auxquels les données ventilées par sexe sont utiles à une gestion efficace. Voici quelques questions à examiner en vue de la sélection des indicateurs :

- Les indicateurs sont-ils ventilés par sexe, par groupe ethnique, par tranche d'âge et par condition socio-économique ?
- Des données de base sont-elles recueillies auprès de femmes et d'hommes représentatifs d'une diversité de tranches d'âge, de conditions économiques et de groupes ethniques ?
- Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?
- Le projet a-t-il une méthode systématique de collecte et d'analyse de l'information sur une base régulière ?
- Le projet a-t-il des politiques en place sur les mesures à prendre quand les données tirées des phases suivi et de l'évaluation (données S & E) révèlent des inéquités entre les genres ?
- Comment les objectifs spécifiques au genre sont-ils liés aux incidences sur la SR ?

Un plan de suivi et d'évaluation du projet (plan S & E) précise les indicateurs et les termes de leur analyse et de leur interprétation. En formulant des indicateurs spécifiques au genre ou en ventilant la plupart des indicateurs par sexe, le plan S & E peut aider à saisir les différences de genre dans l'exécution et les incidences du programme. Les indicateurs quantitatifs se bornent à faire ressortir les différences, sans chercher à les analyser ; ils n'expliquent ni le pourquoi ni le comment des résultats différentiels. Les indicateurs ventilés par sexe ne sont pas très utiles pour comprendre l'importance du genre dans un programme en l'absence d'un plan d'interprétation des différences mises à jour par les indicateurs. Par exemple, les données ventilées par sexe sur le nombre et le sexe des personnes qui fréquentent un dispensaire n'expliquent pas la

signification de ces différences. Une analyse supplémentaire s'impose pour déterminer si ces différences sont dues au fait :

- que les services proposés sont plus sensibles aux besoins des hommes qu'à ceux des femmes ou l'inverse ;
- que les prestataires ne traitent pas les hommes et les femmes de la même façon ; ou
- que l'emplacement du dispensaire restreint l'accès d'un groupe plutôt que d'un autre.

Il convient d'analyser soigneusement les données à la lumière de la réponse à ces questions. Mais ce n'est qu'au prix de la collecte et de l'analyse soigneuses des données qualitatives et quantitatives

spécifiques au genre que cette information peut être incorporée de manière constructive dans les décisions prises par les gestionnaires et dans la communication de rapports. Il est tout aussi important d'impliquer les participants et les parties prenantes à l'analyse des données S & E qu'il est de les intégrer précédemment au cycle de la programmation. Leur participation dans le cadre d'approches consultatives et participatives contribuera à l'élimination des préjugés — liés au genre et aux institutions — qui se manifestent dans les décisions à prendre sur ce qui doit être mesuré et sur la façon d'utiliser les données tirées du suivi de manière à accroître la maîtrise des activités et des résultats du programme par les participants.

EXEMPLES D'INDICATEURS QUI MESURENT LES RESULTATS SPECIFIQUES AU GENRE³⁰

- DANS LES DISPENSAIRES — Changement de l'attitude des prestataires à l'égard du choix en matière de PF, évolution des préjugés envers les femmes, modification des protocoles concernant la fourniture de toute une gamme de méthodes, changement de la composition des bénéficiaires de chaque service prodigué, sur le plan du genre et de l'âge ;
- DANS LES CAS DE VIOLENCE LIEE AU GENRE — Sensibilisation accrue du prestataire aux signes de violence, modification des systèmes de référence, évolution des attitudes de la communauté, changement de l'attitude et des comportements de la police ;
- DANS L'ELABORATION DES POLITIQUES — Changement du nombre de femmes ou de groupes féminins qui participent à l'élaboration des politiques, changement de l'attitude des décideurs et des personnes qui participent à l'élaboration des politiques vis-à-vis des ONG féminines ou axées sur les femmes, changement de l'attitude des responsables communautaires, des représentants du secteur privé et des groupes d'intérêt qui participent à l'élaboration des politiques ;
- DANS LA RECHERCHE — Changement de la façon dont le genre est inclus aux protocoles de travaux de recherche ; modelage plus subtil du genre et d'autres variables ;
- DANS LA PARTICIPATION DES HOMMES — Accroissement des connaissances en matière de PF, de SR et de VIH/SIDA ; évolution des attitudes vis-à-vis de la PF.

³⁰ Ces exemples sont adaptés du rapport de Nancy Yinger et al., *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2002). Ce document de l'IGWG est une excellente ressource pour formuler des plans de suivi et d'évaluation intégrés quant au genre.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 5 : « COUPLAGES ENTRE DEMOCRATIE ET GOUVERNANCE (DG) ET SANTE DE LA REPRODUCTION (SR) DANS L'ETAT DU PLATEAU, AU NIGERIA »³¹

ORGANISME D'EXECUTION

Le Centre for Development and Population Activities (CEDPA) est une organisation volontaire privée, sise aux Etats-Unis, qui est chargée d'appliquer dans cinq pays le projet ENABLE (Enabling Change for Women's Reproductive Health) que finance l'USAID.

PROBLEME A RESOUDRE

On dispose d'indications croissantes selon lesquelles le déséquilibre des relations entre les genres contribue à l'augmentation du risque de transmission du VIH chez la femme ainsi qu'au faible taux d'utilisation de la planification familiale par les femmes et des services de santé maternelle dans un grand nombre de pays. Le projet ENABLE a été conçu pour s'attaquer aux contraintes sexospécifiques qui empêchent les femmes de prendre des décisions éclairées et autonomes en matière de santé de la reproduction. Le programme a reconnu que : 1) les femmes et les hommes menaient une vie multidimensionnelle dans laquelle interviennent des ensembles complexes de relations sociales, politiques et économiques ; et que 2) l'autonomisation des femmes conférerait à celles-ci une plus grande maîtrise des autres dimensions de leur vie, élément indispensable pour obtenir davantage de résultats en matière de santé de la reproduction.

OBJECTIFS

Le projet ENABLE mené au Nigeria visait à améliorer la santé de la reproduction des femmes en créant un environnement³² propice « à la prise de décisions informées et autonomes par les femmes ». Ce programme portait du principe selon lequel l'élargissement de la participation des femmes à la politique et à la gouvernance aurait pour effet d'accroître leur contrôle, leur prise de décisions et leur pouvoir dans d'autres domaines de leur vie, y compris en matière de santé de la reproduction. Les activités en rapport avec la SR étaient multiples : organisation de séminaires et de visites au foyer pour faire passer des messages de SR ; diffusion du préservatif ; création d'une unité VIH/SIDA au sein de la division des services sanitaires ; discussions sur le VIH/SIDA dans les Conseils des Eglises ; soins et soutien des orphelins et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; formation des pasteurs et de leur épouse en matière de counseling sur le VIH/SIDA ; discussions dans les communautés et les églises sur la prévention du VIH/SIDA et des IST, la PF, les vaccinations, l'allaitement et la maternité sans risques. Parmi les activités menées dans les communautés visées par la DG et la DG/SR figuraient : visites auprès de chefs communautaires (féminins, religieux, gouvernementaux, etc.) pour les rallier à la cause défendue ; grands rassemblements ; éducation civique et plaidoyer

³¹ L'information contenue dans cette étude de cas est tirée du document de Kola Oyediran and Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviours: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington D.C.: CEDPA, August 2003).

³² Le CEDPA stipule qu'« un environnement favorable à l'autonomisation des femmes comprend l'élargissement des droits et des possibilités, ce qui regroupe les points suivants, sans en exclure d'autres, à savoir la pleine participation politique, l'accès aux services de base, en particulier en matière de soins de santé et d'éducation, l'autonomie économique, le droit de propriété et les droits en matière d'héritage, ainsi que l'élimination de la discrimination et de l'exploitation liées au genre (Oyediran & Teller 2003: p.5) (texte en anglais). »

pour la prise conjointe de décisions entre partenaires ; formation en matière de gestion des conflits, de leadership, de participation politique, de mobilisation et de responsabilisation ; et formation de coalitions et de groupes de supervision.

EVALUATION DES INCIDENCES

L'évaluation des incidences a été conçue de manière à mettre à l'essai la validité de l'objectif, calqué sur l'hypothèse de base, selon lequel l'accroissement de la participation politique renforçait le pouvoir des femmes de prendre des décisions en matière de santé de la reproduction. Entre décembre 2002 et janvier 2003, le CEDPA, en liaison avec son partenaire local, COCIN,³³ a effectué une étude visant à déterminer l'existence éventuelle d'un lien entre les principaux comportements en matière de santé de la reproduction et la participation aux activités sur le thème de la DG. À l'aide d'une méthodologie quasi-expérimentale, ses auteurs ont comparé quatre types de communautés : celles qui ne faisaient pas l'objet

d'une intervention (groupe de contrôle) ; celles qui bénéficiaient d'interventions uniquement en faveur de la SR ; celles qui bénéficiaient d'interventions uniquement en faveur de la DG ; et celles qui bénéficiaient d'interventions mixtes (SR et DG). Dans chacune de ces communautés, les femmes étaient comparées par technique d'échantillonnage en fonction d'indicateurs d'autonomisation,³⁴ de leur utilisation ou de leur intention d'utiliser des contraceptifs et de caractéristiques socio-économiques. Des analyses de régression ont permis de mesurer les effets des caractéristiques socio-économiques, de l'autonomisation sexuelle (l'un des indices d'autonomisation), de la mobilité et de la violence liée au genre sur l'intention des femmes d'utiliser une méthode moderne de planification familiale et sur l'exposition à la distribution de contraceptifs et à la mise en place d'activités de DG dans les communautés. Les auteurs de l'étude ont conclu que, selon cette analyse bivariée, les femmes des communautés bénéficiant des deux types d'interventions obtenaient des scores plus élevés que ceux des autres femmes, quels que soient les indicateurs d'autonomisation et de SR retenus.

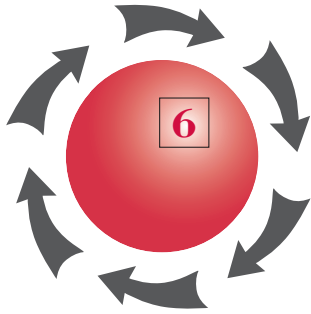
³³ Church of Christ in Nigeria.

³⁴ L'autonomisation était mesurée à l'aune de quatre échelles ou indices : a) la mobilité — conditions, fréquence et autonomie des déplacements des femmes à l'occasion de divers types d'activités ; b) la prise de décisions au foyer — détermination des préférences de la femme sur la question de savoir qui doit prendre des décisions en matière de travail en dehors du foyer, de la préparation des repas et de l'achat d'objets ménagers ; c) autonomisation sexuelle — le fait que la femme puisse refuser ou non d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire masculin pour un certain nombre de raisons (par exemple s'il a une IST ou qu'il a des relations avec d'autres femmes, ou si la femme est fatiguée, qu'elle vient d'accoucher ou qu'elle n'en a pas envie) ; d) la violence liée au genre — le fait de savoir si la femme estime justifié que son mari la batte (Oyediran & Teller 2003, p. 16) (texte en anglais).

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 5 : « COUPLAGES ENTRE DEMOCRATIE ET GOUVERNANCE (DG) ET SANTE DE LA REPRODUCTION (SR) DANS L'ETAT DU PLATEAU, AU NIGERIA »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<i>Des données de référence sont-elles recueillies auprès de femmes et d'hommes représentatifs d'une diversité de tranches d'âge, de conditions économiques et de groupes ethniques ?</i>	Les préoccupations croissantes suscitées par la hausse des taux de prévalence du VIH et l'utilisation minime des méthodes modernes de planification familiale ont incité l'USAID/Nigeria, par le biais du projet ENABLE mené sous les auspices du CEDPA, à mettre à l'essai l'hypothèse selon laquelle l'inégalité des relations entre les genres jouait un rôle clé dans la restriction de l'accès des femmes à l'information et aux services. Le programme a proposé d'évaluer les incidences, sur les résultats pour la santé de la reproduction, des activités propres à accroître la participation des femmes à la prise des décisions au sein du foyer et dans la communauté, en liaison avec l'accès à une information et aux services en matière de SR.
<i>Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?</i>	En fonction des informations recueillies par questionnaire, les coordonnateurs de l'étude ont construit quatre échelles pour mesurer l'autonomisation des femmes : 1) mobilité ; 2) prise de décisions au foyer ; 3) autonomisation sexuelle ; et 4) violence liée au genre. Ces données étaient corrélées avec une cinquième échelle qui mesurait la condition socio-économique du foyer. L'indice de mobilité comportait trois niveaux (mobilité élevée, moyenne ou faible), selon les réponses données à des questions sur les conditions, la fréquence et l'autonomie des déplacements en dehors du foyer (indépendants ou accompagnés). La prise de décisions dans les ménages sur l'achat d'articles ménagers, les soins de santé, les visites rendues à des membres de la famille, la préparation des repas et le travail des femmes en dehors du foyer était évaluée selon trois niveaux : prise de décisions autonomes ; prise de décisions conjointement avec un partenaire ; prise de décisions par un tiers. L'indice pour l'autonomisation sexuelle était déterminée par le fait que la femme pouvait refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire, et dans quelles circonstances.
<i>Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?</i>	Les attitudes envers la violence liée au genre ne figuraient pas explicitement au centre des activités et des messages du projet, encore que cette forme de violence ait été l'un des indicateurs retenus pour mesurer l'autonomisation. Dès lors, cet indicateur ne mesurait pas directement les incidences des interventions du programme.
<i>Comment les objectifs spécifiques au genre sont-ils liés aux incidences sur la SR ?</i>	Les données bivariées montrent que, dans l'ensemble, les femmes des communautés ciblées par des activités mixtes (DG et SR) avaient des scores supérieurs à ceux des femmes des trois autres groupes en ce qui concernait les indicateurs d'autonomisation et de SR. Les auteurs de l'étude ont constaté que la participation aux activités mixtes était plus efficace que les interventions de planification familiale exécutées seules.

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<p>A la place de données de base, l'évaluation a utilisé une méthodologie transversale quasi-expérimentale, sous forme de tableau à quatre cases, pour mesurer les incidences comparatives des interventions de DG, SR ou l'amalgame des deux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les obtenus par les femmes de quatre zones de gouvernement local ont été comparés. Chaque zone représentant un modèle d'interventions : 1) activités DG et SR ; 2) activités SR seulement ; 3) activités DG seulement ; 4) absence d'activités. Au total, 2.000 femmes ont été interrogées. • Outre les habituelles caractéristiques démographiques et des ménages, l'étude a recueilli des données sur les horizons ethniques et religieux des répondantes, leur reproduction, leur utilisation de contraceptifs et leurs attitudes à ce sujet, le mariage et leur activité sexuelle, leurs préférences en matière de fécondité, le milieu socio-économique de leur mari ainsi que sur le travail, la prise de décisions et la participation politique des femmes. Cette étude a été réalisée par l'institut nigérian de la recherche sociale et économique (NISER) en collaboration avec le CEDPA et COCIN. 	<p>Couplages multisectoriels</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dans les zones d'interventions conjointes en faveur de la DG et de la SR, 80 % des femmes pouvaient se targuer d'un taux de mobilité élevée, contre 73 % dans les zones exclusivement SR, 58 % dans les zones exclusivement DG et 58 % dans la zone du groupe de contrôle. • De même, c'étaient les femmes des communautés mixtes (DG et SR) qui étaient les plus susceptibles de prendre des décisions autonomes. C'est dans les zones d'interventions exclusivement DG que le pourcentage des femmes qui déclaraient prendre des décisions conjointement avec leur mari était le plus élevé. • En outre, c'étaient les femmes des communautés mixtes et des communautés exclusivement DG qui obtenaient les meilleurs scores en fonction de l'indice d'autonomisation sexuelle, 83 % (SR & DG) et 74 % (DG) se considérant autonomisées. Les femmes du groupe exclusivement SR (66 %) et du groupe de contrôle (60 %) faisaient état d'une autonomisation sexuelle moindre et on est en droit de supposer qu'elles étaient moins en mesure que les autres de négocier le recours à des pratiques sexuelles sans risque. 	<p>Participation équitable</p> <p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • S'agissant de la violence liée au genre, les communautés du groupe de contrôle avaient le pourcentage le plus élevé de femmes qui estimaient injustifié que le mari batte sa femme (58 %). Ce pourcentage était respectivement de 38 % dans les zones DG/SR, de 23 % dans les zones exclusivement SR et de 33 % dans les zones exclusivement DG. Les personnes chargées de l'application du projet admettent par hypothèse que ces attitudes précédaient la mise en œuvre du programme et que celui-ci n'y a pas changé grand-chose. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage des femmes des groupes DG/SR qui utilisaient des méthodes modernes de planification familiale (12 %) était le double de celui des femmes des zones exclusivement SR qui faisaient de même (6 %). • L'intention de recourir ultérieurement à une forme moderne de contraception était nettement plus forte dans les communautés DG/SR (53 %) que dans toute autre communauté : 43 % dans les communautés SR ; 46 % dans les communautés DG ; et 40 % dans les communautés de contrôle. • Il y avait une corrélation positive entre un niveau relativement élevé de scolarisation et un taux relativement élevé de l'utilisation de contraceptifs (13 % des femmes qui avaient fait des études secondaires, voire plus, pratiquaient la contraception, contre 7 % de celles qui n'avaient pas fait d'études secondaires). • Autres facteurs associés à l'utilisation actuelle de méthodes de PF : âge, affiliation religieuse, lieu de résidence, exposition à la radio, condition socio-économique du foyer, mobilité, contact avec la DBC, exposition aux activités en matière de DG et niveau scolaire du mari. 	<p>Couplages multisectoriels</p>



ETAPE 6 : Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.

Reformuler les éléments du programme

Pour reformuler les éléments du programme de manière à répondre aux questions de genre, il peut se révéler nécessaire de recueillir et d'analyser des données supplémentaires qui permettront de cerner des facteurs négligés pendant la phase d'élaboration. Avec ces nouveaux éléments en mains, on peut répéter les étapes 3 et 4. Le suivi de l'information amène souvent les responsables des programmes à reconsidérer leurs hypothèses de départ s'il se trouve que les résultats escomptés ne se sont pas matérialisés. Si leurs hypothèses se révèlent dénuées de fondement, certaines activités devront sans doute être reformulées pour corriger plus efficacement les inégalités entre les genres et pour accroître les chances de parvenir aux résultats attendus. Par exemple :

- si les attitudes des adolescents de sexe masculin vis-à-vis de la sexualité et de leur responsabilité dans la grossesse des adolescentes ne changent pas de manière notable après la mise en place de cours d'éducation sexuelle lors de l'entraînement de football, le projet pourrait revenir sur sa décision d'atteindre les garçons par le biais des clubs d'athlétisme ;

- si l'hypothèse de base paraît encore se justifier, peut-être faut-il analyser l'efficacité du matériel éducatif pour le public visé. Les messages sont-ils incompatibles avec les normes sociales et les concepts de virilité et de pouvoir sexuel qui font partie intégrante de l'identité de genre des garçons ?
- Est-ce que les amicales sont des véhicules efficaces pour changer les normes sociales ? D'autres groupes exercent-ils une plus grande influence sur les normes sociales ?
- Obtiendrait-on de meilleurs résultats en demandant à des hommes et à des femmes plus âgés de façonner les concepts que se font les garçons de la sexualité ?

Il est particulièrement important d'impliquer les participants du programme dans l'analyse des raisons pour lesquelles le projet n'atteint pas les objectifs escomptés. Souvent, les participants sont conscients de facteurs importants qui échappent au personnel du programme. Le fait d'analyser et de résoudre les problèmes ensemble permet de trouver des solutions novatrices aux contraintes, subtiles ou flagrantes, qui sont liées au genre, comme le montre cette dernière étude de cas. Par exemple, les travailleuses du sexe dans le projet Sonagachi ont fait comprendre à son personnel qu'elles adoptaient systématiquement des pratiques sexuelles à moindre risque avec leurs clients à court terme, mais qu'elles hésitaient à en faire autant avec leurs partenaires établis. Sur la base de cette information, et contrairement à la plupart des autres projets qui se concentraient sur les professionnelles du sexe, le projet Sonagachi a attaché un haut rang d'importance aux relations entre les travailleuses et leurs *partenaires à long terme*. Le succès du projet Sonagachi, qui a su faire reculer la transmission des IST et la violence liée au genre, tient à l'inclusion de messages sur l'importance d'intégrer des pratiques sexuelles à moindre risque tant aux relations à long terme qu'aux contacts à court terme.

ORGANISME D'EXECUTION

Ce programme a été mis en route par le All India Institute of Hygiene and Public Health (AIHPH), avec l'appui de l'organisation nationale de lutte contre le sida (NACO), le ministère de la Santé et du bien-être familial du Bengale occidental et de l'OMS. En outre, il a reçu des fonds du Ministère britannique pour le développement international (DFID) et de l'Agence norvégienne de développement international (NORAD). Ce projet a pris de l'ampleur au point de regrouper une large coalition d'ONG, dont la Health and Eco-Defense Society, l'Institut de développement humain et d'études sur les humains, Sramajibi Mahila Sangha, le Centre de recherche et de formation en matière d'aide socio-juridique, et l'organisation des travailleuses du sexe, le Comité Durbar Manila Samanwaya (DMSC).

PROBLEME A RESOUDRE

Le programme aborde la prévalence accrue des IST et la prévalence croissante, encore que modeste, du VIH parmi les travailleuses du sexe. Au départ, le programme a été conçu de manière à sensibiliser les participants au VIH/SIDA, à l'utilisation du préservatif et aux services cliniques.

OBJECTIFS

Les objectifs du programme ont évolué au fil du temps. A l'origine, en 1992, le principal objectif visait à faire reculer la transmission du VIH/SIDA et la prévalence des IST ainsi qu'à accroître l'utilisation du préservatif parmi les travailleuses du sexe et leurs clients dans le quartier de Sonagachi, à Calcutta. Avec la participation accrue des travailleuses du sexe à la conception et à l'exécution du projet, le programme a rajouté des objectifs et des activités, par exemple la réduction des actes de violence perpétrés par les clients, les propriétaires de maisons closes, la police et les voyous ; l'alphabétisation ; et des activités de remplacement qui sont génératrices de ressources. Le projet se concentre de plus en plus sur les moyens de prévenir l'entrée des mineures dans le monde des travailleuses du sexe.

³⁵ L'information contenue dans cette étude de cas provient du document intitulé « Sonagachi : A Sex Worker Project in a Red Light District of Calcutta, India » (ONUSIDA, 2000) et qui est accessible au site www.unaids.org. L'emploi du terme TS ne doit pas mener à conclure que l'USAID soutient la prostitution. Cette étude de cas est présentée parce que les travailleuses du sexe constituent l'une des catégories de la population les plus à risque avec lesquelles travaille le bureau VIH/SIDA dans de nombreux pays pour enrayer la transmission de l'infection dans l'ensemble de la population. Le projet Sonagachi est un exemple bien connu pour ses résultats très positifs, en particulier parmi certaines des victimes les plus vulnérables et les plus pauvres de cette épidémie.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 6 : « SONAGACHI — PREVENTION DES IST ET DU VIH/SIDA EN INDE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Est-ce que le programme répond adéquatement aux besoins des participantes et de leurs clients qui sont spécifiquement liés au genre ?</i></p>	<p>L'enquête initiale et une enquête de suivi réalisée deux ans plus tard ont révélé que les travailleuses du sexe (TS) de Sonagachi se heurtaient à de nombreux défis liés au genre et qui contribuaient à leur vulnérabilité ainsi qu'à l'accroissement des risques pour leur santé. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des personnes interrogées étaient analphabètes, plus de 45 % avaient des enfants, 70 % s'étaient lancées dans ce métier poussées par la pauvreté ou des disputes familiales et 27 % disaient que leurs clients insistaient pour avoir des rapports sexuels en groupes, ce qui leur faisait courir un risque accru de violence et de maladie. En 1992, 90,6 % d'entre elles n'avaient jamais utilisé de préservatif.</p> <p>Les jeunes travailleuses du sexe présentaient des problèmes particuliers qui n'avaient pas été identifiés au début du programme. Elles étaient moins en mesure que les autres de négocier le recours à des pratiques sexuelles à moindre risque, plus vulnérables à l'infection par le VIH et souvent le prétexte des descentes de police.</p>
<p><i>Y a-t-il des obstacles liés au genre qui empêchent la réalisation des objectifs du programme et qui n'ont pas été corrigés lors de la conception originale du programme ?</i></p>	<p>Les travailleuses du sexe, et même certains membres du personnel, étaient victimes de sévices et d'actes de violence de la part de diverses parties prenantes, dont les clients, les propriétaires des maisons closes, les proxénètes, les autres criminels qui exploitent ce commerce et la police. Ce climat de violence a entravé la réalisation des objectifs originaux du projet. Par exemple, le personnel du projet a noté qu'après une descente de police le port du préservatif a baissé, et l'incidence des IST a augmenté, parmi les travailleuses qui fréquentaient des cliniques.</p>

LES ACTION DU PROJECT	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a recruté des travailleuses du sexe à titre de pairs-conseillères et il a fait cause commune avec le DMSC, groupe qui plaide pour les intérêts des TS. Le tiers des pairs-éducatrices ont fini par renoncer à ce métier. • Les participantes ont demandé à bénéficier de cours d’alphabétisation, au départ pour pouvoir mieux s’acquitter de leur rôle d’éducatrices, mais ensuite pour mieux faire valoir leurs droits. L’incidence de la syphilis est plus faible chez les TS alphabètes. • En outre, les travailleuses se sont rendu compte qu’elles avaient besoin de prêts pour se lancer dans des entreprises commerciales et pour commercialiser des préservatifs. Les ventes de préservatifs sont passées de 213.056 unités en 1997 à 443.805 en 1999. • Le DMSC a mis en place un système de surveillance des maisons closes pour les jeunes TS et il s’est arrangé pour les envoyer en pension. Cette mesure semble avoir fait reculer la traite des jeunes filles. 	<p>Couplages multisectoriels</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • L’éducation par les pairs visait les travailleuses du sexe aussi bien que les maquerelles. • L’AIH&PH a conçu un programme de formation à l’intention de la police. • Le DMSC a organisé des manifestations de TS pour protester contre les descentes de police et contre le dépistage du VIH/SIDA dans des conditions contraires à l’éthique et à la loi. • Le programme a établi des services à l’intention des clients des travailleuses du sexe, dont des cliniques et des programmes de sensibilisation. La gonorrhée a reculé en passant de 13,2 % en 1992 à 3,9 % en 1998. • Pour donner aux TS davantage de moyens d’amener leurs clients à utiliser un préservatif et les services de santé, le programme a distribué des cartes de services référents aux clients. Du coup, le taux d’utilisation du préservatif est passé de 2,7% en 1992 à 90,3 % en 1998. • Le programme a embauché des clients habitués (<i>babus</i>) pour qu’ils escortent les travailleuses du sexe le temps qu’elles se rendent sur leur lieu de travail ou qu’elles en reviennent afin de les protéger contre les voyous qui rôdent aux alentours des établissements. • Des centaines de travailleuses du sexe ont bénéficié d’une formation juridique. 	<p>Plaidoyer</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus</p>

QUESTION INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Le personnel du projet possède-t-il les compétences nécessaires pour faire face aux questions de genre et satisfaire les besoins des clientes ?</i></p>	<p>Au départ, plusieurs membres du personnel ont dû surmonter la gêne née du fait de travailler dans le monde des travailleuses du sexe. Il leur a fallu surmonter leurs préjugés à l'égard des TS et leurs craintes pour leur sécurité personnelle associées à la présence de délinquants urbains.</p>
<p><i>Les indicateurs de suivi et d'évaluation peuvent-ils adéquatement déceler les incidences du programme ?</i></p>	<p>Au début du programme, les mesures primaires des incidences étaient biomédicales et elles se concentraient sur l'efficacité de la lutte contre les IST. Le programme avait du mal à déceler le changement des comportements, en particulier ceux des clients de sexe masculin. En outre, on avait l'impression que les indicateurs ne saisissaient pas très bien non plus l'évolution du niveau d'autonomisation des travailleuses du sexe ni celle de la participation de la communauté.</p>

LES ACTION DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a investi dans le développement de capacités par le biais de la formation tant du personnel que des participantes. En coalition avec le DMSC et d'autres organisations en jeu, le personnel a été sensibilisé aux situations difficiles auxquelles se heurtaient les travailleuses du sexe et il est devenu plus sensible à leurs besoins. • Au fil du temps, la gestion du projet a pris la forme d'une coalition de partenaires, appelée « Conglomérat », qui veille à répartir les responsabilités entre les diverses parties prenantes et à encourager la diversité des idées et de la réflexion stratégique. • Le partage des responsabilités a créé un climat de bénévolat qui a permis au programme de contenir les coûts, d'élargir la portée de son action et de remettre une part croissante de pouvoir entre les mains des participantes. • Depuis 1992, le projet a fait assumer la responsabilité des soins de santé par la communauté en investissant dans le développement des capacités du personnel et des TS. Le projet a traité ces dernières avec respect et de manière éthique et il les a encouragées à exprimer leurs besoins et à trouver le moyen d'y répondre. 	<p>Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre</p> <p>Création de coalitions</p>
<p>De nouveaux indicateurs ont été rajoutés pour mesurer les nouveaux objectifs formulés pendant le déroulement du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cartes de services référents que les TS remettaient à leurs clients afin de les diriger vers des centres de soins pour IST ont permis de mesurer le nombre des utilisateurs de ces établissements qui sont aussi des clients des participantes au programme. • Le degré d'autonomisation a été mesuré en partie par le nombre de fois où les TS ont réussi à obtenir des propriétaires, de la police et d'autres qu'ils adoptent des pratiques sexuelles à moindre risque. Ces hommes ne sont pas des clients, mais de par leur position ils peuvent soit faciliter, soit entraver, la protection des TS et accroître, ou diminuer, leur vulnérabilité. • L'utilisation de ces indicateurs a mis en évidence certains contextes dans lesquels les TS avaient besoin de renforcer leur pouvoir d'autoprotection. Par exemple, c'est avec les habitués (<i>babus</i>) que le préservatif est le moins utilisé. Les TS sont souvent dépendantes d'eux pour vivre et pour légitimer leurs enfants afin qu'ils puissent aller à l'école. Les proxénètes et les maquerelles, qui prennent le parti des clients réfractaires, restent des obstacles au port du préservatif. L'environnement de travail milite contre la négociation avec les clients intransigeants. Souvent, les TS partagent une chambre avec des collègues et elles hésitent à se montrer assertives en présence de tiers. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>

EXERCICE 2

Cette matrice permet de faire le point des étapes de l'intégration du genre aux programmes présentés dans ce chapitre. La première colonne récapitule les résultats des étapes 1 et 6. La deuxième et la troisième colonnes s'appliquent à la collecte et à l'analyse des données présentées aux étapes 2 et 3. Les interventions mentionnées dans la quatrième colonne correspondent aux activités et aux éléments du programme identifiés dans le cadre de la quatrième étape. La cinquième colonne est réservée aux indicateurs formulés pendant l'étape 5. Revenir à la première colonne pour l'étape 6 quand les objectifs du programme sont modifiés à la lumière des résultats du suivi et de l'évaluation. Rajouter le nombre de rangées nécessaires en fonction des besoins du programme. En remplissant la matrice, il faut vérifier si les objectifs et les indicateurs tiennent compte des contraintes et des possibilités liées au genre qui ont été identifiées comme étant critiques pour l'obtention des résultats escomptés en matière de SR et de VIH/SIDA.

L'INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES

Etapes 1 et 6 Objectifs du projet, objectifs intermédiaires et résultats	Etape 2 Types de données à recueillir — que doit-on savoir au sujet de qui ?	Etape 3 Contraintes/possibilités liées au genre et à même d'affecter la réalisation des objectifs et des résultats	Etape 4 Interventions qui visent les contraintes/possibilités liées au genre	Etape 5 Indicateurs de mesure des incidences des interventions sur le genre (élimination des contraintes ou création de possibilités) et sur la santé

APPENDICE 1

Concepts et terminologie

Le genre s'applique aux caractéristiques et aux possibilités économiques, sociales, politiques et culturelles qui sont associées au fait d'être une femme ou un homme. Le sens que la société confère à la nature féminine ou masculine varie selon les cultures et il évolue au fil du temps.³⁶ Le genre est l'expression socio-culturelle des caractéristiques et des rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

L'analyse de genre regroupe les méthodologies qui permettent d'identifier et d'interpréter les conséquences socio-économiques des inégalités, des différences et des relations liées aux genres dans la perspective des objectifs de développement. L'analyse de genre fait comprendre l'environnement dans lequel se déroulent les politiques, les programmes et les projets de développement. Elle examine les disparités observées dans les rôles, les activités, les besoins, les contraintes, les possibilités et le pouvoir associés au fait d'être un homme ou une femme dans un contexte donné et elle cherche en quoi ces caractéristiques affectent les interventions et les politiques tout en étant affectées par elles.

L'examen des différences entre les femmes et les hommes sur le plan de l'accès aux ressources et de leur contrôle (terre, travail, capital, denrées, outils, connaissances, institutions, réseaux sociaux) forme une composante essentielle de l'analyse, au même titre que la participation comparative des femmes et des hommes dans l'exercice du pouvoir et de la prise de décisions. La collecte de données quantitatives et qualitatives qui sont ventilées par sexe fournit le fondement empirique de l'évaluation des incidences potentielles des relations de genre sur le programme ainsi que les avantages relatifs qui en découlent tant pour les femmes que pour les hommes.

L'examen des inégalités, des différences et des relations fait partie intégrante de l'analyse socio-économique et il ne saurait être séparé du contexte social élargi. Même à l'intérieur d'une seule culture ou d'un seul pays, ni les hommes ni les femmes ne forment un bloc homogène. D'autres facteurs sociaux, dont la classe, la race, l'ethnicité, le revenu, le niveau d'instruction, la religion et l'emplacement géographique, interagissent avec le genre et ils influencent l'importance que peuvent revêtir les rôles de genre et les relations liées au genre au sein d'un programme donné.

Les agences de développement ont proposé divers instruments d'analyse en vue de guider la collecte et l'analyse d'informations nécessaires à l'intégration de la perspective du genre (« gender mainstreaming ») (cf. les références des manuels supplémentaires cités à l'Appendice 3). Les questions précises qui façonnent une analyse particulière dépendent du secteur et des objectifs de l'agence envers le sujet du genre et des femmes dans le développement. La politique de l'USAID exige que la notion de genre soit prise en compte pour améliorer la condition des femmes et les résultats en matière de développement.

La discrimination liée au genre est le traitement inéquitable, y compris le traitement injuste et inégal, d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de considérations de genre. La discrimination liée au genre est une infraction aux droits de la personne, y compris le droit d'être traité de manière juste et égale par les gouvernements dans le cadre des programmes publics, des politiques et des lois du pays.

L'égalité des genres permet aux femmes et aux hommes de jouir à part égale des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources et des avantages qui découlent du développement. L'évolution des rôles et des identités de genre au fil du temps signifie que la programmation du développement peut avoir des répercussions sur l'inégalité des genres, qu'elle l'accroisse ou qu'elle la fasse reculer.

³⁶ DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Co-operation, 1998 (Paris: OECD, 1998).

L'équité entre les genres consiste à traiter les femmes et les hommes de manière équitable. Pour assurer l'impartialité, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes de fonctionner sur un pied d'égalité avec les hommes. Les stratégies appliquées en ce sens visent à parvenir à l'égalité des genres. L'équité est le moyen ; l'égalité est l'aboutissement de la présence de politiques, de programmes et d'institutions plus équitables ainsi que de la distribution plus équitable des ressources.³⁷

L'intégration du genre implique la prise en considération des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes au niveau de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes. Ce que la société attend des femmes et des hommes aussi bien que le pouvoir relatif de chacun affectent les rôles des uns et des autres dans l'exécution des activités, et c'est aussi ce qui détermine qui tirera parti des bienfaits escomptés. Le fait de tenir compte des inégalités et de concevoir des programmes de développement à même de les atténuer devrait contribuer à un surcroît non seulement d'efficacité, mais aussi d'équité/d'égalité sociales. L'expérience a montré qu'on ne parvient pas à des changements durables quand on axe les activités exclusivement sur les femmes ou sur les hommes.

« **Gender mainstreaming** » est le terme utilisé dans le plateau d'action adopté lors de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, pour désigner les méthodes et les arrangements institutionnels destinés à réaliser l'égalité des genres. Le concept du « gender mainstreaming » dépasse le cadre de la prise en compte des considérations de genre dans les programmes. Au lieu de considérer les questions de genre comme

des intérêts spéciaux qu'il convient de traiter à part, elle traite les considérations de genre en tant que facteurs essentiels à intégrer à toutes les procédures relatives à la formulation des politiques, à la planification, à l'évaluation et à la prise de décisions.

Le « mainstreaming » implique que le souci d'égalité entre les femmes et les hommes doit être présent dans tous les aspects des politiques, des stratégies et des interventions en faveur du développement. Il ne s'agit pas de se contenter de faire participer les femmes à un programme de développement qui a déjà été arrêté. Au contraire, il faut veiller à ce que les femmes comme les hommes prennent part à l'élaboration des objectifs et à la planification afin que le développement réponde aux priorités et aux besoins des deux sexes. Dès lors, cette approche suppose une démarche soucieuse d'égalité en ce qui concerne les analyses, les politiques, la planification et les pratiques institutionnelles qui définissent les conditions globales du développement. Le « mainstreaming » exige que soit effectuée l'analyse des incidences potentielles, sur les femmes comme sur les hommes, des interventions en faveur du développement dans tous les domaines du développement sociétal. Ce genre d'analyse doit être effectuée *avant* que les décisions importantes ne soient prises en matière d'objectifs, de stratégies et de distribution des ressources.³⁸

La perspective du genre est l'approche théorique et méthodologique qui nous permet de reconnaître et d'analyser les identités, les points de vue et les relations, en particulier entre femmes, entre femmes et hommes, et entre hommes.³⁹

³⁷ CIDA, *A Project-level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

³⁸ SIDA, *A Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997).

³⁹ Susan Paulson, Maria Elena Gisbert, and Mery Quinton, *A Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health: A Training Manual for Health Care Providers* (Research Triangle Park : Projet d'études sur les femmes (Women Studies Project, WSP) de Family Health International, dans le cadre d'un accord de coopération conclu avec l'USAID en 1999).

Les rôles et les identités de genre varient selon les cultures et les époques. On note souvent des différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les activités qu'ils entreprennent, leur accès aux ressources et leur contrôle des ressources, leur participation à la prise de décisions et le pouvoir qu'ils ont de vivre leur vie. Les positions sociales qui sont assignées aux femmes sont définies relativement à celles des hommes, et vice-versa. Dans la plupart des sociétés, les femmes ont moins accès que les hommes aux ressources, aux possibilités et à la prise de décisions. Les institutions sociales, politiques et économiques de la société (la famille, l'école, les industries, les organisations religieuses et les gouvernements) sont elles aussi organisées selon le clivage des genres. Elles ont tendance à incorporer et à renforcer l'inégalité des relations de genre et des valeurs d'une société. Toutefois, les rôles et les identités de genre peuvent subir de profondes mutations.

L'accès aux ressources et le contrôle des ressources englobe les diverses façons dont les ressources sont distribuées entre les femmes et les hommes. **L'accès** est défini comme étant la possibilité ou la capacité d'utiliser une ressource. **Le contrôle** est le pouvoir de décider la façon dont la ressource sera utilisée. C'est la capacité de prendre des décisions au sujet des ressources et d'en retirer des avantages. Souvent, les femmes ont accès aux ressources, mais elles n'en ont pas le contrôle.⁴⁰

Les droits de l'homme⁴¹, ou les droits de la personne, sont des droits universels, indivisibles, interdépendants, solidaires et inaliénables reconnus par le droit international. Ils regroupent les droits

civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, dont le droit au développement tel qu'il est exprimé dans un grand nombre de traités internationaux et d'autres documents, par exemple la Plateforme d'action de Beijing. Tous les gouvernements sont contraints juridiquement de respecter un tronc commun de droits de la personne fondés sur les principes universels de la dignité de l'homme, de la liberté et de l'égalité, lesquels sont applicables à tout un chacun. Tous les droits de la personne, en particulier ceux qui touchent aux droits en matière de procréation, doivent être pris en compte à toutes les étapes d'un programme de développement. La perspective du genre en santé publique oriente les programmes de SR et de VIH/SIDA sur le respect des droits. Les démarches de cette nature s'inspirent des dispositions contenues dans des accords internationaux, notamment sur les droits de l'homme, qui protègent le respect, la dignité, l'égalité et l'estime de soi de tous les êtres humains.

La masculinité et la féminité, à l'instar du genre, sont des construits sociaux influencés par une myriade de forces, dont l'histoire, la culture, la religion et l'économie. Des études confirment l'existence de modèles normatifs de masculinité et de féminité, acceptés tant par les hommes que par les femmes, qui sont à l'origine des inégalités dans leurs relations. Des modèles courants de masculinité qui mettent en valeur la supériorité de l'homme suscitent de plus en plus fréquemment toute une gamme de réactions négatives chez les hommes, tels la tension, la gêne, le conflit et le rejet.⁴²

⁴⁰ Adaptation tirée de Oxfam, *A Guide to Gender-Analysis Frameworks* (Oxford: Oxfam, 1999).

⁴¹ Les droits de l'homme sont énoncés dans de nombreux instruments internationaux, tels la Charte des Nations Unies (1945), la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme (1985), la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de la conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993), le Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (1994) et la Déclaration et la Plateforme d'action de Beijing de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (1995), pour ne citer que ces exemples.

⁴² José Olavarría and Teresa Valdés, *Literature Review for the Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms* (New York and Oaxaca: AVSC and IPPF/WHR, 1998).

Les hommes et l'égalité des genres — Pour arriver à l'égalité des genres, il faut appuyer d'autres modèles de masculinité qui ne s'opposent pas nécessairement aux modèles de féminité et qui permettent aux hommes de se comporter de manière à encourager l'égalité entre eux et les femmes. Par exemple, on pourrait apprendre aux hommes à montrer leurs émotions et à partager les responsabilités en matière de reproduction, notamment dans le domaine de la contraception, de la garde des enfants et du bien-être financier.⁴³

Les droits en matière de reproduction regroupent un nombre de droits de l'homme, y compris certains droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.⁴⁴

Le sexe renvoie aux différences biologiques entre les femmes et les hommes. Les différences sexuelles portent sur la physiologie des femmes et des hommes.

Les droits de la femme font partie des droits de la personne. Lors de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing (Chine) en 1995, la communauté internationale a explicitement reconnu pour la première fois que : 1) les individus ont des droits vis-à-vis des nations en vertu du droit international (concept applicable à tous les droits de l'homme) ; 2) les femmes sont capables de jouir de droits juridiques ; 3) les femmes et les hommes ont des droits égaux. Les droits de la femme comprennent l'égalité en général entre les femmes et les hommes ainsi que des droits qui sont particulièrement pertinents pour les femmes, en matière de procréation par exemple.⁴⁵

⁴³ Olavarría and Valdés, 1998.

⁴⁴ Le gouvernement des Etats-Unis n'a pas pour politique d'appuyer les efforts de plaider pour le droit à l'avortement.

⁴⁵ Felice D. Gaer, "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights," in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

APPENDICE 2

Le Groupe de travail interagences sur le genre, Bureau de la Santé mondiale de l'USAID

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif d'organisations qui regroupent notamment le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID, des agences de coopération financées par l'USAID, des associations de plaidoyer pour la santé et les intérêts des femmes, ainsi que des particuliers. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres⁴⁶ dans le contexte des programmes en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de SR et de VIH/SIDA et de favoriser le développement durable. Les objectifs précis de l'IGWG sont les suivants :

- Faire œuvre de sensibilisation et fédérer les synergies entre les résultats en matière d'équité entre les genres, de santé de la reproduction et de VIH/SIDA ;
- Recueillir des données empiriques et identifier les meilleures pratiques en ce qui concerne le genre, la SR et le VIH/SIDA ;
- Promouvoir les meilleures pratiques et faire passer le message sur terrain ;
- Mettre au point les outils opérationnels pour l'intégration de l'approche « genre » dans les programmes de population, de santé et de nutrition ;
- Assurer le leadership technique et fournir une assistance technique.⁴⁷

Structure organisationnel de l'IGWG

L'IGWG compte entre 60 et 80 membres actifs et il gère un listserv qui regroupe plus de 350 abonnés. Ce groupe a principalement axé ses efforts sur l'éducation en matière de genre, le plaidoyer et la mise au point d'outils opérationnels. Un groupe consultatif technique lui sert d'organe consultatif et de planification stratégique. Ses membres veillent à ce que l'IGWG aborde les questions relatives à la santé de la reproduction au fur et à mesure qu'elles se présentent et qu'ils répondent de même aux besoins qui se font jour. Plus précisément, cet organe consultatif a identifié des domaines techniques prioritaires, à savoir : la violence liée au genre, les jeunes et le genre, le VIH/SIDA et le genre, et l'intérêt continu porté à la participation des hommes et à la double protection.

A l'aide de modestes subventions, des groupes de travail distincts mettent en œuvre des activités de l'IGWG dans les domaines techniques identifiés par l'organe consultatif. La dissémination et la formation sont intégrées aux activités continues de l'IGWG. L'assistance technique sur le terrain est fonction des demandes des pays.

La nature coopérative et participative qui caractérise l'IGWG depuis sa création demeure une priorité. La participation aux groupes de travail d'une vaste gamme d'AC de l'USAID, ainsi que d'agences non financées par cette dernière, est vivement encouragée. De surcroît, des mises à jour techniques sur diverses questions pertinentes seront proposées à tous ces organismes, qu'ils bénéficient ou non de fonds de l'USAID. La première, consacrée à la violence liée au genre, a eu lieu en mai 2002.

⁴⁶ Cf. page 5 pour une discussion complémentaire du concept de l'équité des genres et de l'égalité entre les genres.

⁴⁷ Ces objectifs rappellent ceux qui sont décrits dans le Guide de l'IGWG intitulé *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs* [Washington, DC : PRB for IGWG, 2000]. Le présent Manuel et le guide DP/AD (RFAs/RFPs) ont été conçus de manière à se compléter mutuellement.

Pour s'abonner au listserve de l'IGWG

Comme déjà mentionné, l'IGWG gère un listserve réservé à ses abonnés. Ceux-ci reçoivent du courriel relatif aux progrès effectués par l'IGWG et des mises à jour sur les produits et les services ainsi que d'autres informations. De plus, le listserve diffuse des articles d'actualité intéressants et il tient ses abonnés au courant de la tenue de conférences, d'ateliers et de communications. Pour un complément d'information sur le listserve de l'IGWG, contacter la modératrice du listserve :

Charlotte Feldman-Jacobs
Population Reference Bureau
Courriel : cfeldmanjacobs@prb.org.
Téléphone : 202.483.1100

Pour tout renseignement supplémentaire sur l'IGWG, prière de contacter IGWG@usaid.gov ou de téléphoner au 202.712.0662.

APPENDICE 3

Ressources et références sur le genre

SITES WEB

Genre et développement

Analytical Tools for Human Development:
www.undp.org/hdro/

Beijing: www.un.org/womenwatch/confer/beijing5/

BRIDGE online resources,
www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html

Canada and development: www.acdi-cida.gc.ca/equality

Gender Equity Group, OECD, Development Assistance Committee:
www.oecd.org/dac/gender/index.htm

United Nations Development Program: www.undp.org/gender

USAID Office of Women in Development: www.usaid.gov puis cliquer sur « gender » ; ou www.genderreach.com et www.genderreach.com/links/genderlinks.htm

Genre et santé de la reproduction

ICPD: www.unfpa.org/icpd/index.htm

IGWG: www.igwg.org

MANAGER'S ELECTRONIC RESOURCE CENTER: Managing Reproductive Health Services with a Gender Perspective, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.8.htm&language=English&module=chs>

SOURCES IMPRIMEES

Publications de l'IGWG, USAID (www.igwg.org)

Exploring Gender Perspectives in Population and Health Programs: Workshop Findings and Recommendations, document établi sur la base d'ateliers tenus en 1999.

A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming, pour incorporer le genre à la conception et à l'évaluation des programmes de Population, de santé et de nutrition.

Gender and Reproductive Health Training Curriculum contient des modules relatifs à l'intégration des considérations liées au genre dans divers aspects de la programmation en matière de santé.

Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV/AIDS: Summary of a Technical Update, document établi sur la base de la mise à jour technique en date du 1^{er} mai 2002.

Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs, instrument pour la conception des programmes de l'USAID en matière de santé de la reproduction conformément aux lignes directrices de l'ADS sur le genre.

Helping Involve Men (HIM), CD-ROM sur la recherche et la documentation programmatique relative à la participation des hommes en matière de santé de la reproduction.

Involving Men in Sexual and Reproductive Health: guide d'orientation sous forme de CD-ROM.

Involving Men to Address Gender Inequities: Three Case Studies, fait ressortir des interventions novatrices visant à faire participer les hommes aux programmes en matière de santé de la reproduction.

Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: An Analysis, données fondamentales du genre et de la recherche en matière de santé de la reproduction, fondées sur les principes de la CIPD et de la Conférence de Beijing (un résumé de cette analyse est également disponible).

Manuels sur l'intégration du genre et le « gender mainstreaming »

The Centre for Development and Population Activities, *Gender Equity: Concepts and Tools for Development* (Washington, DC: CEDPA, 1996). Document accessible au : www.cedpa.org.

Morris, Patricia, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 1999).

Save the Children, *Best Practices in Gender Relations Analysis. From Analysis to Action: Integrating Gender into Programs* (Washington, DC: Save the Children, 1996).

United Nations Development Programme, *Gender Mainstreaming Programme and Project Entry Points: Learning and Information Pack* (New York: United Nations, January 2001). Document accessible au : <http://learning.undp.org>.

Manuels sur le genre et la santé de la reproduction

Davison, Peter, Roger Davis, and Andrew Safer, *Healthy Relationships Violence Prevention Curriculum* (Halifax, Nova Scotia: Men for Change, 1997). Document accessible au : www.m4c.ns.ca/

Gender and Health Group, *Guidelines for the Analysis of Gender and Health* (Liverpool: Department for International Development [DFID] and the Liverpool School of Tropical Medicine, January 1999). Document accessible au : www.liv.ac.uk/lstm/.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, *Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective* (New York: IPPF/WHO, January 2000). Document accessible au : www.ippfwhr.org.

Ipas and HD Networks, *Gender or Sex: Who Cares? Skills-Building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers* (Chapel Hill, NC: Ipas, 2001). Document accessible au : www.ipas.org.

Paulson, Susan, Maria Elena Gisbert, and Mery Quitón, *Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health:*

A Training Manual for Health Care Providers (Research Triangle Park, NC: Women Studies Project of Family Health International through a Cooperative Agreement with USAID, 1999).

Program for Appropriate Technology in Health, *Promoting a Healthy Alternative to Female Genital Mutilation: A Tool for Program Implementers* (Washington, DC: PATH, 2001). Document accessible au : www.path.org.

Sorenskin, Freya, Kelly Stewart, Laura Duberstein Lindberg, Marta Pernas, and Sean Williams, *Involving Males in Preventing Teen Pregnancy; A Guide for Program Planners* (Washington, DC: The Urban Institute). Document accessible au : www.urban.org/family/invmales.html.

Swedish International Development Cooperation Agency, *Handbook for Mainstreaming: A Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997). Document accessible au : www.sida.se.

Welbourn, Alice, *Stepping Stones: A Training Package on HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills* (London, UK: ACTIONAID, 1995). Disponible auprès de TALC Publications, www.talcuk.org/stratshope/order.html.

World Health Organization, *Transforming Healthy Systems: Gender and Rights in Reproductive Health* (A Training Manual for Health Managers) (Geneva: WHO, 2000). Document accessible au : <http://who.int/reproductive-health/>.

Autres manuels de planification (multisectorielle) sur le genre

Chambers, R., "Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm," *World Development* 22, no.10 (1994): 1437-1454.

Connell, D., "Participatory Development: An Approach Sensitive to Class and Gender," *Development in Practice* 7, no. 3 (1997): 248-259.

European Union, *A Guide to Gender Issues in Managing European Community Cooperation with Latin American, Asian, and Mediterranean Countries* (Brussels: EU, 1993).

Lingen, A. with R. Brouwers, *Gender Assessment Studies: A Manual for Gender Consultants* (The Hague: ISSAS/NEDA, 1997).

Moser, Caroline, *Evaluating Gender Impact: New Directions for Evaluations* 67 (1995): 105-117.

Overholt, C., K. Cloud, M. Anderson, and J. Austin, *Gender and Development: A Framework for Project Analysis* (Rome: FAO, 1991).

Rao, A., M. Anderson, and C. Overholt, *Gender Analysis in Development Planning: A Case Book* (West Hartford: Kumarian Press, 1985).

World Bank (nd.), *Checklist of Current Interventions to Incorporate Gender into the Project Cycle* (Washington, DC: The World Bank). Document accessible au : www.worldbank.org/gender.

Ressources sur le genre en matière de suivi et d'évaluation

Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1995).

Canadian International Development Agency, *A Project Level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

Hardon, A., A. Mutua, S. Kabir, and E. Engalkes, *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights: A Manual for Empowerment* (London: Zed Press, 1997).

Osterhaus, Juliane and Walter Salzer, *Gender Differentiation throughout the Project Cycle: Pointers for Planning, Monitoring and Evaluation* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 1995). Document accessible au : www.gtz.de/home/english.

Approches en matière d'intégration aux politiques des considérations liées au genre

Gherardi, S., *Gender, Symbolism and Organisational Cultures* (London: Sage Publications, 1995).

MacDonald, M, E. Sprenger, and I. Dubeel, *Gender and Organisational Change — Bridging the Gap between Policy and Practice* (Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1997).

Murthy, R., "Power, Institutions, and Gender Relations: Can Gender Training Alter the Equation?" *Development in Practice* 8, no. 2 (1998): 203-211.

The World Bank, *Engendering Development — Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice* (Washington, DC: World Bank, 2001). Document accessible au : www.worldbank.org/gender/prr/.

Autres références

Alberti, Amalia, Deborah Caro, Jill Posner, Sidney Schuler, and Anna-Britt Coe, *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTech Project, 1998).

Alsop, R., "Whose Interests? Problems in Planning for Women's Practical Needs," *World Development* 21, no. 3 (1993): 367-377.

Bruce, Judith, and Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000). Document accessible au : www.popcouncil.org.

The Centre for Development and Population Activities, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, September 2001).

The Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000). Document accessible au : www.crlp.org.

_____, *Reproductive Rights are Human Rights* (New York: CRLP, 1999).

Coe, Anna-Britt, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, April 2001).

de Bruyn, Maria, Helen Jackson, Marianne Wijermars, Virginia Curtin Knight, and Riet Berkvens, *Facing the Challenges of*

HIV/AIDS/STDs: a gender-based response (Amsterdam: KIT, SAfAIDS, World Health Organization, 1995/8).

The Federation for Women and Family Planning, *Advocacy for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: CEDPA and PROWID/ICRW, 1999).

Gaer, Felice D., "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights," in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

Galdos, Susana and Barbara Feringa, *Creating Partnerships at the Grassroots Level: The REPROSALUD Project, Peru* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, sans date).

Hawkesworth, M., "Policy Studies Within A Feminist Frame," *Policy Sciences*, 27 (1994): 97-118.

Kabeer, Naila, "Gender-Aware Policy and Planning: A Social Relations Perspective," in M. Macdonald (ed.), *Gender Planning In Development Agencies* (Oxford: Oxfam, 1994): 80-97.

Men, Masculinities and Gender Relations in Development. Document accessible au : www.brad.ac.uk/acad/dppc/gender/mandmweb/contents.html.

Molyneux, M., "Mobilization without Emancipation/Women's Interests, State and Revolution in Nicaragua," *Feminist Studies*, 11, no. 2(1985): 227-254.

Moser, Caroline, *Gender Planning and Development. Theory, Practice and Training* (London: Routledge, 1993).

Moser, Caroline, "Gender Planning in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs," *World Development* 17, no. 11 (1989): 1799-1818.

Murison, Sarah, "Some Thoughts on Capacity and Leadership for Gender Mainstreaming," communication présentée lors du Third Change Agents Workshop (Washington, DC: InterAction, November 29, 2001).

OECD, *DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation* (Paris: OECD, 1998).

Oyediran, Kola and Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviors: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington, DC: CEDPA, August 2003).

Population Council, *Power in Sexual Relationships: An Opening Dialogue Among Reproductive Health Professionals* (New York: Population Council, 2001).

Razavi, S., "Fitting Gender Into Development Institutions," *World Development* 25, no.7 (1997): 1111-1125.

Secretary General of the United Nations, *Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration* (New York: UN, September 6, 2001).

Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council, 1999).

Tostan, *Senegalese Women Remake Their Culture*, (sans date). Document accessible au : www.tostan.com/.

Truong, T., "Gender And Human Development: A Feminist Perspective," *Gender, Technology And Development* 1, no. 3 (1997): 350-370.

United States Agency for International Development, *From Commitment to Action: Meeting the Challenges of ICPD* (Washington, DC: USAID, 1999).

Wieringa, S., "Women's Interests and Empowerment: Gender Planning Reconsidered" *Development and Change* 25, no.4 (1994): 829-848.

Young, K., "Reflections on Meeting Women's Needs," in K. Young (ed) *Women and Economic Development: Local, Regional And National Planning Strategies* (Paris: UNESCO, 1988): 1-30.

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif qui regroupe des organisations non gouvernementales, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), des agences de coopération et le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres dans le contexte des programmes de population, de santé et de nutrition en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé de la reproduction et de VIH/SIDA et de favoriser le développement durable. Pour tout renseignement complémentaire, consulter le site www.igwg.org.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, prière de s'adresser à :

**Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728
Site web : www.prb.org
Téléphone : (202) 483-1100
Courriel : prborders@prb.org**



**Manual de Integración
de una Perspectiva de
Género en Programas de
Salud Reproductiva y VIH:**

DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN



Esta publicación en inglés se elaboró con apoyo de MEASURE *Communication* (HRN-A-000-98-000001-00), proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Este documento en español fue producido por Family Health International (FHI) mediante el Acuerdo Cooperativo CCP-A-00-95-00022-02 de USAID para el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género, red que comprende organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones cooperantes (OC) financiadas por USAID y la Oficina para la Salud Mundial de USAID. Los ejemplos proporcionados en esta publicación incluyen experiencias de organizaciones aparte de USAID. Esta publicación no proporciona orientación oficial acerca de USAID sino que presenta ejemplos de estrategias innovadoras para la integración de una perspectiva de género en los programas de salud reproductiva y VIH que pueden ser útiles para responder a los requisitos de la Agencia a fin de incorporar consideraciones de género en la planificación de programas. Para orientación oficial acerca de USAID respecto a las consideraciones de género, los lectores deben remitirse al Sistema Automatizado de Directivas (ADS) de USAID.

Editora: Marina McCune, FHI
Impresora: Chamblee Graphics

MANUAL DE INTEGRACIÓN DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y VIH: DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN

MARZO DE 2005

Preparado en nombre

del Grupo del Manual para la Integración de una Perspectiva de Género

para el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género de USAID

**Por Deborah Caro (Cultural Practice, LLC),
con Jane Schueller (FHI),
Maryce Ramsey (anteriormente con CEDPA),
y Wendy Voet (JHPIEGO)**

AGRADECIMIENTOS

En el proceso de elaboración del Manual han participado muchas personas durante varios años. Estamos sumamente agradecidos por las numerosas horas y la gran diversidad de ideas que estas personas ofrecieron. Las autoras quisieran reconocer y agradecer a los contribuyentes mencionados más adelante por el cuidado minucioso y la atención que prestaron a la creación del Manual.

Oficina de Población y Oficina del VIH/SIDA de USAID

Michal Avni
Elizabeth DuVerlie (asesora)
Bessie Lee
Diana Prieto
Audrey Seger

Organizaciones cooperantes

Linda Ippolito, anteriormente de INTRAH/Prime
Lily Kak, anteriormente de CEDPA
Lyn Messner, Peace Corps
Candy Newman, INTRAH/Prime
Shelagh O'Rourke, anteriormente de CEDPA
Laurie Zivetz, asesora en desarrollo internacional

Grupos de abogacía para la salud de la mujer

Julia Ernst, CRLP
Rebecca Firestone, anteriormente de CHANGE
Jill Gay, asesora independiente
Rupsa Malik, CHANGE

Revisores

Maria de Bruyn, Ipas
Jill Gay, asesora independiente
Jodi Jacobson, Anna-Britt Coe, y Avni Amin, CHANGE
Julia Masterson, anteriormente con CEDPA
Lauren Voltero, INTRAH/Prime

También nos gustaría agradecer a las siguientes organizaciones que contribuyeron con el tiempo del personal y con recursos para el Manual.

Family Health International (FHI)
Cultural Practice, LLC
JHPIEGO Corporation
CATALYST Project
INTRAH/Prime
Population Reference Bureau (PRB)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
The Center for Health and Gender Equity (CHANGE)
The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)

Dos grupos de personas merecen mención especial. Alice Mutungi y sus colegas del Centro Regional para la Calidad de la Atención de Salud examinaron meticulosamente y pusieron a prueba sobre el campo el Manual en Uganda. Proporcionaron observaciones muy útiles para facilitar más el uso del Manual. Anabella Sánchez, Gloria Córdón y Lucky Peinado de USAID/Guatemala organizaron tres talleres sobre género con la Misión de USAID y personal cooperante de la organización. Su retroinformación relativa a cómo usar el Manual en un contexto de capacitación fue imprescindible.

ÍNDICE

Agradecimientos	ii
Lista de siglas.....	iv
Prefacio	v
Resumen breve de los capítulos	vii
INTRODUCCIÓN	1
PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	7
ELEMENTOS DE UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	11
PROCESO PARA INTEGRAR UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO DEL PROGRAMA.....	17
Paso 1. Examinar los objetivos del programa	18
Paso 2. Recopilar datos	24
Paso 3. Analizar información	30
Paso 4. Diseñar elementos y actividades	34
Paso 5. Diseñar y monitorear indicadores	38
Paso 6. Adaptar el diseño y las actividades	44

APÉNDICES

Apéndice 1. Conceptos y terminología	51
Apéndice 2. Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG) de la Oficina para la Salud Mundial de USAID	54
Apéndice 3. Recursos y referencias sobre género	56

LISTA DE SIGLAS

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional	JHPIEGO	JHPIEGO Corporation, afiliada a Johns Hopkins University
ADS	Sistema Automatizado de Directivas	MS	Ministerio de Salud
AIIH & PH	Instituto All India de Higiene y Salud Pública	NACO	Organización Nacional de la India para el Control del SIDA
ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional	NORAD	Agencia Noruega para el Desarrollo
CCP	Centro para Programas de Comunicación, Universidad de Johns Hopkins	OC	Organización Cooperante (Organizaciones no gubernamentales y firmas asesoras que ejecutan programas financiados por USAID)
CEDPA	Centro para Actividades de Desarrollo y Población	OECD/DAC	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico/Comité de Ayuda al Desarrollo
CHANGE	Centro para la Salud y Equidad de Género	OG	Organización Gubernamental
DC	Distribución Comunitaria	OMS	Organización Mundial de la Salud
DFID	Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional	ONG	Organización No Gubernamental
DG	Democracia y Governabilidad	ONU	Organización de las Naciones Unidas
DMSC	Comité Durbar Manila Samanwaya - India	PMP	Plan de Monitoreo de Programas
EGF	Excisión Genital Femenina	PROWID	Programa para la Promoción del Involucramiento de Mujeres en el Desarrollo
ENABLE	Posibilitar Cambio para la Salud Reproductiva de la Mujer	PSN	Población, Salud y Nutrición
FWCW	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de las Naciones Unidas	RFA	Solicitud de Aplicaciones
FWFP	Federación Polaca para la Mujer y la Planificación Familiar	RFP	Solicitud de Propuestas
HNV	Huérfanos y otros niños vulnerables	SR	Salud Reproductiva
ICPD	1994 Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, Egipto)	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IEC	Información, Educación y Comunicación	TAG	Grupo Consultivo Técnico
IGWG	Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PREFACIO

El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG), establecido en 1997, es una red de organizaciones, incluida la Oficina para la Salud Mundial de USAID, organizaciones cooperantes (OC) financiadas por USAID, grupos de abogacía¹ para la salud y la mujer, e individuos. El IGWG promueve la equidad/igualdad de género² en los programas para mejorar los resultados de salud reproductiva/VIH/SIDA y fomentar el desarrollo sostenible.

Los objetivos del IGWG son:

- Aumentar la concientización y el compromiso en cuanto a la sinergia entre la equidad de género y los resultados de salud reproductiva (SR) y VIH/SIDA;
- Recopilar datos empíricos y prácticas más adecuadas respecto a género y SR/VIH/SIDA;
- Promover las prácticas y las actividades más adecuadas para llegar al campo;
- Elaborar estrategias e instrumentos prácticos para integrar una perspectiva de género en los programas de población, salud y nutrición (PSN);
- Proporcionar asistencia y liderazgo técnico.³

El enfoque principal del IGWG ha sido la educación relativa a género, la abogacía y la elaboración de instrumentos prácticos (véase una lista completa de los productos, servicios e información de contacto del IGWG en el Apéndice 3). Este Manual de Integración de una Perspectiva de Género se elaboró como un complemento para la *Guía para Incorporar Consideraciones de Género en las solicitudes de propuestas (RFP) y las solicitudes de aplicaciones (RFA) de Planificación Familiar y Salud Reproductiva*. La Guía se elaboró principalmente para directores de programas de USAID y diseñadores de programas nuevos. El Manual complementa la Guía al ofrecer orientación a los directores de programas y al personal técnico en cómo integrar una perspectiva de género en el diseño, implementación y evaluación de programas. El Manual promueve una mayor comprensión de la forma en que las relaciones e identidades de género influyen en la capacidad de las personas y los grupos de negociar y obtener decisiones y resultados mejores de SR/VIH/SIDA. Los usuarios del Manual aprenderán a aprovechar una mayor concientización respecto a género para el diseño, la implementación y la evaluación de los programas más eficaces que fortalecen la capacidad de los participantes de tomar decisiones informadas acerca de sus relaciones sexuales y salud reproductiva.

Durante el desarrollo del Manual nos dimos cuenta de las limitaciones del idioma español para modelar la equidad de género. En particular, el uso de la forma plural de las palabras suele ser la forma masculina, el hecho que oculta la inclusión de mujeres. En los

1 La palabra "abogacía" es usada en el Manual para expresar la acción de incidir en la política. En otros países usan el término "presionar por la causa" o la palabra "advocacy" que viene del inglés. Por no contar con un término estandarizado, hemos optado por la palabra "abogacía."

2 Véase la página 11, donde se examinan más a fondo los conceptos de la equidad en materia de género y la igualdad en materia de género.

3 Estos objetivos son muy similares a los descritos en la *Guía del IGWG para Incorporar Consideraciones de Género a RFA y RFP de Planificación Familiar y Salud Reproductiva de USAID* (Washington, DC: PRB por USAID, 2000).

últimos años se han ofrecido varias respuestas a este problema. Una modificación común es escribir hombres y mujeres, niños y niñas para recalcar la inclusión. Sin embargo, en un texto como el presente, con limitaciones presupuestarias llega a ser muy costoso. De igual manera el uso de “los(as)” ocupa mucho espacio y llega a ser incómodo para leer y hablar. Una innovación reciente es el uso del signo “@” para reemplazar a la letra “o” para dar a entender tanto el femenino como el masculino. En la preparación del texto pensábamos usar el signo arroba “@”. La ventaja del signo es que obliga al lector@ a reflexionar sobre el sesgo masculino del idioma.

Al final, decidimos no usar el signo porque hace el texto difícil de leer en voz alta y porque el signo “@” no tiene sonido fonético. Esperamos que el contenido del manual y sus objetivos de integrar una perspectiva de género en forma transversal en los programas estimulará el reflejo acerca de las limitaciones de las formas lingüísticas que también tienen la capacidad de limitar la equidad de género.

Las autoras del IGWG ven el Manual como un instrumento para usarse, adaptarse y mejorarse mediante su aplicación. Las autoras esperan que los usuarios del Manual pasarán de un compromiso con la integración de una perspectiva de género en el diseño de programas a hechos concretos a lo largo de la implementación.⁴ Se agradecerá toda retroalimentación acerca del programa y sugerencias para mejorarlo.

⁴ Véase la cláusula de exención de responsabilidad en la parte interior de la portada.

RESUMEN BREVE DE LOS CAPÍTULOS

EL CAPÍTULO I describe los antecedentes del Manual y cómo y cuándo usarlo. En este capítulo también se definen algunos términos de género y conceptos claves usados en todo el documento.

EL CAPÍTULO II esboza los principios orientadores que deben incorporarse en todos los programas a los que se integra una perspectiva de género. Estos principios orientadores proporcionan los pilares subyacentes de los programas equitativos y sostenibles de SR/VIH/SIDA.

EL CAPÍTULO III examina y describe cada una de las estrategias concretas para implementar los principios del Capítulo 2. Estos son elementos comunes de varios proyectos analizados por las autoras del Manual. En condiciones ideales estos factores juntos constituyen los elementos fundamentales de un programa al que se integra una perspectiva de género y a las organizaciones quizá les convenga tratar de lograr este ideal cuando el presupuesto, el tiempo y los recursos de personal lo permitan. Al final de este capítulo hay un ejercicio que las organizaciones pueden usar para evaluar el grado al que han incorporado los principios y elementos orientadores en sus programas.

EL CAPÍTULO IV describe un proceso para integrar una perspectiva de género en cada etapa del ciclo del programa. Proporciona una serie de preguntas orientadoras y consejos metodológicos. Los estudios de caso de proyectos reales ilustran la integración de una perspectiva de género en cada etapa de la elaboración del proyecto y demuestran la conexión entre elementos claves de una estrategia a la que se integra una perspectiva de género y las acciones del proyecto. Los seis pasos para la integración de una perspectiva de género en el ciclo de programación son:

- PASO 1: Examinar los objetivos del programa para determinar el grado de atención que prestan a los asuntos de género; reformularlos para que fortalezcan la sinergia entre las metas de género y de salud; identificar los participantes, usuarios e interesados directos.
- PASO 2: Recopilar datos sobre las relaciones, roles e identidades de género que son pertinentes para el logro de los resultados del programa.
- PASO 3: Analizar la información sobre las diferencias de género que pueden influir en el logro de los objetivos del programa.
- PASO 4: Diseñar elementos y actividades programáticos que aborden asuntos de género.
- PASO 5: Desarrollar y monitorear indicadores que midan los resultados específicamente relacionados con asuntos de género; evaluar la efectividad de los elementos del programa diseñados para abordar asuntos de género.
- PASO 6: Adaptar el diseño y las actividades basándose en resultados de monitoreo y evaluación; fortalecer los aspectos del programa que tienen éxito y replantear los aspectos que no lo tienen.

Al final del capítulo 4 se presenta una matriz que las organizaciones pueden usar para llevar a cabo los pasos presentados.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué usar este manual?

Al aumentar la atención que se presta a los objetivos de equidad/ igualdad de género en programas de salud reproductiva (SR) y contra el VIH/SIDA se promueve el respeto a las necesidades y los derechos fundamentales de los individuos y de las comunidades. La integración de una perspectiva de género hace que los programas y las políticas sean receptivos a las realidades sociales, económicas, culturales y políticas que limitan o mejoran la salud reproductiva y la satisfacción personal. Al guiar a las organizaciones respecto a la manera de integrar una estrategia de equidad/igualdad de género en los programas de SR/VIH/SIDA, este Manual ayudará a los encargados de la implementación de los programas en lo siguiente:

- Mejorar la calidad de los servicios de SR/VIH/SIDA;
- Responder más eficazmente a las necesidades de los participantes de los programas;
- Hacer que los programas sean sostenibles;
- Informar mejor y empoderar a los clientes;
- Mejorar la comunicación de las parejas;
- Mejorar la utilización de los servicios;
- Ampliar el impacto en el desarrollo y mejorar las sinergias en todos los sectores.⁵

Tener en cuenta las disparidades de género y la mejora de equidad/ igualdad de género también contribuye a resultados concretos de SR/VIH, como por ejemplo:

- Incremento en la prevalencia de uso de anticonceptivos;
- Reducción de la transmisión del VIH;
- Reducción de la fertilidad;
- Reducción de la violencia contra la mujer;
- Disminución de la mortalidad materna.⁶

Además, USAID ha reconocido el valor de la integración de una perspectiva de género en sus programas al incorporar dicha integración a las directivas de políticas y mediante los compromisos con la promoción de la equidad de género que el Gobierno de los Estados Unidos ha realizado al firmar convenios internacionales.

1. Las directivas de USAID requieren la integración de una perspectiva de género en los programas de SR/VIH/SIDA.⁷

La política de USAID, según se declara en el Sistema Automatizado de Directivas (ADS), requiere la integración de consideraciones de género en los programas de la Agencia. El ADS exige que los directores de programas incorporen consideraciones de género al diseño de nuevos contratos, subvenciones y convenios cooperativos y pide al personal lo siguiente:

- Realizar los análisis apropiados de género en toda la variedad de temas técnicos que se consideran al elaborar algún Plan Estratégico.

5 La labor de SR/VIH/SIDA que no aborda los prejuicios por razón de género ponen en peligro los resultados de salud que los proyectos esperan lograr y pueden además exacerbar las desigualdades por razón de género. Casi todas las referencias presentadas en el Manual respaldan la idea de que el abordar las cuestiones de género mejorará los programas de SR/VIH/SIDA. Los datos adicionales sobre el impacto ayudarán a documentar la forma en que los programas equitativos hacen mejorar el bienestar y la salud reproductiva de los participantes. Si se desea ver una encuesta preliminar de los escritos que documentan el impacto que tienen en la salud reproductiva los programas a los que se integran cuestiones de género, consúltese el informe del IGWG de Carol Boender, Sidney Schuler y col titulado "So What?": A Look at Whether Integrating Gender Into Reproductive Health Programs Makes a Difference to Outcomes (Washington, DC: PRB por IGWG, 2004).

6 Ibidem.

7 El Sistema Automatizado de Directivas (ADS) de USAID es la política de funcionamiento de la labor normativa y programática de USAID. Las series ADS 200 y 300 especifican los requisitos para integrar las consideraciones de género a políticas, programas y actividades. Respecto a los análisis técnicos requeridos para los planes estratégicos, incluido el género, véase el ADS 201.3.8.4; respecto a la integración de cuestiones de género al diseño de actividades véase el ADS 201.3.12.6 y respecto a la aprobación de actividades el 201.3.12.15; para incluir cuestiones de género en los indicadores del desempeño véase el ADS 203.3.4.3; y para incorporar cuestiones de género a los criterios de evaluación para las solicitudes de propuestas -RFP- véase el 302.5.14 y en declaraciones de programas para solicitudes de aplicaciones -RFA- véase el 303.5.5b.

- Integrar consideraciones de género a la declaración del trabajo para solicitudes competitivas de contratos (solicitud de propuestas —RFP) y descripciones de programas (solicitud de aplicaciones —RFA); y elaborar criterios de evaluación relacionados con género para clasificar las respuestas presentadas por licitantes y solicitantes.
- Incorporar una perspectiva de género en el diseño, la implementación, y el monitoreo y la evaluación de las actividades de apoyo de programas y políticas de USAID.
- Incluir indicadores de género en el Plan de Monitoreo de Programas (PMP).

2. Estados Unidos ha contraído compromisos para abordar asuntos de género.

Al firmar los acuerdos⁸ de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (ICPD) celebrada en El Cairo, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW) celebrada en Beijing, y sus análisis quinquenales, Estados Unidos declaró que, entre otras cosas, harían lo siguiente:

- Promover el empoderamiento de la mujer y la equidad/igualdad de género;
- Dejar de lado las metas demográficas para centrarse en las necesidades y los derechos de las mujeres, los jóvenes y los hombres;
- Promover una estrategia integral de la salud y los derechos reproductivos; e
- Incluir a las mujeres en el liderazgo, la planificación, la toma de decisiones, la implementación y la evaluación.

Finalidad del Manual

La finalidad principal de este Manual es ayudar en el diseño y la implementación de los programas de SR/VIH/SIDA que tienen integradas estrategias para lograr la equidad/igualdad de género.

Los programas de SR/VIH/SIDA que tienen integrados objetivos de equidad/igualdad maximizan el acceso y la calidad, apoyan la toma de decisiones y la elección en materia de reproducción de las personas, aumentan la sostenibilidad, y ponen en práctica los compromisos internacionales de los Estados Unidos y las políticas de USAID.

En segundo lugar, los especialistas en salud nacionales e internacionales pueden usar este Manual cuando elaboren respuestas a RFP y RFA. Como se señaló en el Prefacio, el antiguo Subcomité de Implementación de Programas del IGWG, también publicó una Guía de RFP/RFA, y este Manual le sirve de complemento. Los programas que usan estrategias como la que se describe en Manual tendrán una ventaja estratégica.

Destinatarios previstos

Los destinatarios principales de este Manual son los directores de programas de SR y VIH/SIDA nacionales y el personal técnico de las organizaciones cooperantes (OC) de USAID, organizaciones gubernamentales (OG), organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros encargados de la implementación, actuales y futuros. Los destinatarios secundarios de este Manual son organizaciones cooperantes con sede en los Estados Unidos y directores de programas de salud y Misiones de USAID en países afuera de los Estados Unidos.

El Manual es un instrumento para ayudar a los lectores a incorporar consideraciones de género en el ciclo del programa para lograr resultados más equitativos y sostenibles de SR/VIH/SIDA. El Manual, concebido como una guía de planificación estratégica, proporciona información relativa a principios orientadores, estrategias y pasos prácticos para la integración de una perspectiva de género, pero no pretende abordar todos los asuntos y los temas posibles de género. Se elaboró como un instrumento de planificación de programas y no como un instrumento de capacitación. Complementa otros materiales de capacitación de género y salud reproductiva al dar orientación en cuanto a la mejor forma de integrar una perspectiva de género en proyectos y programas recientemente diseñados o en curso.

8 Más recientemente, el Gobierno de los Estados Unidos ha suscrito los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que incluye un objetivo de igualdad de género: "OBJETIVO: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer" como medios eficaces para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y para estimular el desarrollo que sea verdaderamente sostenible (Secretario General de las Naciones Unidas, *Hoja de Ruta para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Nueva York, 6 de septiembre de 2001, p. 24).

Cómo usar este Manual

Este documento se ha diseñado como un manual de referencia. Puede usarse en cualquier etapa del ciclo del programa: desde el diseño del programa hasta la evaluación del mismo. Sin embargo, será más eficaz si se usa para guiar las decisiones programáticas a lo largo de todo el proyecto.

El Manual se ha organizado para que sea fácil de usar. Para algunos usuarios quizá sea conveniente remitirse a los Capítulos 2 y 3 para comprender los principios orientadores y los elementos del programa que son intrínsecos a la programación con una perspectiva de género. Para otros quizá sea conveniente pasar directamente al método gradual esbozado en el Capítulo 4, que se ilustra con material de estudios de casos y demuestra cómo los elementos y principios se incorporan a los programas reales.

Los usuarios pueden adaptar este Manual para cumplir con prioridades, alcance, recursos y limitaciones especiales de sus propias actividades, dado que todos los programas son diferentes y tienen necesidades diferentes. Aunque el Manual describe los elementos claves de proyectos que han integrado una perspectiva de género que han tenido éxito, el método gradual descrito en el Capítulo 4 permite a los directores de programas incorporar los elementos individualmente o juntos para lograr el diseño y la implementación más eficaces de los programas. Los estudios de casos presentados en el Capítulo 4 ilustran cómo los elementos de género se incorporan de diferentes maneras y en diferentes etapas del ciclo de programación.

Justificación para integrar e incorporar una perspectiva de género en los programas de SR

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 y la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW) de 1995, piden la igualdad de género y la

incorporación de una perspectiva de género, el empoderamiento de la mujer y el cumplimiento integral de la salud y los derechos reproductivos de la mujer. La igualdad de género se incluye expresamente como una meta en la declaración de estrategia de 1996 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Comité de Ayuda al Desarrollo (OECD/DAC), titulada "Formando el siglo 21: La contribución de la cooperación en el desarrollo". El compromiso de los Estados Unidos con las metas de desarrollo internacional (incluida la igualdad de género y los derechos de la mujer) se reafirmó en la cumbre del Grupo de los Ocho países industrializados que se celebró en Okinawa en julio de 2000. El compromiso vigente de los Estados Unidos en 2003 con la igualdad de género se pone de relieve en los requisitos específicos de la ley para establecer una estrategia integral, integrada y quinquenal para combatir la propagación mundial de la infección por el VIH y el SIDA (PL108-25). La estrategia pide que se aborden asuntos de género como el empoderamiento de la mujer, la reducción de la violencia de género, el aumento de la participación de los hombres como compañeros responsables y el mayor acceso de las mujeres a las oportunidades económicas.⁹

Al mantener su apoyo a los convenios internacionales y la formulación de políticas para implementar tales convenios, el Gobierno de los Estados Unidos se ha comprometido a incorporar una perspectiva de género en sus programas. La Plataforma de Acción de Beijing define la incorporación de una perspectiva de género de la siguiente manera:

"...como el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las preocupaciones y de las experiencias de la mujer, así como de las del hombre, un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas

⁹ House Rule 1298 available at <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery>.

La **igualdad de género** permite a las mujeres y los hombres gozar de los mismos derechos humanos, de los bienes que la sociedad valora, de las oportunidades, los recursos y los beneficios de los resultados de desarrollo. El hecho de que las categorías de género cambien con el transcurso del tiempo significa que la programación del desarrollo puede tener un impacto en la desigualdad de género, ya sea aumentándola o reduciéndola.¹¹

La **equidad de género** es el proceso de ser justo con las mujeres y los hombres. Para lograr justicia, deben existir medidas para compensar las desventajas históricas y sociales que impiden a las mujeres y los hombres funcionar sobre una base equitativa. Las estrategias de equidad de género se usan para lograr con el tiempo la igualdad de género. La equidad es el medio; la igualdad es el resultado.¹²

La **integración de una perspectiva de género** significa tomar en cuenta tanto las diferencias como las desigualdades entre las mujeres y los hombres en la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Los roles de las mujeres y los hombres y su poder relativo influyen en lo que cada uno hace en la realización de una actividad y determinan quién sale beneficiado. Tener en cuenta las desigualdades y diseñar programas para reducirlas debe contribuir no sólo a programas de desarrollo más eficaces sino también a una mayor equidad/igualdad social. La experiencia ha demostrado que los cambios sostenibles no se realizan mediante actividades centradas sólo en las mujeres ni sólo en los hombres.

en todas las esferas políticas, económicas y sociales con el fin de que la mujer y el hombre se beneficien por igual y no perdure la desigualdad.”¹⁰

Prestar atención a las inequidades de género, por ejemplo, mediante la mejora del acceso a la educación para las niñas, puede dar lugar a un impacto notable de desarrollo en otros sectores al reducir la fertilidad, mejorar la salud y aumentar los ingresos y la productividad. Los programas de SR/VIH/SIDA que abordan oportunidades, limitaciones y contribuciones diferentes de las mujeres y

los hombres harán que mejoren los resultados de salud al aumentar más eficazmente el acceso a los servicios, mejorar la comunicación, fortalecer las aptitudes de negociación y abogacía, ampliar la participación y fortalecer la toma de decisiones de poblaciones diversas.

Aunque la meta máxima es la igualdad de género, a lo largo del camino hay muchos pasos que incluyen el objetivo alcanzable más inmediato que consiste en integrar una perspectiva de género en los diferentes elementos de los programas para hacer que el desarrollo sea más equitativo. En el Manual se usa el término pareado de equidad/igualdad para incluir la meta y el proceso.

10 Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing: UN, 1995).

11 OECD DAC, DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation (Paris, 1998): p. 13.

12 Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Sensitive Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

Es importante comprender la distinción entre el término “sexo” y “género”¹³ para realizar análisis apropiados de las relaciones, los roles y las identidades de género junto con el diseño de programas de SR que han integrado una perspectiva de género. Los términos

definidos a continuación y los que se presentan en el Apéndice I aclaran algunos términos comúnmente usados en programas que se centra en una perspectiva de género.

Sexo se refiere a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres. Las diferencias de sexo tienen que ver con la fisiología de las mujeres y los hombres.

Género se refiere a los atributos, las oportunidades y las limitaciones económicas, sociales, políticas y culturales relacionadas con ser hombre o mujer. Las definiciones sociales de lo que significa ser hombre o mujer varían de una cultura a otra y cambian con el transcurso del tiempo.¹⁴ Género es un término sociocultural que expresa ciertas características y roles relacionadas con ciertos grupos de personas con referencia a su sexo y sexualidad.

Salud reproductiva¹⁵ “es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades

o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fertilidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”¹⁶

13 Un informe reciente presentado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos recomendó que se distinguiera claramente el uso de los términos “sexo” y “género”. El informe señaló que el uso intercambiable de dichos términos causa confusión en la comunidad científica, los encargados de formular políticas y el público en general. Los Institutos recomiendan que el término “sexo” se use como una “clasificación, generalmente masculina o femenina, conforme a los órganos reproductores y las funciones que se derivan del complemento cromosómico”. Declaran que “género” es un término que debe referirse a la “autorrepresentación de una persona, como hombre o mujer [o alguna tercera categoría], o a la manera en que las instituciones sociales responden a esa persona sobre la base de la presentación del género de ésta”.

14 DAC Guidelines for Gender Equality and Women’s Empowerment in Development Cooperation (Paris, 1998).

15 La política de USAID relativa a la Planificación Familiar y la Salud Reproductiva: La Oficina de Población y Salud Reproductiva de USAID proporciona asistencia para la planificación familiar y actividades de salud reproductiva afines, que pueden incluir el vínculo de la planificación familiar con los servicios de maternidad, información y servicios en materia de VIH/SIDA y ETS, eliminación de la excisión sexual femenina y la atención de posaborto. Toda referencia a la salud reproductiva, la atención de salud reproductiva y los servicios de salud reproductiva que aparece en esta Guía se refiere a dichas actividades. Se prohíbe el uso de fondos de USAID para pagar servicios de aborto como método de planificación familiar o para motivar u obligar a una persona a que practique el aborto. USAID ha definido la planificación familiar y la salud reproductiva en el Apéndice IV de su Guía para la Definición y el Uso de los Fondos del Programa de Supervivencia y Salud Infantiles, fechado 1 de mayo de 2002. Los elementos principales incluyen: ampliar el acceso a la información y los servicios de planificación familiar y su uso; apoyar la compra y el suministro de anticonceptivos y materiales afines; mejorar la calidad de la información y los servicios de planificación familiar; aumentar la demanda de información y servicios de planificación familiar; ampliar las opciones para la regulación de la fertilidad y la organización de la información y los servicios de planificación familiar; integrar la información y los servicios de planificación familiar en otras actividades de salud; y ayudar a las personas y a las parejas que tienen dificultad para concebir un hijo”.

16 Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing: Naciones Unidas, 1995): párrafo 94.

PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

2

Según el Programa de Acción de la ICPD, “Se deberían preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y de las adolescentes que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la implementación, la organización y la evaluación de los servicios...”¹⁷ Dado este mandato, un programa de éxito de SR que ha integrado una perspectiva de género promueve el empoderamiento de la mujer y apoya las metas de equidad/igualdad de género para mejorar los resultados de SR/VIH/SIDA para todos.

Una estrategia equitativa de los servicios y programas de SR/VIH/SIDA se centra en las diferentes necesidades de las mujeres, los hombres, los adolescentes y las comunidades. Para eliminar las disparidades de género, las mujeres y los hombres deben participar activamente en la toma de decisiones reproductivas y sexuales. Además, es esencial que se incluya a los adolescentes y que se aborden sus inquietudes para lograr resultados de salud reproductiva equitativos.

Tomando como base la experiencia de varios programas en todo el mundo, cinco principios son fundamentales para los programas de SR/VIH/SIDA que han integrado una perspectiva de género: 1) trabajo con organizaciones locales; 2) apoyo a la diversidad y el respeto; 3) fomento de la responsabilidad compartida para promover la equidad/igualdad de género; 4) promoción de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos; y 5) empoderamiento de la mujer, los hombres, los jóvenes y las comunidades. Como se describen a continuación, estos principios orientadores apoyan el acceso a servicios de alta calidad, elección individual y sostenibilidad de los programas.

Trabajo en sociedad con organizaciones locales

Los programas de SR/VIH/SIDA que tienen éxito reconocen el valor y los puntos fuertes de asociarse con las comunidades locales.

17. ICPD, VII, 7.

Reconocen que la capacidad y pericia para diseñar, implementar y evaluar buenos programas de SR/VIH/SIDA residen a nivel local. Como tales, procuran establecer relaciones mutuamente beneficiosas con todos los de la comunidad que tienen un interés personal en mejorar los resultados de SR/VIH/SIDA para las mujeres, los hombres y los jóvenes. Al establecer asociaciones temprano y en todas las etapas del ciclo del programa se aumenta el sentido de pertenencia y control a nivel local, lo cual mejora la sostenibilidad del programa.

Apoyo a la diversidad y al respeto

Si bien es cierto que la cultura, la religión, los grupos étnicos y las clases sociales establecen el contexto para configurar los roles de género, a menudo son sólo los aspectos negativos y los resultados de estos factores lo que se recalca en los programas. Al centrarse en la cultura como un recurso para el cambio, los programas de SR/VIH/SIDA pueden fomentar más eficazmente la equidad/igualdad de género en asociación con las comunidades locales. Los programas de SR/VIH/SIDA de calidad reconocen, respetan y se basan en la diversidad cultural, religiosa, étnica, racial y de clases sociales de sus clientes, comunidades, miembros del personal, socios y donantes. Los estudios de casos de ReproSalud, Tostán y Sonagachi que se presentan en el Capítulo 4 ilustran cómo los programas de SR/VIH/SIDA pueden trabajar dentro de contextos culturales dinámicos en estrecha asociación con organizaciones locales para lograr equidad de género.

Responsabilidad compartida para promover la equidad/igualdad de género

Los programas que logran resultados de SR sostenibles y equitativos hacen que los que participan compartan la responsabilidad del logro de las metas de equidad/igualdad de género a lo largo del

proceso de la implementación, del mismo modo que se hace que se responsabilicen de otros resultados de SR. Tales metas pueden incluir, pero no se limitan a la reducción de las disparidades de género que afectan a la salud de las mujeres y los hombres; el aumento del poder de toma de decisiones de las mujeres; la eliminación de políticas discriminatorias, y la reducción de la violencia de género.

La responsabilidad compartida ayuda a modificar el comportamiento y hace que el personal se responsabilice de la integración de una perspectiva de género. Esto incluye a todos los miembros del personal: la recepcionista que saluda a los clientes respetuosamente; la proveedora que aborda de manera integral las necesidades del cliente; el donante que genuinamente hace que los encargados del programa compartan la responsabilidad de los resultados de equidad/igualdad de género; el director/a del programa que valora las metas de equidad/igualdad de género lo suficiente como para incorporar estas metas a la contratación y la capacitación del personal; los encargados de tomar decisiones de políticas y financiación que demuestran su responsabilización mediante la asignación de fondos; y los investigadores que adoptan el reto de la medición del impacto que tienen los asuntos de género en los servicios, en los programas y en las metas más amplias de desarrollo. Al hacer que todas las personas de una organización asuman la responsabilidad de promover la equidad/igualdad de género se aumenta la importancia de estos objetivos dentro de los programas, se demuestra el compromiso institucional, se crea un entorno propicio y, lo que es más importante, se mejoran los resultados de SR/VIH/SIDA.

Promoción del respeto a los derechos de las personas y de los grupos

Para que los programas de SR/VIH/SIDA tengan éxito, estos deben reconocer y adoptar las metas complementarias de equidad/igualdad de género, los derechos humanos y los derechos

reproductivos (véase el Apéndice 2). Los programas de SR/VIH/SIDA que han integrado una perspectiva de género apoyan el derecho a la atención de salud adecuada y el derecho a la autodeterminación reproductiva ante las relaciones desiguales de poder que constituyen la base para la denegación de los derechos reproductivos de la mujer. Los programas equitativos de SR/VIH/SIDA promueven, monitorean, implementan y hacen cumplir las normas de derechos humanos pertinentes a la salud reproductiva. Además, todo enfoque de derechos humanos y reproductivos da a conocer una estrategia, a la que se ha integrado una perspectiva de género, relativa a la formulación y reforma de políticas, la investigación, las intervenciones programáticas y la prestación de servicios. Los socios y los países que abordan la salud reproductiva desde una perspectiva de derechos, despiertan atención y energías nuevas para abordar problemas de salud pública mediante la participación directa de los clientes en las decisiones relativas a la atención de su salud.

Empoderamiento de las mujeres, los hombres, los jóvenes y las comunidades

Para un buen programa de SR/VIH/SIDA es esencial la idea de que los participantes y las comunidades tengan las aptitudes, los conocimientos y el poder para tomar decisiones informadas en cuanto a SR/VIH/SIDA. El empoderamiento es "la capacidad sostenida de las personas y las organizaciones para decidir libremente, con conocimiento de causa y en forma autónoma, cómo responder mejor a sus propios intereses estratégicos y los de sus sociedades con la finalidad de mejorar la calidad de vida".¹⁸ Mediante el trabajo en colaboración con las mujeres, los hombres, los jóvenes y sus comunidades, los programas de SR/VIH/SIDA que han integrado una perspectiva de género proporcionan un entorno favorable para el empoderamiento de las personas y de los grupos.

¹⁸ CEDPA, *Género, Salud Reproductiva y Defensa y Promoción* (Washington, DC: CEDPA, 2000). Los conceptos tratados en esta sección se toman de varias publicaciones del CEDPA, incluido *Gender and Development* (1999) y *Advocacy* (1999).

Empoderamiento de la mujer: La mejora de la condición de la mujer también mejora su capacidad de tomar decisiones a todos los niveles, especialmente en lo relacionado con su sexualidad y la salud reproductiva. La experiencia y la investigación indican que los programas de SR/VIH/SIDA son más eficaces cuando adoptan medidas para mejorar la condición de la mujer.¹⁹ La labor programática que empodera a las mujeres proporciona un entorno favorable para los servicios ampliados y vinculados que benefician la salud y el bienestar de las mujeres desde el punto de vista social, político, psicológico, económico y sexual.

Participación de los hombres: Los roles de género a menudo limitan a los hombres y a las mujeres. Dado que las acciones y los comportamientos de los hombres influyen tanto en su propia salud como en la de sus compañeras e hijos, los programas equitativos de género de SR/VIH/SIDA ayudan a los hombres a comprender esta repercusión. Al promover la toma de decisiones de salud reproductiva de las mujeres, esos programas también contribuyen al mayor apoyo de los hombres a la salud reproductiva de las mujeres y al bienestar de los hijos y tratan las necesidades reproductivas propias de los hombres. Los programas a los que se ha integrado una perspectiva de género de SR/VIH/SIDA toman en cuenta las perspectivas de los hombres en el diseño de programas, ayudan a los hombres a sentirse bienvenidos en los consultorios, proporcionan una variedad mayor de información y servicios tanto a las mujeres como a los hombres y presentan una

imagen positiva de los hombres. Más importante aún es que los programas en los que participan los hombres procuran promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida.²⁰

Empoderamiento de los jóvenes: La inversión estratégica y deliberada en el bienestar de los jóvenes de ambos sexos puede producir un cambio de comportamiento fuerte y positivo en la persona y en la sociedad, especialmente con respecto a los temas de SR/VIH/SIDA; entre ellos, postergar la edad del inicio de la vida sexual y aumentar el uso del condón y de los métodos anti-conceptivos. Los programas eficaces incorporan las visiones, percepciones y necesidades de las poblaciones diversas de jóvenes y "buscan activamente la participación de los jóvenes en la planificación, implementación y evaluación de las actividades de desarrollo que tienen un impacto directo en sus vidas cotidianas."²¹

Empoderamiento de las comunidades: Como ya se mencionó, el sentido de pertenencia de la comunidad es fundamental para el desarrollo sostenible. Además, las comunidades se empoderan mediante entornos favorables que promueven un cambio positivo (incluidos mejores comportamientos y resultados de SR) y mediante procesos deliberados y participativos que incluyen a instituciones locales, líderes locales, grupos comunitarios y miembros de la comunidad. Para que se produzca un cambio sostenido, el entorno favorable en el hogar y en la sociedad también debe apoyar las acciones y las opciones individuales.

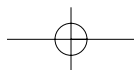
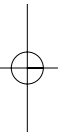
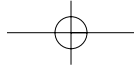
Los principios orientadores presentados en este capítulo proporcionan los pilares subyacentes de los programas equitativos. Los elementos que se presentan en el próximo capítulo constituyen las

estrategias concretas para implementar los principios. Los estudios de casos del Capítulo 4 ilustran los principios y algunos de los diferentes elementos de género.

19 ICIPD, 1994.

20 PNUD, 1994.

21 CEDPA, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, 2001).



ELEMENTOS DE UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

3

Un examen de los programas que integran con éxito una perspectiva de género demuestra que es importante no sólo ser conscientes de los principios orientadores como se esbozan en el capítulo anterior sino también traducir dichos principios en elementos programáticos. Los elementos que aparecen en este capítulo existían en los proyectos que han integrado una perspectiva de género, que se examinaron durante la preparación del Manual.

ELEMENTOS DE UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

- **Objetivos concretos de equidad/igualdad de género e indicadores para medir el éxito**
- **Participación e inclusión equitativas en todos los niveles**
- **Fomento de relaciones equitativas**
- **Abogacía**
- **Formación de coaliciones**
- **Vínculos multisectoriales**
- **Apoyo comunitario a decisiones individuales informadas**
- **Compromiso institucional con la integración de una perspectiva de género en programas**

La incorporación de estos principios en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas ayudará a los directores y al personal técnico a elaborar y vigilar resultados medibles y permitirá maximizar el impacto de todos los resultados de los programas.

Objetivos de equidad/igualdad de género e indicadores para medir el éxito

Los programas de SR que mejoran la equidad/igualdad de género son más eficaces para sostener resultados de salud positivos. Aunque no siempre es necesario definir objetivos separados relativos a género, los programas de SR se beneficiarán al comprometerse con la equidad/igualdad al abordar los roles e identidades de género en los resultados intermedios y las actividades. La mayoría de los objetivos de SR están vinculados a resultados particulares de género, que mejoran la importancia, el impacto y la sostenibilidad del programa. Por ejemplo, un objetivo especial de un programa contra la infección por el VIH/SIDA puede ser aumentar en 50 por ciento el uso de condones femeninos y masculinos en tres años. El programa de SR tiene más probabilidades de lograr y mantener sus resultados de salud si define un objetivo de apoyo relacionado con género, por ejemplo, el aumento de la capacidad de las mujeres de negociar relaciones sexuales de menor riesgo con su compañero o el aumento de la capacidad de los hombres de compartir la toma de decisiones con las mujeres. La mayoría de los programas que han integrado una perspectiva de género tratan de elaborar, vigilar y evaluar resultados de género y su impacto en otros resultados del programa (véase el Paso 1 del Capítulo 4).

Los objetivos de equidad/igualdad de género e indicadores para medir el éxito promueven:

- La medición de la participación y resultados equitativos;
- La sostenibilidad de los resultados de SR/VIH/SIDA; y
- La reducción de las barreras basadas en el género que se oponen al acceso a los servicios y al uso de los mismos.

Participación e inclusión equitativas en todos los niveles

Los programas que han integrado una perspectiva de género ponen de relieve la participación equitativa de las mujeres y de otros grupos subrepresentados (por ejemplo, minorías étnicas, adolescentes, trabajadores sexuales y personas con diferentes orientaciones sexuales) en el diseño de programas, la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades. En muchos lugares, a los hombres, así como a las mujeres, se les desempodera a causa de la discriminación racial, étnica y económica. A menudo estos factores que desempoderan a los hombres y las mujeres también perjudican las relaciones de poder entre las mujeres y los hombres. Los programas que han incorporado una perspectiva de género procuran abordar los numerosos factores que discriminan contra las mujeres, los hombres y los jóvenes. Los proyectos que hacen que las mujeres y otros grupos marginados ocupen una posición central en el programa pueden fomentar la interacción entre una variedad de grupos de la sociedad civil e interesados directos, por ejemplo participantes previstos, funcionarios del gobierno, ONG para la salud y los derechos de la mujer y grupos comunitarios. El diseño de programas y los procesos de implementación participativos vinculan las intervenciones a las inquietudes de la comunidad y despiertan un sentido de pertenencia local. El fomento de un diálogo participativo acerca de la salud reproductiva en un contexto de equidad/igualdad de género promueve la responsabilidad compartida entre los miembros de la comunidad (véase el Paso 3 del Capítulo 4, donde se presenta un ejemplo de participación comunitaria).

La participación equitativa promueve:

- El escuchar a las mujeres y a otros grupos marginados, e incluirlos en la toma de decisiones acerca de su salud reproductiva;
- La amplia inclusión social de una variedad de grupos de presión e interesados directos;
- Un sentido de responsabilidad compartida y pertenencia de parte de los participantes en cuanto al proyecto;

- La flexibilidad y la sensibilidad por parte del personal del proyecto respecto a los conocimientos, el interés y las inquietudes de los participantes.

Fomento de relaciones equitativas

Las relaciones de poder desigual entre parejas sexuales, entre miembros de una comunidad y entre clientes y proveedores a menudo obstruyen el acceso por parte de las mujeres y los hombres a servicios de SR/VIH/SIDA de alta calidad. El Programa de Acción de la ICPD y el movimiento de salud de la mujer nos han demostrado que se necesita una serie de condiciones económicas y sociales habilitadoras para lograr buena salud reproductiva; centrar la atención en las relaciones es una estrategia para crear condiciones habilitadoras. La forma en que las personas se relacionan entre ellas puede indicar la forma en que las mujeres y los hombres definen sus necesidades de salud y la manera en que actúan para responder a tales necesidades. La observación de las relaciones y el análisis de la manera de fomentar asociaciones equitativas pueden constituir una estrategia más empoderadora para los programas de SR/VIH/SIDA.

Es importante examinar tanto las relaciones de género entre los proveedores de servicios y sus supervisores como las relaciones entre los proveedores y los clientes. El análisis de los programas a los que se ha integrado una perspectiva de género reveló que, en colaboración con beneficiarios del programa, tales programas procuran definir las aptitudes y la información que necesita el cliente o la clienta para expresar a un proveedor sus inquietudes y necesidades de salud. Estos programas también trabajan con proveedores para determinar las aptitudes que ellos necesitan para facilitar relaciones más abiertas con clientes, y las condiciones necesarias para crear un ambiente positivo para los clientes (véanse los Pasos 1 y 3 del Capítulo 4, donde se presentan ejemplos de renegociación del poder en las relaciones).

El fomento de relaciones equitativas promueve:

- Mejor comunicación y toma de decisiones más equitativa entre parejas sexuales;
- Mejor comunicación entre los clientes y los proveedores de atención de salud;
- Mejores condiciones de trabajo para los proveedores de atención de salud independiente de su posición y nivel de capacitación;
- Mejor calidad y mayor uso de servicios.

Abogacía

Los programas que han integrado una perspectiva de género incorporan procesos que permiten a las mujeres, los jóvenes y los hombres, en todos los segmentos de la sociedad, abogar por sus derechos. Tales programas crean un ambiente favorable para realizar cambios en el comportamiento individual, las normas comunitarias y las políticas regionales y nacionales. Las actividades de abogacía ayudan a los participantes a evaluar y renegociar sus relaciones con los proveedores de servicios, y también a desarrollar habilidades de organización y negociación para abogar por la causa de sus necesidades ante los formuladores de políticas. Es posible que los clientes y los proveedores necesiten capacitación en aptitudes para la abogacía por servicios de alta calidad, establecer relaciones con organizaciones de salud y organizar a los miembros de la comunidad para que renegocien las relaciones de género que perjudican el comportamiento de salud (véanse los Pasos 1, 3, 4 y 6 del Capítulo 4, donde se presentan ejemplos de estrategias de abogacía).

Las actividades de abogacía ayudan a lo siguiente:

- Empoderar a las mujeres, los jóvenes y los hombres en las negociaciones con proveedores de servicios y formuladores de políticas;
- Informar a los beneficiarios acerca de sus derechos;
- Enseñar a los participantes aptitudes de organización, oratoria y para ejercer presión por su causa;

- Fortalecer la capacidad de los participantes de enunciar y promover sus derechos en escenarios públicos;
- Promover el diálogo en una amplia variedad de interesados directos y formuladores de políticas.

Formación de coaliciones

La formación de coaliciones lleva la abogacía al próximo nivel. Mediante coaliciones, grupos diversos, en especial los que históricamente han sido excluidos de la participación política, se unen utilizando un proceso participativo para llevar a cabo de manera sistemática una serie de acciones previstas para apoyar un objetivo particular. La labor de las coaliciones es estratégica y se dirige a los encargados de la toma de decisiones a fin de apoyar el cambio programático o de políticas. La formación de coaliciones es una manera eficaz de representar y dar voz a las mujeres y a otras poblaciones desempoderadas o marginadas, permitiéndoles participar directamente en el proceso político. El proceso desafiante de establecer consenso entre grupos diversos requiere un intercambio abierto de ideas, relaciones de género equitativas entre los participantes y centrar la atención en los objetivos comunes. Finalmente, el objetivo del proceso es fortalecer la posición de grupos subrepresentados, por ejemplo minorías étnicas, y hombres y mujeres jóvenes, en el escenario político para que promuevan la causa de sus intereses de atención de salud reproductiva en público y en privado (véanse los Pasos 1, 3 y 4 del Capítulo 4, donde se presentan ejemplos de proyectos que apoyan la formación de coaliciones).

La formación de coaliciones promueve:

- Vínculos entre diferentes grupos de la sociedad civil en torno a intereses comunes;
- Un proceso para establecer consenso entre grupos y comunicar sus intereses comunes a los formuladores de políticas;
- Políticas y programas receptivos y responsables desde el punto de vista social.

Vínculos multisectoriales

Una estrategia multisectorial promueve la sinergia²² entre diferentes sectores, a menudo combinando servicios de salud con intervenciones que abordan el empoderamiento económico, la alfabetización, la participación política y la movilidad de las mujeres. Mediante un enfoque multisectorial, muchas barreras pueden abordarse para hacer frente al desempoderamiento de las mujeres y a los factores complejos que conducen a la mala salud reproductiva. Para lograr establecer condiciones que favorezcan el cambio, todo proyecto que ha integrado una perspectiva de género necesita comprender bien el contexto del ambiente en el que se propone operar. También necesita evaluar las limitaciones críticas en una situación particular, comprender quién es la mejor persona que puede abordar estas limitaciones y determinar cómo establecer vínculos eficaces (véanse los Pasos 1, 3, 5 y 6 del Capítulo 4, donde se presentan ejemplos de proyectos con vínculos multisectoriales).²³

Los vínculos multisectoriales promueven:

- Atención al contexto y al ambiente en el que el proyecto opera;
- Atención a los aspectos multidimensionales de la dinámica de poder que impiden que las mujeres tengan acceso a los recursos y los servicios;
- Sinergia entre diferentes tipos de intervenciones, por ejemplo entre la atención y la educación de salud, y la generación de ingresos.

Apoyo de la comunidad a decisiones individuales informadas

Las relaciones de género van más allá del núcleo familiar y llegan hasta muchos contextos sociales, como la familia extendida y los grupos comunitarios; también van más allá de la comunidad y llegan hasta las relaciones con los servicios de salud, los empleadores y los líderes políticos. Los proyectos que han integrado una perspectiva de género permiten a los individuos negociar nueva información y comportamientos en relación con las normas existentes en diferentes entornos sociales. La experiencia obtenida de proyectos demuestra que las mujeres que cuentan con el apoyo de organizaciones sociales (por ejemplo, grupos comunitarios, religiosos, políticos y familiares) tienen más probabilidades de adoptar cambios en sus estrategias individuales de SR/VIH/SIDA que ellas que no participan activamente en organizaciones de mujeres. Resultados similares están empezando a surgir en cuanto a la importancia que tienen las organizaciones en el apoyo de los cambios de las actitudes y los comportamientos de los adolescentes y los hombres. La abogacía mediante grupos sociales y sus líderes puede proporcionar un contexto favorable para los cambios de los valores y normas que permitan a las personas tomar nuevas decisiones acerca de su comportamiento.

Los proyectos que promueven el apoyo comunitario a la elección y la toma de decisiones reproductivas individuales empiezan con los propios conceptos que tienen las mujeres y los hombres acerca del cuerpo, la sexualidad, la salud y las prioridades. Los proyectos que se centran en una perspectiva de género introducen nuevos conocimientos como un criterio alternativo, ofreciendo diferentes explicaciones y soluciones a los problemas determinados por las personas

22. La sinergia se refiere a los efectos positivos que la acción combinada de dos o más tipos de intervenciones pueden tener entre sí. Por ejemplo, las actividades que hacen aumentar los ingresos del hogar también pueden mejorar la salud de los miembros de la familia al eliminar una barrera económica para tener acceso a la atención de salud. A su vez, la mejor salud de los miembros del hogar puede hacer aumentar los ingresos al disminuir el número de días de trabajo perdidos a causa de enfermedad.

23. Si desea leer un análisis del impacto que tienen las estrategias multisectoriales en las cuestiones de género y salud reproductiva, véase I. Syed Hashemi, Sidney Schuler y Ann P. Riley, "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh", *World Development* 24, No. 1 (1996) 45-63.

mismas. Si bien es cierto que el objetivo es ayudar a las personas a adoptar prácticas positivas de salud, esta estrategia reconoce la importancia de influir en las normas sociales y de prestar apoyo social para el cambio de comportamientos de las personas. Mediante el diálogo entre educadores de atención de salud y los miembros del grupo, el grupo puede evaluar y formular nuevas opiniones y estrategias de SR y relaciones de género que permitan a las personas elegir fundamentada e independientemente, y realizar cambios en sus vidas (véanse los Pasos 1, 3 y 6 del Capítulo 4, donde se presentan ejemplos de apoyo de las comunidades a las decisiones individuales informadas).

El apoyo de las comunidades a las decisiones individuales informadas promueve:

- Nuevas estrategias de IEC y de cambios de comportamiento que respetan las creencias de los participantes, al tiempo que les proporcionan otros conocimientos para que comprendan su cuerpo y los procesos reproductivos;
- Reconocimiento de que las comunidades son heterogéneas y que las personas y los grupos dentro de las comunidades tienen opiniones diversas;
- Apoyo a las personas para que negocien nueva información y nuevos comportamientos contra normas existentes en un entorno comunitario.

Compromiso institucional con la integración de una perspectiva de género

Un compromiso institucional con la equidad/igualdad de género permite que la integración de una perspectiva de género en los programas reciba alta prioridad en todos los niveles de la administración programática. Los programas que han integrado una perspectiva de género abordan desigualdades de género dentro de la estructura, el liderazgo y la gestión institucionales del programa. La gerencia presta atención a la equidad/igualdad de género con respecto a la composición del personal, el progreso profesional, los sueldos y los beneficios laborales, y trabaja para hacer que otras políticas y la cultura institucional general apoyen oportunidades, participación y toma de decisiones egalitarias.²⁴

El compromiso institucional con la integración de una perspectiva de género se traduce en lo siguiente:

- Políticas equitativas que apoyan oportunidades iguales para las mujeres y los hombres para el progreso y la compensación por trabajo equivalente;
- Responsabilidad y liderazgo compartido entre todo el personal para elaborar y poner en práctica programas equitativos de género;
- Un ambiente de trabajo libre de discriminación y que respete estilos distintos de trabajo y gestión;
- Inversión en la pericia relativa en el análisis, la planificación y la capacitación en una perspectiva de género;
- Inclusión de los criterios de integración de una perspectiva de género en evaluaciones de desempeño laboral.

24. Si desea una guía relativa a la forma de realizar una auditoría institucional en materia de género, véase Patricia Morris, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 2001).

EJERCICIO #1

Las organizaciones pueden tratar de hacer este ejercicio para ver a qué nivel están en cuanto a la integración de los principios orientadores y los elementos programáticos en sus programas. Este es un buen punto de partida para examinar la forma en que las instituciones pueden lograr la integración de género.

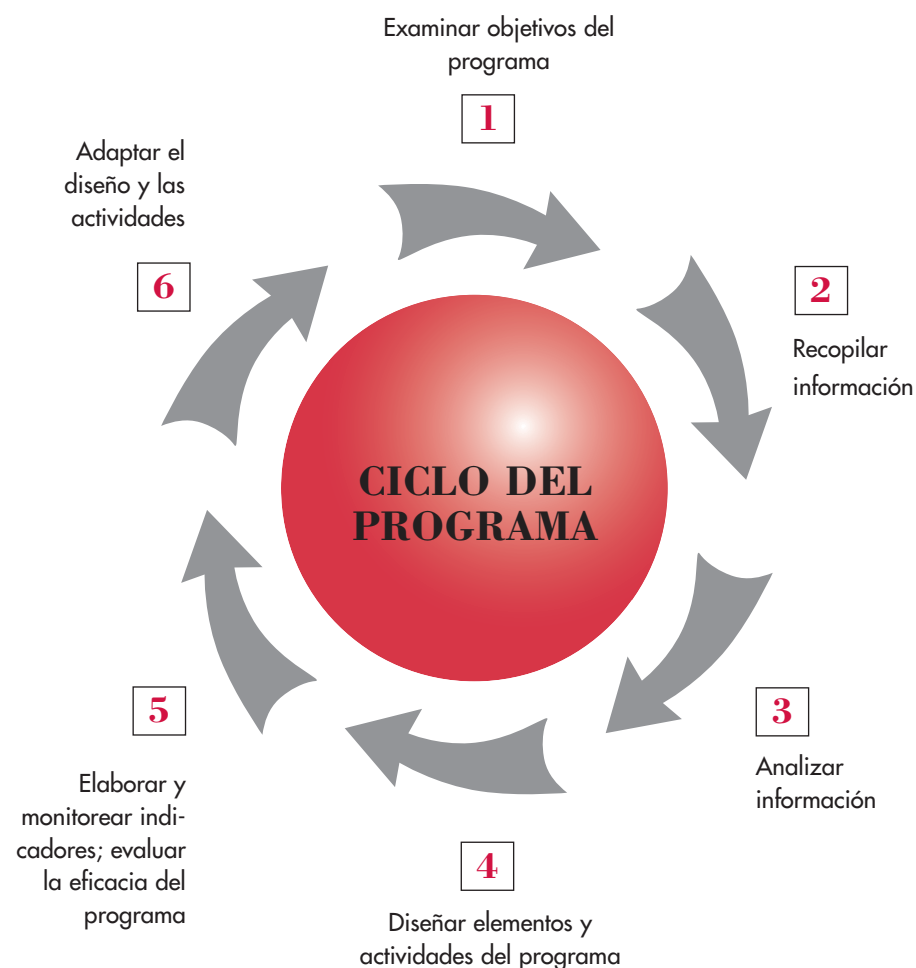
DETERMINACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES Y LOS ELEMENTOS DE UN PROGRAMA QUE HA INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Principios	Presentes en este proyecto (dar un ejemplo)	Ausentes de este proyecto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo en sociedad con organizaciones locales 2. Apoyo a la diversidad y el respeto 3. Fomento de la responsabilidad compartida para promover la equidad/ igualdad de género 4. Promoción de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos 5. Empoderamiento de las mujeres, los hombres, los jóvenes y las comunidades 		
Elementos	Presentes en este proyecto (dar un ejemplo)	Ausentes de este proyecto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos concretos de equidad/ igualdad de género e indicadores para medir el éxito 2. Participación e inclusión equitativas en todos los niveles 3. Fomento de relaciones equitativas 4. Abogacía 5. Formación de coaliciones 6. Vínculos multisectoriales 7. Apoyo comunitario de las decisiones individuales informadas 8. Compromiso institucional con la integración de una perspectiva de género 		

PROCESO PARA INTEGRAR UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO DEL PROGRAMA

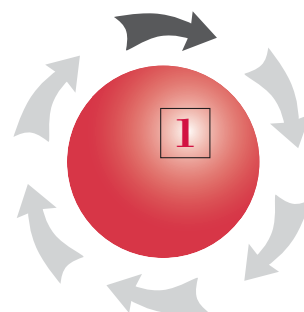
La incorporación de una perspectiva de género en los programas conlleva una serie de pasos secuenciales e iterativos. El diseño programático al que se ha integrado una perspectiva de género es flexible y receptivo a la retroalimentación relativa al progreso y a los problemas, y también es receptivo a los cambios de las relaciones interpersonales, los recursos y el acceso a la información. En este capítulo se presentan ejemplos de programas reales que han logrado integrar una perspectiva de género o elementos de género en el diseño, la implementación, y la vigilancia y la evaluación. El material de casos se usa para ilustrar la manera en que estos programas han respondido a interrogantes de género en diferentes pasos del ciclo del programa. También se destacan los diversos elementos de una estrategia a la que se han integrado una perspectiva de género que se encuentran en cada estudio de casos. Cada caso se presenta como una ilustración solamente, y no constituye un examen o análisis exhaustivo de resultados del programa. Al final del capítulo se presenta una matriz que puede usarse para seguir los diferentes pasos para la integración de una perspectiva de género.

Este capítulo destaca preguntas y acciones concretas para integrar una perspectiva de género en los programas, pero estos pasos se han concebido como parte integrante del diseño y la implementación del programa, no como actividades separadas.



PASOS PARA PROGRAMAS QUE HAN INTEGRADO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. Examinar los objetivos del programa para determinar el grado de atención que prestan a las consideraciones de género; reformularlos para que fortalezcan la sinergia entre las metas de género y de salud; identificar los participantes, usuarios e interesados directos;
2. Recopilar datos relativos a relaciones, roles e identidades de género que son pertinentes para el logro de los resultados del programa;
3. Analizar la información sobre las diferencias de género que pueden influir en el logro de los objetivos del programa;
4. Diseñar actividades y elementos programáticos que aborden asuntos de género;
5. Desarrollar y monitorear indicadores que midan los resultados específicamente relacionados con género; evaluar la efectividad de los elementos del programa diseñados para abordar asuntos de género;
6. Adaptar el diseño y las actividades basándose en resultados de monitoreo y evaluación; fortalecer los aspectos del programa que tienen éxito y replantear los aspectos que no lo tienen.



PASO 1: Examinar los objetivos del programa para determinar el grado de atención que prestan a las consideraciones de género; reformularlos para que fortalezcan la sinergia entre las metas de género y de salud; identificar los participantes, usuarios e interesados directos.

Examinar los objetivos

Examinar los objetivos generales del programa a la luz de las relaciones, roles e identidades de género de los participantes del proyecto. ¿Hay aspectos de las metas y los objetivos que resultarán afectados por relaciones, roles o identidades locales de género? La integración de una perspectiva de género en el diseño de actividades comienza con la identificación de los participantes y los interesados directos.

A fin de evaluar a fondo las necesidades y prioridades de los participantes, hay que recopilar información de una muestra representativa amplia de participantes potenciales y grupos de personas con intereses comunes, incluidos los hombres y las mujeres de edades, grupos étnicos y niveles socioeconómicos diferentes. Las diferencias sociales y económicas de estos grupos pueden influir en su capacidad de tener acceso a información y servicios, y de usarlos. Por ejemplo, si la información de salud no se ha adaptado adecuadamente según los diferentes intereses y niveles de instrucción de las mujeres, los hombres o de los niños y niñas adolescentes, posiblemente estos no usen los servicios de salud. Los directores de programas y el personal técnico pueden beneficiarse al plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes son los participantes directos del programa? ¿Han participado estas personas en el establecimiento de objetivos y en el diseño del programa?
- ¿Hay otros interesados directos que quizá sean partidarios o adversarios del programa? ¿Se ha consultado con estas personas?
- ¿Ha considerado el personal del programa la forma en que las diferencias de sexo, edad, nivel socioeconómico y grupo étnico de los participantes e interesados directos tal vez influyan en su capacidad de dar a conocer sus opiniones, tomar decisiones o tener acceso a información y servicios?
- ¿Cuáles son los distintos roles y responsabilidades de las mujeres y los hombres que influirán en los resultados del programa y la asignación de sus beneficios? ¿Controlan las mujeres y los hombres diferentes tipos y niveles de recursos? ¿Tienen ellos diversos deseos, necesidades, intereses y capacidades de tomar y expresar decisiones y opiniones?
- ¿Hay elementos programáticos que tal vez resulten influidos por las relaciones, roles o identidades locales de género?
- ¿Cuáles son los tabúes u obstáculos sociales, legales o culturales que quizá impidan que las mujeres o los hombres (o niñas o niños adolescentes) participen en el proyecto?

Desarrollar objetivos intermedios

Cuando se diseñan programas, se debe considerar la posibilidad de desarrollar objetivos intermedios que aborden particularmente las limitaciones por razón de género a fin de lograr objetivos estratégicos. Por ejemplo:

- Si para las mujeres el tiempo constituye una limitación para solicitar atención prenatal, se puede considerar un objetivo intermedio que aborde las limitaciones al acceso que existen por razón de género. El objetivo podría consistir en establecer o fortalecer servicios satélites cerca de los lugares que las mujeres frecuentan mientras realizan otras actividades, por ejemplo servicios ubicados cerca del lugar de trabajo o en unidades móviles que visiten mercados y comunidades.
- Si llegar a hombres y niños adolescentes es clave para el apoyo del acceso por parte de niñas adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva (incluido el asesoramiento acerca de la postergación de la vida sexual activa y el acceso a la planificación familiar), quizá sea necesario establecer un objetivo intermedio de "mayor participación de los hombres y los niños adolescentes en actividades educativas de SR y VIH/SIDA."
- Si las políticas presentan restricciones de género, por ejemplo el requisito del consentimiento conyugal para ciertos tipos de anti-concepción o pruebas de ITS, un objetivo intermedio podría ser eliminar dichas limitaciones al promover cambios en el marco legislativo y normativo y en la capacitación de proveedores de atención de salud.

Determinar la factibilidad

Dado que el tiempo y los recursos suelen ser limitados, el personal del programa –con la participación activa de las personas y sus comunidades– debe examinar la factibilidad del logro de los objetivos teniendo en cuenta los recursos financieros, humanos y técnicos disponibles.

Determinar la factibilidad de un objetivo:

- ¿Qué pasos intermedios que aborden las diferencias de género mejorarán la efectividad del programa y contribuirán a una distribución más equitativa de sus beneficios?
- ¿Qué recursos se necesitan para realizar estos pasos? ¿Qué tipos de organizaciones tienen las aptitudes técnicas y de género y los conocimientos para ayudar al programa a lograr resultados equitativos de género?
- ¿Quién controla los recursos del programa? ¿Cuáles son las probabilidades de que los recursos se puedan asignar para abordar las limitaciones por razón de género mediante objetivos y actividades intermedios? ¿En quién hay que influir y cómo?
- ¿Qué tareas (formales e informales) son esenciales para lograr los resultados? ¿Cuáles tareas realizan las mujeres y cuáles realizan los hombres? ¿Existe una división por razón de género del trabajo que realiza el personal del programa y los proveedores de servicios, o hay probabilidades de que el personal público influya en la capacidad del proyecto de lograr mayor equidad/igualdad de género en su programa?

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 1: “REPROSALUD, PERÚ²⁵”

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN

En septiembre de 1995, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional otorgó al Movimiento Manuela Ramos, ONG feminista del Perú, un acuerdo de cooperación para poner en práctica el Proyecto de Salud Reproductiva en la Comunidad, conocido como ReproSalud.

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

A pesar de aumentos considerables a nivel nacional en el uso de servicios de salud reproductiva y de la prevalencia de uso de la anticoncepción, y de la disminución de la fertilidad, la gente de las zonas rurales del Perú han quedado al margen de estos cambios. Los enfoques tradicionales a la prestación de servicios no abordan adecuadamente las barreras sociales, culturales, de género y estructurales de otra índole a las que hacen frente los hombres y las mujeres pobres de las zonas rurales. Por no tener acceso a información y atención no pueden hacer decisiones informadas de SR. El proyecto ReproSalud se diseñó para abordar las barreras estructurales más graves, por ejemplo, desigualdad de género, diferentes conceptos culturales de salud y fisiología por parte de clientes y proveedores, prejuicios étnicos y sociales, y pobreza.

OBJETIVOS

Mediante un diseño innovador y multisectorial, ReproSalud tiene las siguientes metas:

- Mejorar la salud reproductiva de las mujeres de las zonas rurales y periurbanas del Perú;
- Abordar simultáneamente las necesidades prácticas de las mujeres y los intereses estratégicos de género.

El proyecto contribuye a estas metas de la siguiente forma:

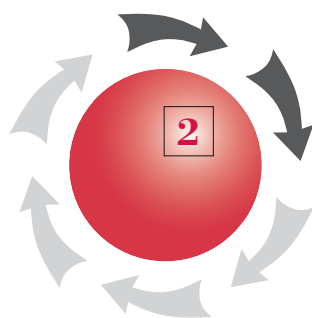
- Al hacer aumentar la utilización por parte de las mujeres de las prácticas preventivas y los servicios de SR/VIH/SIDA;
- Al hacer participar activamente a las mujeres en la determinación, priorización y solución de sus propios problemas de SR, y en la determinación y negociación de las condiciones en que se prestan los servicios de SR/VIH/SIDA;
- Al hacer todo lo posible para que el sistema de salud pública incorpore las perspectivas de las mujeres en la prestación de atención de salud e institucionalice la participación de las mujeres en el diseño y la implementación de los servicios del Ministerio de Salud (MS) para que los servicios de salud estén más capacitados para responder a las necesidades de las mujeres.

25 La información para esta sección se tomó de: Amalia Alberti, Deborah Caro y col., *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTECH Project, 1998); Anna-Britt Coe, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, 2001); Susana Galdos y Barbara Feringa, “Two Years on the Ground: ReproSalud through Women’s Eyes”, informe presentado a USAID/Perú, 1999; Judith Bruce y Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000) (www.popcouncil.org).

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 1: “REPROSALUD, PERÚ”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<i>¿Quiénes son los participantes directos del proyecto?</i>	Las participantes directas del proyecto son mujeres de las zonas rurales y periurbanas del Perú. El proyecto se diseñó para incluir y movilizar las organizaciones comunitarias; determinar, priorizar y elaborar soluciones a los problemas de SR/VIH/SIDA. Las mujeres participan en el diseño, la implementación y la evaluación de los subproyectos mediante varios mecanismos participativos.
<i>¿Se ha incluido a participantes potenciales en el establecimiento de objetivos y en el diseño de actividades?</i>	El proyecto incluyó a las mujeres como socias claves y les pidió que contribuyeran con sus ideas desde en principio de los diálogos acerca de las maneras de influir en otras interesadas directas, incluidas las proveedoras de servicios de salud locales y las autoridades locales, para mejorar los servicios. El diseño original del proyecto se basó en la suposición de que una vez que las mujeres determinaran y conocieran las opciones para abordar sus inquietudes principales de SR/VIH/SIDA, éstas informarían a los líderes comunitarios y regionales para obtener su apoyo en el diálogo con autoridades sanitarias locales acerca de las maneras de mejorar la calidad de los servicios.
<i>¿Hay otras interesadas directas que quizá sean partidarias o adversarias del programa? ¿Se ha consultado con estas personas?</i>	En las etapas iniciales de estas consultas, las mujeres dieron a conocer a los coordinadores del proyecto su deseo de incluir a sus parejas al principio del proceso educacional. Éstas convencieron a los encargados del diseño del proyecto de que si los hombres recibían la misma información que las mujeres, todos serían más eficaces para llegar a las autoridades locales.
<i>¿Ha considerado el personal la forma en que las diferencias de sexo, edad, nivel socioeconómico y grupo étnico influyen en la capacidad de los participantes de dar a conocer sus opiniones, tomar decisiones o tener acceso a información y servicios?</i>	Desde el comienzo, el equipo de ReproSalud intercambió ideas con los participantes acerca de la información biomédica y creencias y prácticas locales desde una perspectiva de cultura, sexo y edad. El proyecto complementó la información recopilada mediante el diálogo en los ejercicios de autodiagnóstico, con varios estudios antropológicos en diferentes regiones del Perú para comprender mejor las variaciones de las creencias y las prácticas. Tanto los participantes como el equipo del proyecto se beneficiaron de una mayor comprensión de los términos que las mujeres solían utilizar para referirse a su fisiología y a sus problemas de salud. De estas interacciones, pudieron establecer un lenguaje común para mejorar la comunicación entre los educadores de salud y los participantes, así como entre los que prestan atención de salud y los clientes. Un estudio comparó los conceptos de calidad de la atención que tenían los que prestan atención de salud y los clientes. Los objetivos de dicho estudio fueron los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los modelos conceptuales de calidad que tenían diferentes grupos de mujeres y proveedores; • Determinar los puntos de divergencia y convergencia de los diferentes modelos conceptuales para encontrar estrategias que abordaran las necesidades de las mujeres y al mismo tiempo fueran convenientes dentro de los límites de las políticas nacionales de salud; • Analizar el proceso de toma de decisiones en los establecimientos de asistencia de salud para comprender mejor las limitaciones y oportunidades dentro de dichos establecimientos; • Comprender la forma en que las variaciones de las necesidades y prioridades desde la perspectiva de las mujeres se diferencian de las prioridades nacionales; • Hacer sugerencias relativas a prioridades regionales.

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de las mujeres en las zonas rurales y periurbanas compitieron mediante representaciones teatrales acerca de sus inquietudes más urgentes de SR. Al tiempo que el proyecto hacía hincapié en la formación de asociaciones con grupos de mujeres, el equipo del proyecto seleccionó grupos que, mediante sus representaciones teatrales, demostraban cohesión y capacidad de trabajar en grupo. • Una vez seleccionados, los representantes de las organizaciones comunitarias participaron en un proceso de autodiagnóstico de 3-4 días mediante el cual exploraron las cuestiones que afectaban a las mujeres a diferentes edades. Después de intercambiar con los coordinadores del proyecto información relativa a las creencias de salud y las prácticas, los participantes priorizaron sus inquietudes de SR y seleccionaron las cuestiones más esenciales para centrar en ellas las actividades de educación comunitaria. 	<p>Participación equitativa de género</p> <p>Abogacía</p> <p>Fomento de relaciones equitativas</p> <p>Objetivos concretos de género e indicadores para medir el éxito</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Al asociarse con las mujeres desde el principio y escuchar sus inquietudes, el proyecto acató la sugerencia de los participantes de organizar comités coordinadores regionales, integrados por mujeres, hombres y líderes comunitarios y regionales, a fin de hablar con funcionarios de salud acerca de la manera de hacer que los servicios de salud fueran más receptivos a las necesidades y los deseos locales. Las coaliciones fueron más eficaces que las mujeres solas para influir en los proveedores de servicios de salud para el cambio. 	<p>Participación equitativa de género</p> <p>Formación de coaliciones</p> <p>Abogacía</p> <p>Fomento de relaciones equitativas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres querían hacer cambiar las actitudes y los comportamientos de los hombres que ellas consideraban que eran barreras para mejorar la salud de la mujer. • El intercambio de información promovió un respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y de los hombres, y ayudó a cambiar los desequilibrios de poder en las relaciones. • La inclusión de los hombres conforme a las condiciones puestas por las mujeres permitieron que los hombres fueran aliados fuertes para obtener el apoyo de funcionarios gubernamentales locales y regionales, y convencer a los proveedores de servicios de salud para que respondieran de una forma más sensible a las necesidades de SR de las mujeres. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p> <p>Formación de coaliciones</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios demostraron que la unión de los modelos conceptuales de los usuarios con los de los proveedores constituye un reto, pero existen puntos de convergencia desde los que se puede empezar. La información relativa a diferentes creencias proporciona una base para el diálogo y la traducción entre los distintos sistemas. Además, hacer conocer muchas de estas diferencias permite a las mujeres y a los que prestan atención de salud trabajar en lo referente a las diferencias, en lugar de reaccionar simplemente ante la intransigencia del otro. • El proyecto descubrió que los que prestan atención de salud y las mujeres tenían diferentes ideas acerca de la calidad. Los coordinadores del proyecto se dieron cuenta de que tenían información incompleta acerca de lo que significaba la calidad para los diferentes interesados directos; por consiguiente, emprendieron un estudio para entender lo que significaba la calidad de la atención para los proveedores de servicios y para los usuarios. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p> <p>Objetivos concretos de género e indicadores para medir el éxito</p>



PASO 2: Recopilar datos relativos a relaciones, roles e identidades de género que son pertinentes para el logro de los resultados del programa.

Recopilar información en función de los objetivos del programa

El punto de partida de la investigación analítica de una perspectiva de género consiste en la recopilación de datos desglosados por sexo vinculados a los objetivos del programa. ¿Qué tipo de información necesita recopilar el equipo del programa para comprender cómo se definen los roles y las identidades de género dentro de una sociedad particular y cómo varían éstas con la edad, la clase social y el grupo étnico? Un programa de políticas públicas de SR/VIH/SIDA, los datos pertinentes centrados en los objetivos del proyecto incluirían:

- ¿Quiénes participan en el gobierno comunitario y local y cómo los diferentes grupos y individuos del lugar (datos desglosados por sexo) participan en la formulación de políticas regionales y nacionales?
- ¿Cuáles temas se tratan en los foros públicos y quién puede sacarlos a la luz? ¿Qué roles desempeñan los hombres y las mujeres, y los niños y las niñas adolescentes en estos escenarios públicos?
- ¿Cómo se comunica la información de los foros públicos a grupos e individuos que no están presentes? ¿Quién tiene acceso a diferentes medios de comunicación (datos desglosados por sexo)?

A menudo la información está disponible en censos y encuestas nacionales y en informes de investigación publicados e inéditos. Ocasionalmente es necesario realizar una recopilación primaria de datos usando encuestas o técnicas participativas de investigación.²⁶ Los datos recopilados con métodos cuantitativos y cualitativos, y en diversos niveles (individual, domiciliario, comunitario, regional y nacional) proporcionan una base informativa más firme para tomar decisiones relativas a cómo integrar de manera más eficaz consideraciones de género a los programas.

¿A quién se incluye en la labor de recopilación de información?

La forma en que los encargados de implementar el programa incluyen a diferentes interesados directos y participantes en la recopilación de información influirá en la calidad de la información recopilada y tendrá consecuencias para la planificación programática. Existen varios métodos de análisis de una perspectiva de género para recopilar y analizar la información relativa a los roles, toma de decisiones y control de los recursos de género. En su mayoría son variaciones de los métodos de investigación cuantitativa y cualitativa (por ejemplo, encuestas, métodos de evaluación rápida, grupos de opinión) que incluyen preguntas concretas acerca de las actividades, los roles, los activos, la toma de decisiones y las responsabilidades de los hombres y las mujeres (véanse las referencias del Apéndice 3, bajo "Otros manuales de planificación de género", para obtener información adicional respecto a métodos).

²⁶ Aunque las necesidades de los participantes y los intereses de los interesados directos se disciernen mejor mediante la participación directa de las personas y los grupos, el personal del programa puede sacar conclusiones importantes acerca de las diferencias de género clave al analizar datos y estadísticas nacionales micro y macroeconómicas desglosados por sexo relativos al desarrollo social. La información acerca de la participación y la segmentación de la fuerza laboral, ingresos, tasas de pobreza, nivel de instrucción, estado de salud, condición jurídica, acceso judicial y participación política de las mujeres en relación con los hombres, por decir sólo unos cuantos, proporciona indicadores a nivel nacional de las desigualdades en materia de género que el equipo del proyecto debe abordar en la elaboración de los objetivos y las actividades.

Instrumentos de encuesta

Una encuesta que se diseña para obtener información de participantes de sexo masculino y femenino —incluidos sus intereses y prioridades; a qué dedican su tiempo; sus redes personales; sus recursos materiales, sociales y de conocimientos— proporcionará al personal del programa una imagen más exacta de la dinámica

social de una región, así como una base más firme para la planificación programática. El personal debe incluir tanto a hombres como a mujeres (jóvenes y de edad) en la encuesta y diseñar la encuesta para averiguar factores relacionados con el género, por ejemplo la toma de decisiones, el control de los recursos y la participación política. Las preguntas deben tener en cuenta los niveles de alfabetización y el idioma de las distintas personas entrevistadas.

El uso de métodos de investigación participativa permite aumentar la participación de las distintas personas y los interesados directos en el proceso de investigación. La participación activa de las personas les brinda a éstas una oportunidad para expresar sus necesidades y aspiraciones, participar en el análisis de las causas de sus problemas e inquietudes de salud y desempeñar una función en la elaboración de soluciones sostenibles.

Los grupos de opinión y otros métodos participativos son eficaces para evaluar la variedad de creencias, actitudes, intereses y prioridades locales, especialmente como varían según el género, el nivel socioeconómico, los grupos de edad y el grupo étnico. Los grupos de opinión son útiles para obtener retroalimentación relativa a la satisfacción de los clientes, la eficacia de las campañas de IEC y la aceptabilidad de nuevos métodos anticonceptivos.

Grupos de opinión

El equipo del proyecto está a cargo de cerciorarse de que las personas que dirigen los grupos de opinión establezcan los grupos y hagan preguntas de manera que den a conocer las diversas perspectivas de los participantes, incluso a los desempoderados en el contexto sociocultural particular objeto del estudio. La atención prestada a las una perspectiva de género no está limitada a la inclusión de los hombres y las mujeres en la labor de recopilación de información. Se debe considerar lo siguiente:

- Si entrevistar a los hombres y a las mujeres en grupos de un solo sexo o de ambos sexos;
- Si la agrupación heterogénea u homogénea por edades influirá en las respuestas de diferentes participantes;

- Si el idioma usado influirá en la participación si algunos participantes no dominan ese idioma.

En algunas situaciones es posible que los grupos de opinión que incluyen a los hombres y a las mujeres, jóvenes y de edad, y a personas de diferentes orígenes étnicos sólo proporcionen información dada por los representantes de los grupos más poderosos. En algunos contextos culturales, por ejemplo, tal vez las mujeres no se sientan cómodas para expresar en público su desacuerdo con los hombres. De igual manera, en agrupaciones del mismo sexo, es posible que una joven no sienta que es apropiado poner en tela de juicio un criterio expresado por su madre. Si las mujeres o las personas de edad no dominan plenamente el idioma nacional, tal vez no puedan dar sus opiniones.

Considerar la calidad de la información recopilada

Antes de empezar la recopilación de la información, es útil considerar si hay factores sociales que limitan la participación de las personas o los grupos en la investigación. Por ejemplo:

- ¿Restringirá la movilidad limitada de las mujeres fuera del hogar su participación en los grupos de opinión?
- ¿Influirá en la confidencialidad de la información la necesidad de que el esposo dé permiso a su mujer de participar en una entrevista?
- ¿Estarán de acuerdo las mujeres en participar en la investigación cuando han sido sólo los líderes comunitarios de sexo masculino quienes han participado en la autorización de llevar a cabo la investigación?
- ¿Hay posibles consecuencias negativas para los que participan en la investigación?

Al obtener consentimiento informado de los participantes antes de llevar a cabo un programa de investigación, los encargados de la implementación tienen más probabilidades, desde un principio, de determinar y abordar las limitaciones por razón de género que impiden la inclusión de los participantes en la investigación.

La calidad de la información recopilada repercute directamente en el diseño y los resultados de los programas. Es posible que estas cuestiones no salgan a la luz durante los análisis relativos a los intereses directos ni durante las evaluaciones de necesidades a menos que se hayan planteado preguntas apropiadas a los hombres y a las mujeres. Por ejemplo:

- Es probable que las mujeres sean reticentes a solicitar servicios de diagnóstico de ITS o a compartir información con parejas masculinas si corren el riesgo de ser objeto de violencia física u de otras represalias.
- Es posible que los hombres se nieguen a utilizar servicios de salud para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual si los servicios atienden principalmente las necesidades de salud reproductiva de las mujeres.

Es importante formular preguntas para obtener información particular de contextos que es poco probable que los entrevistados den

espontáneamente por su propia voluntad. El planteamiento de las preguntas, la terminología, las categorías y los entornos para la recopilación de la información también influyen en la calidad de la información relativa a las relaciones de género. Por consiguiente, tal vez sea necesario preguntar a las mujeres directamente acerca de tareas particulares o del tiempo que dedican, para obtener información relativa al trabajo de las mujeres. Asimismo, es posible que las personas ajenas al asunto que sacan conclusiones de las observaciones de las actividades locales estén predispuestas, por sus propias experiencias y cultura, a ver lo que los hombres de la aldea hacen y saben, pero pasan por alto las distintas tareas y los diversos conocimientos de las mujeres. Los investigadores pueden limitar estos tipos de omisiones y distorsiones al investigar los prejuicios, las suposiciones y los estereotipos que pueden tener inconscientemente. Hay más probabilidades de obtener información de calidad relativa a una perspectiva de género cuando los investigadores tienen en cuenta los tipos de situaciones en las que las mujeres y los hombres pueden expresarse libremente.

- ¿Se sentirán más cómodos al responder un cuestionario, en grupos de opinión o con métodos participativos o cualitativos?
- ¿Están los hombres y las mujeres más dispuestos a responder a preguntas individualmente o en grupos?
- ¿Se obtienen resultados diferentes si son hombres o mujeres (de una edad, una clase o un grupo étnico particular) quienes llevan a cabo una encuesta o facilitan grupos de opinión?
- ¿Deben realizarse las charlas en lugares públicos o en el hogar?
- ¿Influye de manera diferente en las respuestas que dan los hombres y las mujeres el idioma utilizado en las entrevistas o en las encuestas?
- ¿Debe entrevistarse a las mujeres y a los hombres juntos o por separado?

Las respuestas a estas preguntas variarán según la edad, el grupo étnico y las circunstancias económicas de los entrevistados (véase "Manuales de género y salud reproductiva" en el Apéndice 3, donde se presentan referencias acerca de métodos de investigación y una perspectiva de género).

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 2: “PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN TANZANÍA”²⁷

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Varios organismos cooperadores de USAID — JHU/CCP, JHPIEGO, INTRAH y EngenderHealth — están trabajando para mejorar la atención de salud materna y reproductiva en 16 distritos de Tanzania. Las iniciativas particulares incluyen: atención prenatal con un enfoque en la malaria y la sífilis en el embarazo, atención de postaborto, planificación familiar y métodos a largo plazo y permanentes de planificación familiar.

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

A fin de mejorar la calidad, el personal del proyecto ha llevado a cabo investigación en cuanto a la percepción que tienen los clientes acerca de la calidad de la atención.

OBJETIVOS

- Elaborar un programa de mejora y reconocimiento de la calidad en 16 distritos de Tanzania;
- Determinar los diferentes criterios de servicios de calidad definidos por los proveedores y miembros de la comunidad (clientes y no clientes).

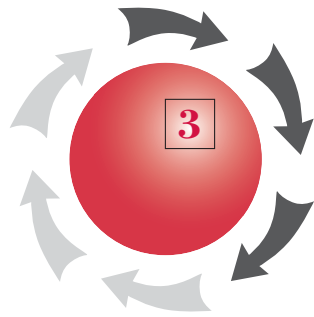
NOTA: A diferencia de otros estudios de casos presentados en este capítulo, el Programa de Salud Materna no se diseñó originalmente para abordar una perspectiva de género. El caso es un ejemplo de un programa que ha adoptado algunos pasos iniciales a medio camino para recopilar y analizar información relativa a diferencias por razón de género en cuanto a actividades y preferencias respecto a servicios de atención de salud. El personal del programa espera utilizar los hallazgos para comprender y responder mejor a las limitaciones basadas en razones de género que se oponen al uso de los servicios.

²⁷ Información obtenida de una comunicación personal con Wendy Voet, JHPIEGO.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 2: “PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN TANZANÍA”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<i>¿Debe entrevistarse a los hombres y a las mujeres juntos o por separado?</i>	Se utilizaron charlas de grupos de opinión para recopilar datos de la comunidad. Al principio se temió que los hombres pudieran dominar la charla en grupos mixtos.
<i>¿Se obtienen resultados diferentes si son hombres o mujeres (de una edad, una clase o un grupo étnico particular) quienes llevan a cabo una encuesta o facilitan grupos de opinión?</i>	Se organizaron equipos de evaluación para que las mujeres entrevistaran a mujeres y los hombres entrevistaran a hombres. Los investigadores consideraban que los participantes se sentirían más cómodos al hablar de temas delicados con facilitadores del mismo sexo.
<i>¿Qué clases de preguntas son más eficaces para obtener información acerca de diferencias de género?</i>	A los hombres y a las mujeres se les hizo la misma serie de preguntas sin indagar acerca de las diferencias de género. Sin embargo, los facilitadores hicieron a cada grupo preguntas acerca de quién controlaba recursos considerables y quién tomaba decisiones importantes respecto a solicitar atención de salud

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos se segregaron por sexo para garantizar la inclusión de diferentes perspectivas. • Las mujeres se separaron por edades para que las mujeres mayores no opacaran las opiniones de las mujeres más jóvenes. • El proyecto creó un foro relativamente no estructurado y flexible para animar a las mujeres a comunicar diversas perspectivas. 	<p>Participación equitativa de género</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dado que los hombres y las mujeres expresaron claramente que preferían la privacidad respecto a una perspectiva de género particularmente, el uso de entrevistadores del mismo sexo en los grupos contribuyó a crear un intercambio de ideas más relajado y abierto. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p>
<p>Los hombres y las mujeres se centraron en diferentes aspectos de la atención en sus respuestas, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres destacaron la privacidad como un elemento esencial de la calidad, especialmente en las salas de examen médico; • Los hombres citaron el sexo y la edad del proveedor como elementos clave de la calidad de los servicios de ITS. Se sentían incómodos si los atendía una enfermera de más edad y no un hombre más joven; • Las mujeres también revelaron que la decisión de dar a luz en un hospital, especialmente en caso de emergencia, la toma el esposo y la madre de la mujer. Señalaron que la madre tiene la última palabra porque es probable que el esposo tome la decisión basándose en el costo y no en la gravedad de la condición de su cónyuge, mientras que una madre tiende más a centrarse en la salud de su hija. 	<p>Objetivos concretos de género e indicadores para medir el éxito</p>



PASO 3: Analizar la información sobre las diferencias de género que pueden influir en el logro de los objetivos del programa.

Al analizar la información recopilada, los planificadores del proyecto estarán más capacitados para diseñar actividades que aborden las limitaciones por razón de

género a fin de lograr los objetivos del programa, y que incorporen los recursos y las creencias locales.

Fuentes diversas de información

La información recopilada de diversas fuentes y mediante distintos métodos revela diferentes aspectos de las creencias y prácticas basadas en género. La investigación cualitativa ayudará al personal del programa a interpretar el significado de dichos modelos y tendencias desde la perspectiva de los participantes y a investigar más profundamente las estructuras sociales, económicas y políticas que sostienen o desafían las ideas y los modelos de comportamiento existentes. Por ejemplo, los investigadores tal vez puedan responder a las preguntas siguientes:

- ¿Qué revela la información obtenida de investigaciones anteriores o nuevas acerca de las relaciones de género y el status relativo de las mujeres y los hombres?

- ¿Existen diferencias entre los hombres y las mujeres que sean significativas para los resultados del programa, y en qué manera influirán las limitaciones y las oportunidades de género en el logro de los resultados del programa? Por ejemplo:
 - ¿Afectarán las restricciones en cuanto a la movilidad y la instrucción limitadas de las mujeres en su capacidad de participar como educadoras de salud y en el acceso que tienen a los servicios de SR?
 - ¿Afectará la ausencia estacional de los hombres de la comunidad en el apoyo comunitario a las actividades del programa?
 - ¿Aumentará la vulnerabilidad al embarazo no intencional, las ITS y la violencia debido a la escasez de recursos para la educación de las niñas?
 - ¿Han influido los cambios de la producción agrícola en el tiempo disponible que tienen las mujeres para ocuparse de huertos que proporcionan alimentos importantes para el hogar?
 - ¿Participan los niños adolescentes en clubes sociales que brindan oportunidades para que participen en actividades de asesoramiento de pares, y existen grupos comparables para las niñas?

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 3: “TOSTÁN –ERRADICAR LA EXCISIÓN GENITAL FEMENINA EN SENEGAL”²⁸

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Tostán es una ONG con sede en Senegal que promueve una estrategia integrada relativa al aprendizaje mediante un programa que consiste en ocho módulos educativos participativos de carácter comunitario. Los temas de los módulos van desde la generación de ingresos, la alfabetización y los derechos humanos hasta la salud reproductiva y la supervivencia infantil. La meta de la organización es promover el aprendizaje participativo de modo que sea accesible para las estudiantes y que sea controlado por ellas, en las comunidades rurales.

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

En Senegal, la excisión genital femenina (EGF) forma parte de los ritos de paso de las niñas, que practican algunos grupos étnicos. La práctica, que se ha concebido para preparar a las niñas para sus funciones de género como compañeras de los hombres y como madres, a menudo causa complicaciones graves en las mujeres, como sangrado y hemorragia, infecciones, dolor, dificultad para orinar, estrés, choque y complicaciones durante las relaciones sexuales y el parto.

OBJETIVOS

Los objetivos del programa educativo de Tostán son los siguientes:

- Reducir el analfabetismo en Senegal;
- Promover el autodesarrollo mediante el uso de materiales educativos adaptados;

- Ofrecer un programa de educación básica modelo;
- Promover la salud reproductiva.

El programa hace hincapié en las aptitudes de solucionar problemas y cómo éstas pueden aplicarse a los diferentes problemas sociales y económicos que las mujeres y sus comunidades afrontan en su vida diaria. La base de este enfoque es una filosofía que permite a los participantes comprender y examinar prácticas locales sin prejuicios; recibir información, especialmente técnica, de manera que la puedan entender; y trabajar en grupo para procesar información y tomar decisiones relativas a acciones futuras. El programa no dice a los aldeanos lo que deben decidir o hacer. El proyecto presenta información pertinente mediante temas culturales conocidos, como cuentos, canciones, representaciones teatrales y juegos.

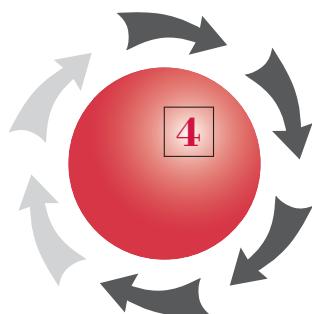
En 1994, Tostán utilizó este método para elaborar un nuevo módulo relativo a cuestiones de SR, incluida la EGF que practican algunos grupos étnicos en Senegal. Tostán, junto con otras organizaciones de salud y derechos, considera que la práctica contribuye a graves problemas de salud a lo largo del ciclo de vida de las mujeres, y a menudo causa la muerte a niñas recientemente circuncidadas. Como parte del nuevo programa de estudios, Tostán incluyó una representación teatral de carácter social que se trata de una niña de 8 años de edad que muere a causa de la EGF. Esta parte del programa de estudios dio origen a un movimiento en todo el país a nivel local y nacional para erradicar la práctica. El proceso incluye a mujeres, hombres, líderes religiosos y políticos.

28 Información tomada de EGF, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council and FGC, 1999); (nd) *Senegalese Women Remake Their Culture*. <http://www.EGF.com/article3.html>

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 3: “TOSTÁN –ERRADICAR LA EXCISIÓN GENITAL FEMENINA EN SENEGAL”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<p><i>¿Qué revela la información obtenida de investigaciones anteriores o nuevas acerca de las relaciones de género y el status relativo de las mujeres y los hombres?</i></p>	<p>Después de la representación teatral de carácter social, se planteó a las mujeres una serie de preguntas para determinar las implicaciones y consecuencias particulares de la práctica de la EGF y de la ausencia de dicha práctica. La información que las mujeres recopilaron de las respuestas constituyó la base de un conjunto importante de decisiones en la comunidad. Algunas de las preguntas que las mujeres plantearon a los interesados directos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué piensa que se realiza la excisión en las niñas? ¿Piensa que ésta es una práctica necesaria? ¿Por qué sí o por qué no? • ¿Dejaría que se realizara la excisión en su hija? ¿Por qué sí o por qué no? • ¿Qué peligros de salud se relacionan con la EGF? ¿Ha oído hablar de casos en los que las mujeres han tenido estos problemas? • ¿Cuáles son los tabúes relacionados con las mujeres que no han sido sometidas a la excisión? ¿Cree usted en esos tabúes? • ¿Qué dice el Islam acerca de la EGF? ¿Es una obligación prescrita en el Corán? • ¿Piensa que la EGF puede perjudicar la vida de una mujer? ¿Por qué sí o por qué no? • ¿Piensa que la EGF infringe alguno de los artículos de la Convención de Derechos Humanos que se abordaron en el módulo? <p>Se pidió a los facilitadores que no adoptaran una postura de crítica al plantear estas preguntas a las mujeres y que les preguntaran si deseaban tratar el tema con agentes de salud, líderes religiosos y líderes de la comunidad.</p>
<p><i>¿Qué revela la información obtenida de investigaciones anteriores o nuevas acerca de las relaciones de género y el status relativo de las mujeres y los hombres?</i></p>	<p>Las mujeres de Bambara que habían usado la información para hacer cambiar las opiniones y decisiones en sus comunidades también decidieron hablar con los periodistas acerca de su decisión. La publicación de su relato condujo a una evaluación de asuntos de género en altos niveles del Gobierno de Senegal, incluida la presidencia.</p>

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente, las mujeres se mostraron renuentes a hablar de la representación teatral, pero la tercera vez que la habían representado concluyeron que practican la EGF porque este procedimiento forma parte de una tradición que los hombres y los líderes religiosos esperan de ellas. • Hablaron del tema y llegaron a la conclusión de que, basándose en lo que habían aprendido acerca de los derechos humanos, sabían que también tenían derecho a expresar su opinión respecto a la práctica. Decidieron conversar con otras mujeres y sus esposos acerca de las consecuencias negativas que la EGF tiene en la salud. En el proceso descubrieron que muchas personas de la comunidad apoyaban la erradicación de la práctica. • Las mujeres también decidieron hablar con un imán para determinar si el Corán exigía la EGF. El imán respondió que el Corán no lo exigía y que él personalmente se oponía a dicha práctica. Esta información, además de la relativa a los problemas de salud, fue suficiente para convencer a los esposos de las mujeres y a otras mujeres que no habían participado en el programa de Tostán. • Finalmente, el jefe de la aldea también dio su apoyo al decir que la vida cambia y que las tradiciones cambian también. • La aldea de Bambara, donde tuvo lugar esta serie de recopilación de datos, análisis y cambio de actitudes, también tomó la decisión firme de erradicar la práctica de la EGF. 	<p>Participación equitativa de género</p> <p>Fomento de relaciones equitativas</p> <p>Formación de coaliciones</p> <p>Vínculos multisectoriales</p> <p>Apoyo social para una elección informada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El 20 de noviembre de 1997, en respuesta a las mujeres de Bambara que expresaron su opinión en los medios de información, el Presidente de Senegal declaró que los derechos humanos deben incluir los derechos de la mujer y que el respeto a los derechos de la mujer era esencial para el progreso en el país. • Un grupo de legisladoras propusieron de inmediato una serie de reformas legislativas para apoyar la igualdad de género en la ley tributaria, la protección social, las leyes laborales y el código familiar. • El 3 de febrero de 1998, el Presidente propuso una ley contra la EGF. • El 15 de febrero de 1998, 13 aldeas firmaron una declaración según la cual no se practicaría la EGF en éstas. Dichas aldeas también nombraron una comisión para monitorear el cumplimiento de la declaración. 	<p>Objetivo(s) concreto(s) de equidad/igualdad de género</p> <p>Abogacía</p>



PASO 4: Diseñar elementos y actividades programáticos que aborden asuntos de género.

Determinar estrategias para obtener los resultados deseados

Una vez que se ha analizado los datos y de estos se ha obtenido información sobre las diferencias de género, el equipo del programa puede usar esta información para ver más claramente los objetivos del programa y determinar cuáles estrategias permitirían el logro de los resultados deseados.

- ¿Qué actividades y servicios tendrá que ejecutar el programa para garantizar la atención a las necesidades e inquietudes particulares de género?
- ¿Cómo garantizarán las actividades y los servicios la participación equitativa por parte de mujeres y hombres y niñas y niños?
- ¿En qué maneras las actividades programáticas beneficiarán a las mujeres y los hombres?
- ¿Qué tipos de estrategias ayudarán al programa a garantizar que las actividades benefician a las mujeres y a los hombres equitativamente, o abordarán las inequidades institucionalizadas?

- ¿Cómo podrá garantizar el programa la equidad entre mujeres y hombres en su acceso a información, recursos de salud (capacitación, actividades de extensión, productos) y servicios, y que tienen control sobre estos?
- ¿Qué estrategias empleará el programa para abordar leyes, políticas, instituciones y reglamentos discriminatorios?
- ¿Qué estrategias elaborará el programa para abordar preferencias sociales y culturales?

El análisis revela la forma en que las oportunidades o limitaciones por razón de género constituyen la base para el diseño del programa. Por ejemplo:

- ¿Es posible trabajar mediante clubes sociales para llegar a los niños adolescentes?
- ¿Existen nuevas tecnologías o estrategias que ahorran tiempo para que puedan ayudar a las mujeres a seguir cultivando hortalizas, o su participación en cultivos comerciales les proporcionará suficientes recursos monetarios para la compra de productos que ya no cultivan?
- ¿Hay maneras de aumentar la capacidad y la autoridad de las mujeres para tomar decisiones en nombre de las comunidades aun cuando los hombres estén ausentes?

Las respuestas a estos tipos de preguntas deben servir de guía para el diseño de programas y actividades.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 4: “PROMOCIÓN DE LA CAUSA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, POLONIA”²⁹

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

La Federación para la Mujer y la Planificación Familiar (FWFP) se fundó en 1992 como una coalición de nueve ONG que promueven y defienden la salud y los derechos reproductivos de la mujer en Polonia.³⁰

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

Las estadísticas extraoficiales indican que sólo 12 por ciento de los polacos usan métodos modernos de planificación familiar. Pocas fuentes publicadas acerca de la salud reproductiva, la escasez de servicios de SR que difunden información exacta y el costo elevado de los anticonceptivos son algunos de los factores que contribuyen a una prevalencia baja de uso de anticonceptivos. La escasa información que se difunde por los medios de información y en libros de texto suele ser negativa, engañosa o inexacta, y refuerza los estereotipos y los prejuicios de género. Además, el Consejo de Médicos Polacos recomendó a los médicos que ofrecieran información y acceso a anticonceptivos sólo si se les pedía especialmente.

OBJETIVOS

En respuesta a la necesidad de mejorar la información relativa a la salud, los servicios y los derechos reproductivos, la FWFP elaboró un proyecto de dos años para incluir a las mujeres en el proceso de ejercer presión y abogar a fin de equiparlas con los instrumentos necesarios para el cambio de políticas. El proyecto PROWID (Promoción de la Mujer en el Desarrollo), financiado por la USAID, proporcionó a la FWFP fondos para dos años para el diseño de un programa de comunicación y abogacía. La meta del programa era mejorar los servicios de atención de salud reproductiva para las mujeres, mejorar sus derechos reproductivos al aumentar la conscientización e influir en el público y los formuladores de políticas, y a la larga crear un programa común. Las actividades especiales incluían lo siguiente:

- Establecer una red nacional de promotores de abogacía de la salud y los derechos reproductivos de la mujer;
- Promover normas internacionales relativas a la salud y los derechos reproductivos para los proveedores de atención de salud y los formuladores de políticas;
- Diseñar una campaña en los medios de información relativa a la condición de la salud y los derechos reproductivos de la mujer.

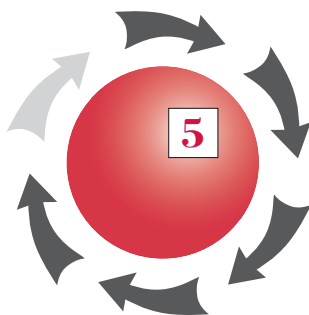
29 Este estudio de caso se basa en la situación de Polonia en 1998 y se toma de "The Federation for Women and Family Planning End of Project Report" para el ICRW/CEDPA PROWID (Promoting Women in Development) Project; véase también Federation for Women and Family Planning, *Advocacy for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: PROWID/ICRW, 1999).

30 El apoyo de la USAID no incluyó la abogacía ni el apoyo a los derechos de aborto, y estos no fueron objetivos del programa descrito aquí.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 4: “PROMOCIÓN DE LA CAUSA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, POLONIA”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<p><i>¿Cuáles actividades y servicios tendrá que ejecutar el programa para garantizar que se abordarán necesidades e inquietudes particulares de género?</i></p>	<p>En una labor continua a fin de incluir a las mujeres en las actividades para ejercer presión política y de abogacía, la FWFP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundió un informe relativo al estado de la salud reproductiva en Polonia a científicos, parlamentarios, organizaciones de mujeres y periodistas; • Formó un Consejo de abogacía integrado por 10 miembros (políticos, científicos y formuladores de políticas de salud) para elaborar mensajes de políticas, determinar el público destinatario y asesorar acerca de las estrategias de abogacía; • Celebró talleres para los formuladores de políticas y los encargados de la prestación de atención de salud; • Difundió ampliamente información, boletines y hojas informativas.
<p><i>¿Cómo garantizarán las actividades y los servicios la participación equitativa por parte de mujeres y hombres (niños y niñas)?</i></p>	<p>Se distribuyó una hoja informativa acerca de la responsabilidad masculina en cuanto a la crianza de los hijos, la planificación familiar y el comportamiento reproductivo, a fin de despertar el interés de los hombres en cuestiones que antes se consideraban que pertenecían sólo a las mujeres.</p>
<p><i>¿Qué tipos de estrategias ayudarán al programa a garantizar que las actividades benefician a las mujeres y a los hombres equitativamente, o abordarán las inequidades institucionalizadas?</i></p>	<p>La FWFP distribuyó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2000 copias de una hoja informativa acerca de la esterilización, que abordaba los estereotipos de género y promovía la legalización de la esterilización como un método anticonceptivo voluntario en Polonia. • Una hoja informativa acerca de la educación sexual —que incluía información relativa a compromisos internacionales y normas para la educación sexual, perspectivas de género y responsabilidad de los hombres, en las escuelas, a los parlamentarios y a otros políticos de alto nivel.
<p><i>¿Qué estrategias empleará el programa para abordar leyes, políticas, instituciones y reglamentos discriminatorios?</i></p>	<p>Las campañas de información y de abogacía tuvieron como meta iniciar procesos legislativos para los derechos reproductivos o poner fin a los intentos de limitar esos derechos. La FWFP logró influir en el personal de salud, los medios de información, las organizaciones no gubernamentales, los académicos, los formuladores de políticas y los grupos comunitarios locales. Tuvieron menos éxito con los legisladores encargados de formular políticas nacionales que votaron para que no se impartieran cursos de educación sexual en las escuelas públicas (sin embargo, el Presidente vetó dicho voto) y para excluir las políticas de salud reproductiva del programa de salud nacional.</p>

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • Estableció una red de 220 promotores de la causa de la salud y 9 grupos locales de apoyo para fomentar normas internacionales de salud; • Elaboró hojas informativas para actividades de abogacía (se distribuyeron 6.000 boletines para proveedores y 10.000 hojas informativas de educación sexual para escuelas); • El servicio mejoró en 3 consultorios de Varsovia y 5 consultorios regionales cuyos médicos habían asistido a talleres de la FWFP (entre las mejoras figuran la disponibilidad de exámenes mamarios e información y distribución de anticonceptivos); • Informes de los clientes según los cuales los médicos que habían recibido capacitación respetaban los derechos de los pacientes a información, elección, privacidad, continuidad de servicio y confidencialidad. 	<p>Objetivo(s) concreto(s) de equidad/igualdad de género</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de que se necesitan más actividades de extensión para llegar a los hombres. Las mujeres de Polonia son quienes llevan la mayor carga de la responsabilidad de planificación familiar; por consiguiente, las estrategias futuras procurarán fomentar la responsabilidad compartida entre los integrantes de la pareja y la participación activa de ambos en el comportamiento sexual responsable. La inclusión de los hombres en las actividades de extensión hará aumentar el acceso a la información y los servicios de salud, en particular fuera de Varsovia. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La hoja informativa hizo que la prensa solicitara información adicional y entrevistas. • Durante los debates relativos a la educación sexual en las escuelas polacas, los parlamentarios que daban su apoyo, y el Presidente de Polonia usaron la hoja informativa. 	<p>Abogacía Vínculos multisectoriales Formación de coaliciones</p>
<p>Especialmente en un ambiente político en el que es posible que no se ofrezca apoyo, la FWFP se dio cuenta de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de abogacía deben establecer prioridades y elaborar instrumentos múltiples para influir en los formuladores de políticas; • Las hojas informativas basadas en investigación sólida y que sean objetivas son esenciales para contrarrestar la información incorrecta; • Conocer los procesos legislativos es fundamental para la promoción de los derechos reproductivos mediante el cambio de políticas. Al elegir a promotores de la causa para cargos públicos, la FWFP pudo ejercer más influencia y superar obstáculos burocráticos. 	<p>Fomento de relaciones equitativas Participación equitativa de género</p>



PASO 5: Desarrollar y monitorear indicadores que midan los resultados específicamente relacionados con género; evaluar la efectividad de los elementos del programa diseñados para abordar asuntos de género.

Seguimiento del progreso y del impacto

El monitoreo rutinario de los resultados indicará si un programa está logrando sus metas y objetivos. Para determinar por qué el programa está logrando sus objetivos o no, es necesario evaluar el progreso y el impacto de los elementos particulares del programa. El seguimiento y el registro de los beneficios y los costos de la incorporación de una perspectiva de género son esenciales para acumular conocimientos acerca de la forma en que las disparidades por razón de género influyen en los resultados de desarrollo y la forma en que los programas de desarrollo obstaculizan o promueven la igualdad de género.

Los indicadores de género son más útiles para demostrar los cambios ocurridos en las relaciones y el impacto en dicho campo cuando se elaboran durante la planificación de actividades y son objeto de seguimiento a lo largo de toda la implementación. Los datos desglosados por sexo y los indicadores de impacto de género aportan retroalimentación a los organismos encargados de la implementación y a los interesados directos en cuanto a progreso, problemas y resultados no previstos. También proporcionan la base analítica para hacer ajustes fundamentados a los programas durante la implementación y para el diseño de actividades futuras. El análisis de asuntos de género en el proceso de planificación ayuda a definir cuáles indicadores se requieren para el seguimiento de los distintos impactos de las actividades (es decir, indicadores del impacto de género), las mejoras relativas a la equidad/igualdad de género y los puntos críticos del proceso de monitoreo en los cuales los datos

desglosados por sexo son útiles para la gestión eficaz. Entre algunos temas que pueden considerarse cuando se seleccionan los indicadores figuran los siguientes:

- ¿Se han desglosado los indicadores por sexo, grupo étnico, edad y nivel socioeconómico?
- ¿Se han recopilado datos de base relativos a mujeres y hombres de diferentes edades, niveles socioeconómicos y grupos étnicos?
- ¿Existen indicadores especiales para medir cambios de las relaciones de género, del acceso a los servicios y recursos, y del poder?
- ¿Tiene el proyecto una manera sistematizada de recopilar y analizar la información regularmente?
- ¿Tiene el proyecto políticas relativas a lo que se debe hacer cuando los datos de monitoreo y evaluación (M&E) revelan inequidades por razón de género?
- ¿Cómo se vinculan los objetivos particulares de género con el impacto en la SR?

Todo plan de monitoreo y evaluación de proyectos especifica los indicadores y los términos para su análisis e interpretación. Al elaborar los indicadores relacionados específicamente con el género o al desagregar por sexo la mayoría de los indicadores, el plan de M&E puede ayudar a señalar diferencias de género en la implementación y el impacto de los programas. Los indicadores cuantitativos sólo ponen de relieve las diferencias, sin realizar un análisis adicional; no explican por qué o cómo ocurren resultados diferentes. Es posible que los indicadores desglosados por sexo contribuyan poco a la comprensión de la importancia de género para un programa sin un plan para interpretar las diferencias por razón de género reveladas por los indicadores. Por ejemplo, los datos desglosados por sexo del número y el sexo de las personas que acuden a un consultorio no explicarán la importancia de las diferencias. Se necesita análisis adicional para determinar si esas diferencias se deben a lo siguiente:

- Los servicios ofrecidos están más adaptados a las necesidades de los hombres o las mujeres;
- Los prestadores de servicios de atención de salud tratan a los hombres y a las mujeres de manera distinta; o
- La ubicación del consultorio limita el número de personas que tienen acceso a éste.

Las respuestas a estas preguntas requieren análisis cuidadoso de los datos de los indicadores. Pero es sólo mediante la recopilación y el análisis cuidadoso de los datos cuantitativos y cualitativos

relacionados específicamente con el género que la información puede incorporarse significativamente en las decisiones de gestión y notificación. Es tan importante incluir a los participantes y a los interesados directos en el análisis de los datos de monitoreo y evaluación como incluirlos antes en el ciclo de programación. Su participación mediante actividades consultivas y participativas ayudará a eliminar prejuicios institucionales y por razón de género al decidir qué se ha de medir y cómo usar la información de monitoreo para aumentar el control que tienen los participantes en las actividades y los resultados del programa.

EJEMPLOS DE INDICADORES QUE MIDEN RESULTADOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON GÉNERO³¹

- EN CONSULTORIOS. Cambio de la actitud de los proveedores en cuanto a la elección de planificación familiar; cambio de los prejuicios contra las mujeres; cambio de los protocolos clínicos en cuanto al suministro de toda una variedad de métodos; cambio de la proporción de género/edad respecto a cada servicio prestado en el consultorio.
- EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. Cambio de la concientización de los proveedores en cuanto a los signos de violencia; cambio de los sistemas de remisión, cambio de las actitudes de la comunidad; cambio de las actitudes y los comportamientos de la policía.
- EN EL PROCESO DE POLÍTICAS. Cambio del número de mujeres o de grupos de mujeres que participan en el proceso de políticas; cambio de la actitud de los formuladores de políticas o de los que participan en el proceso de políticas en cuanto a incluir a las ONG de mujeres o que se centran en las mujeres; cambio de las actitudes de los líderes comunitarios; representantes del sector privado y grupos de interés especiales que participan en el proceso de políticas.
- EN INVESTIGACIÓN. Cambio de la manera en que se incluyen asuntos de género en los protocolos de investigación; elaboración de modelos más sofisticados de variables de género y de otra índole.
- EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES. Cambio de los conocimientos de los hombres en cuanto a PF/SR/VIH/SIDA; cambios de las actitudes de los compañeros en cuanto a la planificación familiar.

31 Estos ejemplos se han adaptado de Nancy Yinger y col., *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2002). Este artículo de IGWG es un recurso excelente para la elaboración de planes de monitoreo y evaluación en los que se han integrado una perspectiva de género.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 5: “VÍNCULOS ENTRE LA DEMOCRACIA Y LA GOVERNABILIDAD (DG) Y LA SALUD REPRODUCTIVA (SR) EN EL ESTADO DE PLATEAU, NIGERIA”³²

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

El Centro para Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA) es una organización voluntaria privada con sede en los Estados Unidos que ejecuta en cinco países el proyecto Posibilitar el Cambio para la Salud Reproductiva de la Mujer (ENABLE), financiado por la USAID.

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

Cada vez hay más pruebas de que las relaciones desiguales de género contribuyen a un mayor riesgo de transmisión del VIH en las mujeres, así como a niveles bajos de uso de servicios de planificación familiar y salud materna por parte de las mujeres en muchos países. El Proyecto ENABLE se diseñó para abordar limitaciones por razón de género que impiden que las mujeres tomen decisiones informadas y autónomas de salud reproductiva. El programa reconoció lo siguiente: 1) las mujeres y los hombres tienen vidas multidimensionales que implican toda una serie de relaciones sociales, políticas y económicas complejas; 2) a fin de producir impactos más fuertes en la salud reproductiva, las mujeres deben empoderarse para actuar como agentes más eficaces en otras dimensiones de su vida.

OBJETIVOS

El Proyecto ENABLE de Nigeria procuró mejorar la salud reproductiva de las mujeres mediante la creación de un entorno habilitador³³ que apoyara la «toma de decisiones informadas y autónomas de las mujeres». La premisa del programa era que la ampliación de la participación de las mujeres en la política y la gobernanza haría aumentar el control que éstas ejercían, su toma de decisiones y su poder en otros campos de su vida, incluida la salud reproductiva. Las actividades de SR consistían en lo siguiente: seminarios y visitas domiciliarias con mensajes de SR; distribución de condones; establecimiento de una unidad para la infección por el VIH/SIDA en el Departamento de Servicios de Salud; charlas relativas a la infección por el VIH/SIDA en consejos de iglesias; asistencia y apoyo para los huérfanos y las personas que viven con el VIH/SIDA; capacitación de pastores religiosos y sus esposas en el asesoramiento relativo a la infección por el VIH/SIDA; charlas en comunidades e iglesias acerca de la infección por el VIH/SIDA y la prevención de las ITS, PF, inmunizaciones, promoción de la lactancia materna y maternidad sin riesgo. Las actividades comunitarias de DG y DG/SR combinadas incluían lo siguiente: visitas de abogacía a líderes comunitarios (mujeres, líderes religiosos y gubernamentales, etc.); manifestaciones; educación civil, abogacía para la toma de decisiones conjuntas de

32 La información para este estudio de caso se toma de Kola Oyediran y Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviours: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington D.C.: CEDPA, August 2003).

33 El CEDPA declara que "un entorno favorable para el empoderamiento de las mujeres incluye la ampliación de derechos y oportunidades que abarcan, pero no se limitan a estos, la participación política plena, el acceso a los servicios básicos, especialmente a la atención de salud y la educación, la independencia económica, derechos de propiedad de bienes raíces y de herencia, y la eliminación de la discriminación y la explotación por razón de género (Oyediran y Teller 2003:p.5)."

ambos integrantes de la pareja; capacitación en manejo de conflictos, liderazgo, participación política, movilización social y responsabilización; y formación de coaliciones y grupos de supervisión.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

La evaluación del impacto se diseñó para someter a prueba el objetivo y la premisa de que la mayor participación política fortalece la toma de decisiones de salud reproductiva de las mujeres. Entre diciembre de 2002 y enero de 2003, el CEDPA, junto con su socio local, la COCIN,³⁴ llevó a cabo un estudio para determinar si hay una relación entre comportamientos clave de salud reproductiva y la participación en las actividades de DG. El estudio usó un diseño cuasiexperimental para comparar cuatro tipos de comunidades: sin intervención (control); con intervenciones de SR sola-

mente; intervenciones de DG solamente; e intervenciones de SR y de DG combinadas. Las mujeres de una muestra de cada una de estas comunidades se compararon en cuanto a indicadores de empoderamiento,³⁵ uso de la anticoncepción e intención de usarla, y características socioeconómicas. Se realizaron regresiones para medir los efectos que tenían las características socioeconómicas, el empoderamiento sexual (uno de los índices de empoderamiento), la movilidad y la violencia de género en la intención de las mujeres de usar un método de planificación familiar moderno y en la exposición a la distribución comunitaria de anticonceptivos y a las actividades de DG. El estudio concluyó que, según los resultados bivariados, las mujeres de las comunidades de SR/DG tuvieron puntajes superiores en todos los indicadores de empoderamiento y SR.

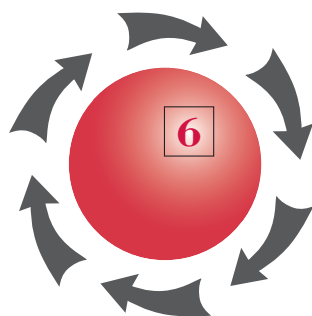
34 La Iglesia de Cristo de Nigeria.

35 El empoderamiento se midió con cuatro escalas o índices: a) movilidad —midió las condiciones, la frecuencia y la autonomía de las mujeres para desplazarse a diferentes tipos de actividades; b) toma de decisiones en el hogar— determinó las preferencias de las mujeres en cuanto a quién debe tomar decisiones acerca del trabajo fuera del hogar, la preparación de alimentos y la compra de enseres domésticos; c) empoderamiento sexual —determinó si una mujer puede negarse a tener relaciones sexuales con su compañero por algunas razones (si él tiene una ITS o está teniendo relaciones sexuales con otras mujeres, o si la mujer está cansada, ha dado a luz recientemente o no tiene deseos de hacerlo); d) violencia de género si la mujer cree o no cree que se justifique que su esposo la golpee (Oyediran y Teller 2003, p.16).

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 5: “VÍNCULOS ENTRE LA DEMOCRACIA Y LA GOVERNABILIDAD (DG) Y LA SALUD REPRODUCTIVA (SR) EN EL ESTADO DE PLATEAU, NIGERIA”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<p><i>¿Se han recopilado datos de base relativos a mujeres y hombres de diferentes edades, niveles socioeconómicos y grupos étnicos?</i></p>	<p>La mayor preocupación acerca del aumento de las tasas de prevalencia de la infección por el VIH y el uso mínimo de métodos de planificación familiar modernos, hizo que la USAID/Nigeria, mediante el Proyecto CEDPA ENABLE, sometiera a prueba la suposición de que las relaciones de género desiguales desempeñaban una función clave en la limitación del acceso de las mujeres a la información y los servicios. El programa propuso examinar el impacto que tenían en la mejora de los resultados de salud reproductiva las actividades que hacían aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el hogar y en la comunidad junto con acceso a información y servicios de SR.</p>
<p><i>¿Existen indicadores especiales para medir cambios de las relaciones de género, del acceso a los servicios y recursos, y del poder?</i></p>	<p>Basándose en la información recopilada con el cuestionario de la encuesta, los coordinadores del estudio elaboraron cuatro escalas para medir el empoderamiento de las mujeres: 1) movilidad; 2) toma de decisiones en el hogar; 3) empoderamiento sexual; y 4) violencia de género. Estas se correlacionaron con una quinta escala que medía el nivel socioeconómico del hogar. El índice de movilidad se midió como alto, medio y bajo tomando como base preguntas que indagaban acerca de condiciones, frecuencia y si la movilidad era independiente o con compañía fuera del hogar. La toma de decisiones en el hogar respecto a la compra de enseres domésticos, atención de salud, visitas a familiares, preparación de alimentos y el trabajo de las mujeres fuera el hogar se midió basándose en si la toma de decisiones era autónoma, con el cónyuge o si estaba en manos de otra persona. El índice de empoderamiento sexual se basó en si las mujeres podían negarse a tener relaciones sexuales con su pareja y en qué circunstancias.</p>
<p><i>¿Existen indicadores especiales para medir cambios de las relaciones de género, del acceso a los servicios y recursos, y del poder?</i></p>	<p>Las actitudes respecto a la violencia de género no fueron un tema explícitamente central de las actividades y mensajes del proyecto, aunque este tipo de violencia fue uno de los indicadores que se usaron para medir el empoderamiento. Por consiguiente, este indicador no midió directamente el impacto de las intervenciones programáticas.</p>
<p><i>¿Cómo se vinculan los objetivos particulares de género con el impacto en la salud reproductiva?</i></p>	<p>Los resultados bivariantes indican que en general las mujeres de las comunidades con actividades de DG y de SR tuvieron puntajes superiores en los indicadores de empoderamiento y SR en comparación con las mujeres de comunidades con actividades de SR o DG solamente o de comunidades donde no se realizó ninguna actividad de ese tipo. El estudio reveló que la participación en las actividades de DG y en las de SR permite obtener impactos mayores que los que se logran mediante intervenciones de planificación familiar solas.</p>

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<p>En lugar de los datos de base, la evaluación utilizó un diseño cuasiexperimental transversal de cuatro células para medir el impacto comparativo de las intervenciones de DG, SR y combinadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comparó a las mujeres de cuatro zonas locales del gobierno, cada una con una serie diferente de intervenciones: 1) actividades de DG y SR; 2) actividades de SR solamente; 3) actividades de DG solamente; y 4) ninguna actividad. Se entrevistó a 2.000 mujeres de cuatro zonas locales del gobierno. • Además de las características demográficas y domésticas habituales, el estudio recopiló información de las entrevistadas relativa a su origen étnico y religioso, reproducción, uso de métodos anticonceptivos y actitudes al respecto, matrimonio y relaciones sexuales, preferencias de fertilidad, nivel socioeconómico del esposo, y acerca del trabajo, la toma de decisiones y la participación política de las mujeres. El Instituto Nigeriano de Investigación Social y Económica (NISER), en colaboración con el CEDPA y la COCIN, dirigió el estudio. 	<p>Vínculos multisectoriales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 80% de las mujeres de las comunidades donde se llevaron a cabo actividades de DG y SR registraron una movilidad elevada en comparación con las mujeres de las comunidades donde hubo actividades de SR solamente (73%), con las de comunidades de DG solamente (58%) y con las del grupo testigo (58%). • De igual manera, las mujeres de las comunidades donde se llevaron a cabo actividades combinadas de DG y SR tenían más probabilidades de tomar decisiones autónomas que las mujeres de otros tipos de comunidades. Las comunidades con actividades de DG solamente tuvieron el porcentaje más alto de mujeres que dijeron que tomaban decisiones junto con su cónyuge. • Las mujeres de las comunidades con actividades de DG y SR y de DG solamente también tuvieron el puntaje más alto respecto al índice de empoderamiento sexual; 83% (SR y DG) y 74% (DG) se consideraban empoderadas. Las mujeres de las comunidades con actividades de SR solamente (66%) y de las comunidades de grupo testigo (60%) tenían menos empoderamiento sexual y probablemente tenían menos capacidades de negociar las prácticas sexuales seguras. 	<p>Participación equitativa</p> <p>Fomento de relaciones equitativas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Respecto a la violencia de género, las comunidades del grupo testigo tuvieron el porcentaje más alto de mujeres que declaraban que no se justificaba que un esposo golpeará a su esposa (58%) en comparación con 38% en las comunidades con actividades de DG/SR, 23% en las de SR solamente y 33% en las de DG solamente. Los encargados de la implementación del proyecto formulan la hipótesis de que estas actitudes precedieron el programa y que éste no tuvo un impacto significativo en ellas. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje de las mujeres de las comunidades con actividades de DG y SR (12%) que usan métodos de planificación familiar modernos fue el doble del de las mujeres de comunidades con actividades de SR solamente (6%). • La intención de usar algún tipo de anticoncepción moderna en el futuro fue mucho mayor en las comunidades con actividades de DG/SR (53%) que en las otras comunidades: comunidades con SR solamente (43%), comunidades con DG solamente (46%) y comunidades del grupo testigo (40%). • Los niveles más altos de instrucción tuvieron una correlación positiva con tasas mayores de uso de métodos anticonceptivos (13% en las mujeres con educación secundaria o más elevada comparado con 7% en las que tenían un nivel de instrucción inferior a la educación secundaria). • Otros factores asociados con el uso actual de métodos de FP fueron: edad actual, afiliación religiosa, lugar de residencia, exposición a información radial, nivel socioeconómico del hogar, movilidad, contacto con la distribución comunitaria, exposición a actividades de DG y nivel de instrucción del esposo. 	<p>Vínculos multisectoriales</p>



PASO 6: Adaptar el diseño y las actividades basándose en resultados de monitoreo y evaluación; fortalecer los aspectos del programa que tienen éxito y trabajar para replantear los aspectos que no lo tienen.

Rediseño de elementos del programa

El rediseño de elementos del programa para abordar asuntos de género puede implicar la recopilación y el análisis adicionales de datos para determinar cualquier factor que se pasó por alto durante la fase de diseño. Basándose en nuevos resultados, es posible repetir los pasos 3 y 4. El monitoreo de la información a menudo hace que los directores de proyectos reevalúen las suposiciones si ésta indica que el programa no está logrando los resultados previstos. Si estas suposiciones resultan ser infundadas, tal vez se necesite rediseñar actividades particulares a fin de abordar más eficazmente las desigualdades de género y aumentar las perspectivas de lograr los resultados deseados del programa. Por ejemplo:

- Si las actitudes de los niños adolescentes acerca de la sexualidad y la responsabilidad en el embarazo de las adolescentes no demuestran que ha habido un cambio significativo después de la educación sexual impartida en los entrenamientos de fútbol, el proyecto posiblemente reevalúe su suposición relativa a llegar a los jóvenes mediante clubes atléticos.
- En cambio, si ésta sigue pareciendo una suposición válida, quizás sea necesario analizar la eficacia de los materiales didácticos para los destinatarios previstos. ¿No concuerdan los mensajes con las normas y los conceptos sociales acerca de la virilidad y el poder sexual que son intrínsecos a la identidad de género de los jóvenes?

- ¿Son los clubes sociales vehículos eficaces para cambiar normas sociales? ¿Hay otros grupos sociales que tienen mayor influencia en las normas sociales que los clubes de jóvenes?
- ¿Podría ser más eficaz hacer participar a hombres y mujeres mayores que configuran los conceptos de los jóvenes acerca de la sexualidad?

Es particularmente importante incluir a los participantes del programa en el análisis de la razón por la cual el proyecto no está logrando los resultados previstos. A menudo hay factores importantes de los cuales los participantes son conscientes y que no son obvios para el personal del programa. La participación conjunta en el análisis y la solución de problemas ayuda a abordar de manera creativa las limitaciones basadas en género ocultas y evidentes, como lo ilustra este último estudio de un caso. Por ejemplo, las trabajadoras sexuales que participaron en el estudio de Sonagachi hicieron que el personal se diera cuenta de que a pesar de que adoptaron sistemáticamente prácticas sexuales seguras con sus clientes a corto plazo, fueron más renuentes a hacer lo mismo con sus compañeros a largo plazo. Como resultado de este hallazgo, y a diferencia de la mayoría de los otros proyectos que se centraron en las trabajadoras sexuales, el proyecto de Sonagachi hizo hincapié en las relaciones entre las trabajadoras y sus parejas estables. El éxito de este proyecto en la reducción de la transmisión de ITS y de la violencia de género se debe a la inclusión de mensajes relativos a la importancia de incorporar prácticas sexuales sin riesgo en las relaciones a largo plazo y también con los clientes a corto plazo.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 6: “SONAGACHI —PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA EN LA INDIA (SHIP)”³⁶

ORGANIZACIÓN A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

El programa fue iniciado por el Instituto All India de Higiene y Salud Pública (AIH & PH), con apoyo de la Organización Nacional de la India para el Control del SIDA (NACO), el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bengal Occidental y la OMS. También ha recibido fondos del DFID (Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional) y de la NORAD (Agencia Noruega para el Desarrollo). El proyecto ha crecido y ahora es una coalición grande de ONG, que incluye la Sociedad de Salud y Eco-Defensa, el Instituto de Desarrollo e Investigación Humanos, Sramajibi Mahila Sangha, el Centro de Ayuda Socio-jurídica de Investigación y Capacitación y la organización de las trabajadoras sexuales, Comité Durbar Manila Samanwaya (DMSC).

PROBLEMA QUE SE VA A ABORDAR

El programa aborda la prevalencia creciente de ITS y la prevalencia reducida, pero que está aumentando, de la infección por el VIH entre las trabajadoras sexuales. El diseño original del programa se centró en la concientización acerca de la infección por el VIH/SIDA, el uso del condón y los servicios clínicos.

OBJETIVOS

Los objetivos del programa han evolucionado con el tiempo. Originalmente, en 1992, el objetivo principal era reducir la transmisión de la infección por el VIH/SIDA y disminuir la prevalencia de ITS y aumentar el uso de condones entre las trabajadoras sexuales y sus clientes en la zona de Sonagachi de Calcuta. Con la mayor participación de las trabajadoras sexuales en el diseño y la implementación del proyecto, el programa ha agregado otros objetivos y actividades; por ejemplo, la reducción de la violencia perpetrada por clientes, dueños de burdeles, la policía y matones; el aumento de la alfabetización; y la generación de ingresos procedentes de otras fuentes. El proyecto se ha centrado cada vez más en prevenir la entrada de trabajadoras sexuales menores de edad en el oficio.

³⁶ La información para este estudio de caso se extrajo de "Sonagachi: A Sex Worker Project in a Red Light District of Calcutta, India" (UNAIDS, 2000) al cual puede tenerse acceso en línea en: www.unaids.org. El uso del término trabajadora sexual no implica el apoyo de la prostitución por parte de la USAID. El estudio de caso se presenta porque las trabajadoras sexuales son una de las poblaciones de mayor riesgo con las que la Oficina de VIH/SIDA trabaja en muchos países para detener la transmisión de la infección a la población en general. El caso de Sonagachi es un caso bien conocido que ha dado resultados muy positivos, especialmente para algunas de las víctimas más vulnerables y más pobres de la epidemia.

ESTUDIO DE UN CASO ILUSTRATIVO PARA EL PASO 6: “SONAGACHI —PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA EN LA INDIA (SHIP)”

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<p><i>¿Responde adecuadamente el programa a las necesidades particulares de género de las participantes y los clientes?</i></p>	<p>Una encuesta de base y una encuesta de seguimiento dos años después indicaron que las trabajadoras sexuales de Sonagachi afrontaban muchos retos por razón de género que contribuían a su vulnerabilidad y hacían aumentar los riesgos para la salud. El 85% de las encuestadas eran analfabetas, 45% tenían hijos, 70% habían entrado en este oficio debido a la pobreza o a problemas familiares, y 27% de ellas dijeron que sus clientes insistían en tener relaciones sexuales en grupo, lo cual las hacía correr un riesgo mayor respecto a la violencia y a las enfermedades. En 1992, 90,6% de ellas nunca habían usado condones.</p> <p>Las trabajadoras sexuales presentaron problemas particulares que no se habían determinado al comienzo del programa. Éstas tenían menos capacidades de negociar prácticas sexuales seguras, eran más vulnerables a la infección por el VIH y a menudo eran pretexto para redadas de la policía.</p>
<p><i>¿Hay obstáculos por razón de género que se oponen al logro de los objetivos del programa que no se abordaron adecuadamente mediante el diseño original del programa?</i></p>	<p>Las trabajadoras sexuales, e incluso algunos miembros del personal, eran víctimas de abuso y violencia por parte de diversos interesados directos, como clientes, dueños de burdeles, proxenetas, otros criminales que se beneficiaban de este oficio y la policía. Este clima de violencia tuvo repercusiones en el logro de los objetivos originales del proyecto. Por ejemplo, el personal observó que después de las redadas policiales, el uso de condones disminuía y la incidencia de ITS aumentaba entre las usuarias de los consultorios.</p>

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • El programa incluyó a las trabajadoras sexuales como consejeras de pares y aunó su labor con el DMSC que servía de grupo de abogacía para las participantes. La tercera parte de las educadoras de pares abandonaron posteriormente el oficio del sexo comercial. • Las participantes solicitaron clases de alfabetización, inicialmente para ser más eficaces como consejeras de pares, pero posteriormente para poder defender más eficazmente sus derechos. La incidencia de sífilis es inferior entre las trabajadoras sexuales que saben leer y escribir. • Las trabajadoras también determinaron la necesidad de obtener préstamos y los usaron para establecer negocios y para comercializar condones. Las ventas de condones aumentaron de 213.056 en 1997 a 443.805 en 1999. • El DMSC estableció un sistema para vigilar los burdeles de trabajadoras sexuales jóvenes y adoptó las medidas necesarias para enviarlas a un internado. Esto parece haber reducido el tráfico de las jóvenes. 	<p>Vínculos multisectoriales</p> <p>Fomento de participación equitativa</p> <p>Apoyo comunitario para la decisión individual informada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La educación de pares se centró en las trabajadoras sexuales y en las dueñas de burdeles. • AIH&PH elaboró un programa de capacitación para la policía. • El DMSC organizó a las trabajadoras sexuales para que hicieran manifestaciones contra las redadas policiales y contra la práctica poco ética e ilegal de hacer pruebas para la infección por el VIH/SIDA. • El programa estableció servicios para los clientes de las trabajadoras sexuales, incluidos consultorios y programas de concientización. La tasa de gonorrea disminuyó de 13,2% en 1992 a 3,9% en 1998. • Para aumentar el poder de las trabajadoras sexuales para negociar el uso de condones por parte de los clientes y los servicios de salud, el programa elaboró tarjetas de remisión a consultorios para los clientes. El uso de condones por parte de los clientes aumentó de 2,7% en 1992 a 90,3% en 1998. • El programa pidió la participación de los clientes frecuentes (babus) para que acompañaran a las profesionales del sexo al llegar al trabajo y al salir de él a fin de protegerlas de los matones que se aprovechan de ellas fuera de los establecimientos. • Cientos de trabajadoras sexuales han recibido capacitación legal. 	<p>Abogacía</p> <p>Formación de coaliciones</p> <p>Apoyo comunitario para la decisión individual informada</p>

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS	CÓMO RESPONDIÓ EL PROYECTO
<p><i>¿Tienen los miembros del personal las aptitudes adecuadas para abordar asuntos de género y las necesidades de los clientes?</i></p>	<p>Varios miembros del personal inicialmente tuvieron que sobreponerse a la incomodidad que sentían al trabajar en el contexto del mundo de las trabajadoras sexuales. Tuvieron que afrontar sus prejuicios acerca de este tipo de trabajadoras y sus temores por su propia seguridad a causa de los criminales callejeros.</p>
<p><i>¿Se usan los indicadores para el monitoreo y la evaluación de la detección adecuada de los impactos del programa?</i></p>	<p>Al comienzo del programa, las principales medidas del impacto fueron de carácter biomédico, que se centraban en la eficacia del control de las ITS. Al programa se le dificultó detectar cambios de conducta, especialmente respecto a los clientes de sexo masculino. Además, había una sensación de que los indicadores no estaban detectando adecuadamente los cambios de los niveles de empoderamiento de las trabajadoras sexuales o de la participación comunitaria.</p>

CÓMO FUNCIONÓ EL PROYECTO	ELEMENTO DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> • El programa invirtió en el desarrollo de capacidades mediante capacitación impartida al personal y a las trabajadoras sexuales. En colaboración con el DMSC y otras organizaciones que participaron en el programa, se sensibilizó al personal acerca de las situaciones difíciles que afrontaban las trabajadoras sexuales y éste se hizo más receptivo a las necesidades de ellas. • Con el transcurso del tiempo, la gestión del proyecto ha evolucionado y ahora consiste en una coalición de socios denominada "conglomerado", el cual procura que haya una distribución de la responsabilidad entre los distintos interesados directos, y promueve diversidad de opiniones e ideas estratégicas. • La responsabilidad compartida ha creado un clima de servicio voluntario que ha permitido al programa limitar los costos, ampliar la cobertura y poner más control en manos de los participantes. • Desde 1992, el proyecto ha colocado el control de la atención de salud en manos de la comunidad al invertir en el desarrollo de capacidades del personal y de las trabajadoras sexuales. El proyecto trató a dichas trabajadoras con respeto y ética, y las animó a expresar y abordar sus necesidades 	<p>Compromiso institucional con la integración de una perspectiva de género</p> <p>Formación de coaliciones</p>
<p>Se agregaron nuevos indicadores para medir nuevos objetivos elaborados en el curso del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las tarjetas de remisión a consultorios de ITS que las trabajadoras sexuales dieron a sus clientes se usaron para determinar cuántos usuarios de consultorios son clientes de las participantes del programa. • El empoderamiento se midió en parte basándose en el número de veces que las trabajadoras sexuales negociaban eficazmente con los dueños, la policía y otras personas para apoyar la adopción de prácticas más saludables. Aunque estos hombres no son clientes, son guardianes que pueden facilitar o impedir la vulnerabilidad y la protección de dichas trabajadoras. • El uso de estos indicadores ha sacado a la luz contextos particulares en los que se necesita fortalecer el poder de las trabajadoras sexuales para protegerse. Por ejemplo, el uso de condones es más escaso con los clientes frecuentes (babus). Las trabajadoras dependen a menudo de los babus para recibir apoyo y para legitimar a sus hijos a fin de que éstos puedan asistir a la escuela. Los proxenetas y las dueñas de burdeles, que se alían con clientes reacios, siguen siendo un obstáculo para el uso de condones. El ambiente de trabajo no facilita la negociación con clientes intransigentes. Las trabajadoras sexuales a menudo comparten habitaciones con otras trabajadoras, y son renuentes a ser enérgicas en presencia de otras personas. 	<p>Fomento de relaciones equitativas</p>

EJERCICIO #2

Esta matriz quizá sea útil para trabajar siguiendo los pasos para integrar una perspectiva de género en los programas en este capítulo. La primera columna se refiere a los resultados de seguir los pasos 1 y 6. La segunda y la tercera columnas se refieren a la recopilación y el análisis de datos en los pasos 2 y 3. Las intervenciones en la cuarta columna son las actividades y los elementos del programa determinados con el trabajo del paso 4. La quinta columna se refiere a los indicadores elaborados en el paso 5. Vuelva a la primera columna para seguir el paso 6 cuando los objetivos del programa se ajustan basándose en los resultados de monitoreo y evaluación. Agregue las filas necesarias para su programa particular. Al trabajar con la matriz, se debe prestar atención a si los objetivos e indicadores abordan las limitaciones y las oportunidades por razón de género que se han determinado como esenciales para lograr los resultados de SR/VIH/SIDA del programa.

INTEGRACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO DEL PROGRAMA

Pasos 1 y 6 Objetivos del proyecto, objetivos intermedios y resultados	Paso 2 Tipos de información que van a recopilarse. ¿Qué necesitamos saber acerca de quién?	Paso 3 Limitaciones y oportunidades por razón de género para lograr objetivos y resultados	Paso 4 Intervenciones que abordan limitaciones y oportunidades por razón de género	Paso 5 Indicadores para medir impactos de las intervenciones de género (eliminación de limitaciones o aprovechamiento de oportunidades) y salud

APÉNDICE 1:

Conceptos y terminología

Género se refiere a los atributos, las oportunidades y las limitaciones económicas, sociales, políticas y culturales relacionadas con ser hombre o mujer. Las definiciones sociales de lo que significa ser hombre o mujer varían de una cultura a otra y cambian con el transcurso del tiempo.³⁷ Género es un término sociocultural que expresa ciertas características y roles relacionadas con ciertos grupos de personas con referencia a su sexo y sexualidad.

Análisis de género se refiere a las metodologías que determinan e interpretan las consecuencias socioeconómicas de las inequidades, diferencias y relaciones de género para lograr objetivos de desarrollo. El análisis de género permite una comprensión contextual del ambiente en el que operan políticas, programas y proyectos de desarrollo. Examina las disparidades en las funciones, actividades, necesidades, limitaciones, oportunidades y el poder asociados con ser hombre o mujer en un contexto dado y analiza la forma en que estos atributos influyen en las intervenciones y políticas y en que éstas influyen en ellos.

El examen del acceso diferente que tienen las mujeres y los hombres a los recursos (tierra, trabajo, capital, productos, instrumentos, conocimientos, instituciones, redes sociales) y el control que ejercen sobre estos representan un componente esencial del análisis, como también la participación comparativa de las mujeres y los hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones. La recopilación de datos cuantitativos y cualitativos desglosados por sexo sienta bases empíricas para la evaluación del impacto potencial de las relaciones de género en el programa y los beneficios relativos para las mujeres y los hombres.

Un examen de las inequidades, diferencias y relaciones de género es parte integrante del análisis socioeconómico y no puede aislarse del contexto social más amplio. Aun dentro de una sola cultura o nación, ni las mujeres ni los hombres forman un grupo homogéneo. Otros factores sociales como clase social, raza, grupo étnico, ingresos,

educación, religión y ubicación geográfica interactúan con asuntos de género e influyen en la importancia que las funciones y las relaciones de género pueden tener para un programa particular.

Los organismos de desarrollo han propuesto diversos instrumentos de análisis de género para guiar la recopilación y el análisis de la información necesaria para la incorporación de una perspectiva de género (véanse referencias de manuales adicionales en el Apéndice 4). Las preguntas precisas que configuran un análisis particular dependen del sector y de las metas de los organismos respecto a los asuntos de género y a las mujeres en el desarrollo. La política de la USAID pide que se preste atención a los asuntos de género para mejorar la condición de la mujer y aumentar los resultados de desarrollo.

Discriminación por razón de género es el tratamiento inequitativo, incluido el tratamiento injusto o el tratamiento desigual, de una persona o un grupo de personas basado en el género. La discriminación por razón de género es una violación de los derechos humanos, incluido el derecho al trato justo e igual por parte de los gobiernos mediante programas, políticas y leyes del gobierno.

La **igualdad de género** permite a las mujeres y los hombres gozar de los mismos derechos humanos, los bienes que la sociedad valora, las oportunidades, los recursos y los beneficios de los resultados de desarrollo. El hecho de que las funciones y las identidades de los géneros cambien con el transcurso del tiempo significa que la programación del desarrollo puede tener un impacto en la desigualdad de género, ya sea aumentándola o reduciéndola.

La **equidad de género** es el proceso de ser justo con las mujeres y los hombres. Para lograr justicia, deben existir medidas para compensar las desventajas históricas y sociales que impiden a las mujeres y los hombres funcionar sobre una base equitativa. Las estrategias de equidad de género se usan para lograr con el tiempo la igualdad de género. La equidad es el medio; la igualdad es el resultado de políticas, programas, instituciones y distribución de los recursos más equitativos.³⁸

37 DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation, 1998 (Paris: OECD, 1998).

38 ACIDI, A Project-level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators (Ottawa: ACIDI, 1996).

La **integración de una perspectiva de género** significa tomar en cuenta tanto las diferencias como las desigualdades entre las mujeres y los hombres en la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Las funciones de las mujeres y los hombres y su poder relativo influyen en lo que cada uno hace en la realización de una actividad y determinan quién sale beneficiado. Tener en cuenta las desigualdades y diseñar programas para reducirlas debe contribuir no sólo a programas de desarrollo más eficaces sino también a una mayor equidad/igualdad social. La experiencia ha demostrado que los cambios sostenibles no se realizan mediante actividades centradas sólo en las mujeres ni sólo en los hombres.

Transversalidad e institucionalización de una perspectiva de género es la expresión usada en la Plataforma de Acción, adoptada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, para designar los métodos y los arreglos institucionales para lograr la igualdad de género. La transversalidad de una perspectiva de género va más allá de dar cuenta de las consideraciones de género en los programas. En lugar de considerar las cuestiones de género como intereses especiales que deben abordarse por separado, la incorporación de una perspectiva de género es una estrategia que trata las consideraciones de género como factores centrales que deben incorporarse en la totalidad de los procedimientos de formulación de políticas, planificación, evaluación y toma de decisiones.

La transversalidad de una perspectiva de género implica que se preste atención a la igualdad entre las mujeres y los hombres en todas las políticas, estrategias e intervenciones de desarrollo. La transversalidad no significa sencillamente cerciorarse de que las mujeres participan en un programa de desarrollo que ya se ha establecido. Su meta es cerciorarse de que las mujeres y también los hombres participan en el establecimiento de metas y en la planificación a fin de que el desarrollo responda a las prioridades y necesidades tanto de las mujeres como de los hombres. Por consiguiente, la transversalidad de una perspectiva de género incluye prestar

atención a la igualdad en lo relativo a análisis, políticas, procesos de planificación y prácticas institucionales que establecen las condiciones generales para el desarrollo. La transversalidad requiere que se lleven a cabo análisis en cuanto al impacto potencial de las intervenciones de desarrollo en las mujeres y los hombres, en todos los campos del desarrollo social. Tal análisis debe llevarse a cabo antes de que se tomen las decisiones importantes acerca de las metas, estrategias y asignaciones de recursos.³⁹

Perspectiva de género es un enfoque teórico y metodológico que nos permite reconocer y analizar identidades, puntos de vista y relaciones, especialmente entre mujeres y mujeres, mujeres y hombres, y hombres y hombres.⁴⁰

Los roles e identidades de género varían de una cultura a otra y cambian en el transcurso del tiempo. A menudo existen diferencias entre las mujeres y los hombres en cuanto a las actividades que realizan, al acceso a los recursos y al control que ejercen sobre estos, en la participación en la toma de decisiones y en el poder que tienen para administrar sus vidas. Las posiciones sociales que se asignan a las mujeres y los hombres se definen en relación con los unos y los otros. En la mayoría de las sociedades, las mujeres tienen menos acceso que los hombres a los recursos, las oportunidades y la toma de decisiones. Las instituciones sociales, políticas y económicas de una sociedad –familia, escuelas, industrias, organizaciones religiosas y gobiernos– también se basan en género. Tienden a incorporar y reforzar las relaciones y valores desiguales de género de una sociedad. Sin embargo, las funciones e identidades de género pueden ser objeto de cambio significativo.

Acceso a los recursos y control sobre ellos se refieren a las formas en que se asignan de distinta manera los recursos a las mujeres y los hombres. El **acceso** se define como la oportunidad o la capacidad de usar el recurso. El **control** es el poder para decidir cómo se usa el recurso. Es la capacidad de tomar decisiones acerca

39 SIDA, *A Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997).

40 Susan Paulson, María Elena Gisbert, and Mery Quinton, *A Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health: A Training Manual for Health Care Providers* (Research Triangle Park: Proyecto de Estudios de la Mujer, de Family Health International mediante un acuerdo cooperativo con la USAID, 1999).

los recursos y la capacidad de derivar los beneficios de estos. Las mujeres a menudo tienen acceso pero no tienen ningún control.⁴¹

Derechos humanos⁴² son derechos universales, indivisibles, interdependientes, interrelacionados e inalienables reconocidos de acuerdo con el derecho internacional. Los derechos humanos incluyen derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, incluido el derecho al desarrollo como se expresa en numerosos tratados internacionales y otros documentos, como la Plataforma de Acción de Beijing. Todos los gobiernos están obligados legalmente a cumplir con un conjunto central de derechos humanos fundados sobre los principios universales de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, que son aplicables a todos los individuos. Todos los derechos humanos y especialmente los que abarcan los derechos reproductivos, deben tenerse en cuenta en cualquier programa de desarrollo. Una perspectiva de género en salud pública orienta los programas de SR/VIH/SIDA hacia estrategias basadas en derechos. Estas estrategias basadas en derechos emanan de las disposiciones de pactos internacionales de derechos humanos y de otra índole que protegen el respeto, la dignidad, la igualdad y la autoestima de todos los seres humanos.

Masculinidad y feminidad, como el género, son conceptos definidos sobre una base social y que se ven influidos por fuerzas innumerales, como por ejemplo la historia, la cultura, la religión y la economía. Los estudios confirman la existencia de modelos normativos de masculinidad y feminidad que han aceptado los hombres y las mujeres, que determinan las relaciones desiguales de género. Modelos comunes de masculinidad que hacen hincapié en la superioridad masculina cada vez más producen una variedad de reacciones negativas entre los hombres, como tensión, incomodidad, conflicto y rechazo.⁴³

Los **hombres y la igualdad de género**: El logro de la igualdad de género requiere otros modelos de apoyo de la masculinidad que no están necesariamente en oposición con los modelos de feminidad y que permiten a los hombres comportarse de modo que fomenten la igualdad entre los hombres y las mujeres. Estos modelos podrían incluir demostrar emociones y compartir responsabilidades reproductivas, como por ejemplo la anticoncepción, el cuidado de los hijos y el bienestar financiero.⁴⁴

Derechos reproductivos son los derechos humanos que abarcan varios derechos humanos separados, incluidos ciertos derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.⁴⁵

Sexo se refiere a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres. Las diferencias de sexo tienen que ver con la fisiología de las mujeres y los hombres.

Derechos de la mujer son los derechos humanos de la mujer. En la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China, en 1995, la comunidad internacional reconoció por primera vez la noción conceptual amplia de los derechos de la mujer como derechos humanos explícitamente. Los derechos de la mujer surgieron gracias al reconocimiento de que 1) los individuos tienen derechos con relación a las naciones conforme con el derecho internacional (concepto aplicable a todos los derechos humanos); 2) las mujeres son capaces de tener derechos legales; y 3) las mujeres y los hombres tienen igualdad de derechos. Los derechos de la mujer incluyen igualdad entre las mujeres y los hombres en general, y también los derechos que tienen que ver particularmente con las mujeres, como los derechos reproductivos.⁴⁶

41 Adaptado de Oxfam, *A Guide to Gender-Analysis Frameworks* (Oxford: Oxfam, 1999).

42 Los derechos humanos se han descrito en varios instrumentos y documentos internacionales, entre ellos los siguientes: la Carta de las Naciones Unidas (1945); la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la Mujer (1985); la Declaración y el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, Viena (1993); el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y la Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing (1995).

43 José Olavarría and Teresa Valdés, *Literature Review for the Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms* (New York and Oaxaca: AVSC and IPPF/WHR, 1998).

44 Olavarría and Valdés, 1998.

45 La política del Gobierno de los Estados Unidos no apoya la abogacía para los derechos de aborto.

46 Felice D. Gaer, "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights", in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

APÉNDICE 2:

El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG) de la Oficina para la Salud Mundial de USAID

El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género, establecido en 1997, es una red de organizaciones, incluida la Oficina para la Salud Mundial de USAID, organizaciones cooperantes (OC) financiados por la USAID, grupos de abogacía para la salud y la mujer, e individuos. El IGWG promueve la equidad/igualdad de género⁴⁷ en los programas para mejorar los resultados de SR/VIH/SIDA y fomentar el desarrollo sostenible.

Los objetivos del IGWG son:

- Aumentar la concientización y el compromiso en cuanto a la sinergia entre la equidad de género y los resultados de SR y VIH/SIDA;
- Recopilar datos empíricos y determinar prácticas más adecuadas respecto a asuntos de género y el punto de relación con SR/VIH;
- Promover las prácticas más adecuadas y actividades para llegar al campo;
- Elaborar instrumentos prácticos para integrar las estrategias de asuntos de género a los programas de población, salud y nutrición (PSN);
- Proporcionar asistencia y liderazgo técnico.⁴⁸

Estructura Orgánica del IGWG

El IGWG tiene entre 60 a 80 miembros activos y mantiene una lista de correo electrónico con más de 350 suscriptores. El grupo se ha centrado principalmente en la educación relativa al género, la abogacía y la elaboración de instrumentos operativos. Un Grupo Consultivo Técnico (TAG) sirve de organismo de planificación estratégica y asesor del IGWG. Los miembros del TAG procuran que el trabajo del IGWG aborde los temas y las necesidades a medida que surgen en el campo de la SR. Específicamente, el TAG ha determinado cuáles son las áreas técnicas de prioridad: violencia de género, los jóvenes y el género, el VIH/SIDA y el género, y un énfasis continuo en la participación masculina y la protección doble.

Grupos de estudio específicos y subvenciones pequeñas llevan a cabo actividades del IGWG en las áreas técnicas recomendadas por el TAG. La difusión y la capacitación se integran como actividades en curso del IGWG. La asistencia técnica al campo se basa en solicitudes de países particulares.

La cooperación y amplia participación que ha caracterizado al IGWG desde su inicio sigue siendo una prioridad. Se alienta vivamente la participación de una gama amplia de organizaciones cooperantes de USAID, así como de organizaciones no financiadas por la USAID, en el trabajo del IGWG. Además, el IGWG ofrece actualizaciones técnicas a USAID y a la comunidad ajena a la USAID acerca de una serie de temas pertinentes. La primera sobre la violencia de género, tuvo lugar en mayo de 2002.

⁴⁷ Véase la página 11, donde se examinan más a fondo los conceptos de la equidad de género y la igualdad de género.

⁴⁸ Estos objetivos son muy similares a los descritos en la *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs* (Washington, D.C.: PRB for IGWG, 2000) del IGWG. El Manual actual y la guía de PS/PP se han concebido como documentos complementarios.

Para suscribirse a la lista de correo electrónico del IGWG

El IGWG también mantiene una lista de correo electrónico para sus miembros. Los miembros reciben correo electrónico relativo al progreso del IGWG, información y actualizaciones acerca de productos y servicios. La lista de correo electrónico también incluye noticias interesantes, junto con información relativa a conferencias, talleres y presentaciones pertinentes. Para obtener mayor información acerca de la lista del IGWG póngase en contacto con Haruna Kashiwase, IGWG Listserv Moderator, Population Reference Bureau, hkashiwase@prb.org.

Teléfono: 202.483.1100.

Para obtener mayor información acerca del IGWG, diríjase a:
www.igwg.org o 202-712-0662.

APÉNDICE 3:

Recursos y referencias sobre género

SITIOS EN LA WEB

Género y desarrollo

Analytical Tools for Human Development
www.undp.org/hdro/

Beijing: www.un.org/womenwatch/confer/beijing5/

BRIDGE: www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html

Canada and development:
www.acdi-cida.gc.ca/equality

Gender Equity Group, OECD, Development Assistance Committee:
www.oecd.org/dac/gender/index.htm

United Nations Development Program:
www.undp.org/gender

USAID Office of Women in Development, www.usaid.gov;
luego presione en género; o en www.genderreach.com y
www.genderreach.com/links/genderlinks.htm

Género y salud reproductiva

ICPD: www.unfpa.org/sitemap/sitemap-esp.htm

IGWG: www.igwg.org

MANAGER'S ELECTRONIC RESOURCE CENTER: Managing
Reproductive Health Services with a Gender Perspective,
http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.8m.htm&language=english&module=chs

RECURSOS IMPRESOS

Publicaciones del IGWG de la USAID (www.igwg.org)

Exploring Gender Perspectives in Population and Health Programs: Workshop Findings and Recommendations, basado en talleres que se llevaron a cabo en 1999. Julio 2002.

A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming, un marco conceptual para incorporar género en el diseño y la evaluación de programas de salud. Octubre 2002.

Gender and Reproductive Health Training Curriculum incluye módulos para la integración de asuntos de género en diferentes aspectos de los programas de salud.

Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV/AIDS: Summary of a Technical Update, basado en una actualización técnica que tomó lugar el 1° de mayo, 2002. Noviembre 2002.

Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs, una herramienta para el diseño de programas de SR que cumplan con los requisitos con respecto a género en el ADS de USAID. Octubre 2000.

Helping Involve Men (HIM), un CD-ROM que presenta investigaciones y literatura sobre programas acerca de la participación de los hombres en la SR.

How to Integrate Gender into HIV/AIDS Programs, presenta información sobre la manera en que asuntos de género afectan la vulnerabilidad a VIH/SIDA al igual que recomendaciones y posibles intervenciones para integrar género en programas de VIH/SIDA. Mayo 2004.

Involving Men in Sexual and Reproductive Health: un CD-ROM que sirve como orientación al tema de la participación masculina. Mayo 2002.

Involving Men to Address Gender Inequities: Three Case Studies, destaca intervenciones innovadoras para involucrar a los hombres en programas de SR. Julio 2003.

Reaching Men to Improve Reproductive Health for All: An Implementation Guide, basándose en información recopilada en un conferencia internacional del IGWG, este CD-ROM presenta ejemplos de como desarrollar, implementar, y evaluar programas de SR que involucren a los hombres para promover equidad/igualdad de género y aumentar resultados de salud para los hombres y las mujeres. Septiembre 2004.

Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: An Analysis, presenta los elementos fundamentales para la investigación de género y la SR basándose en los principios de la ICPD y la FWCW (también está disponible un resumen del análisis). Abril 2000.

The 'So What?' Report: *A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Reproductive Health Programs Makes a Difference to Outcomes*, presenta evidencia de 25 intervenciones que demuestran que la integración de género impacta positivamente los resultados de SR y de género. Marzo 2004.

Manuales relativos a la integración y la incorporación de una perspectiva de género

The Centre for Development and Population Activities, *Gender Equity: Concepts and Tools for Development* (Washington, DC: CEDPA, 1996). Accesible en el sitio de internet www.cedpa.org.

Morris, Patricia, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 1999).

Save the Children, *Best Practices in Gender Relations Analysis. From Analysis to Action: Integrating Gender into Programs* (Washington, DC: Save the Children, 1996).

United Nations Development Programme, *Gender Mainstreaming Programme and Project Entry Points: Learning and Information Pack* (New York: United Nations, January 2001). Accesible en el sitio de internet <http://learning.undp.org>.

Manuales relativos a asuntos de género y salud reproductiva

Davison, Peter, Roger Davis, y Andrew Safer, *Healthy Relationships Violence Prevention Curriculum* (Halifax, Nova Scotia: Men for Change, 1997). Accesible en el sitio de internet www.m4c.ns.ca/

Gender and Health Group, *Guidelines for the Analysis of Gender and Health* (Liverpool: Department for International Development [DFID] at the Liverpool School of Tropical Medicine, January 1999). Accesible en el sitio de internet www.liv.ac.uk/lstm/.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, *Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective* (New York: IPPF/WHR, January 2000). Accesible en el sitio de internet www.ippfwhr.org.

Ipas and HD Networks, *Gender or Sex: Who Cares? Skills-Building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers* (Chapel Hill, NC: Ipas, 2001). Accesible en el sitio de internet www.ipas.org.

Paulson, Susan, María Elena Gisbert, and Mery Quitón, *Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health: A Training Manual for Health Care Providers* (Research Triangle Park, NC: Women Studies Project of Family Health International through a Cooperative Agreement with USAID, 1999).

Program for Appropriate Technology in Health, *Promoting a Healthy Alternative to Female Genital Mutilation: A Tool for Program Implementers* (Washington, DC: PATH, 2001). Accesible en el sitio de internet www.path.org.

Sorenskin, Freya, Kelly Stewart, Laura Duberstein Lindberg, Marta Pernas, and Sean Williams, *Involving Males in Preventing Teen Pregnancy; A Guide for Program Planners* (Washington, DC: The Urban Institute). Accesible en el sitio de internet www.urban.org/family/invmales.html.

Swedish International Development Cooperation Agency, *Handbook for Mainstreaming: A Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997). Accesible en el sitio de internet www.sida.se.

Welbourn, Alice, *Stepping Stones: A Training Package on HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills* (London, UK: ACTIONAID, 1995). Disponible de TALC Publications, www.talcuk.org/stratshope/order.html.

World Health Organization, *Transforming Healthy Systems: Gender and Rights in Reproductive Health* (A Training Manual for Health Managers) (Geneva: WHO, 2000). Accesible en el sitio de internet <http://who.int/reproductive-health/>.

Otros manuales de planificación de género (multisectorial)

Chambers, R., "Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm," *World Development* 22, no.10 (1994): 1437-1454.

Connell, D., "Participatory Development: An Approach Sensitive to Class and Gender," *Development in Practice* 7, no. 3 (1997): 248-259.

European Union, *A Guide to Gender Issues in Managing European Community Cooperation with Latin American, Asian, and Mediterranean Countries* (Brussels: EU, 1993).

Lingen, A. with R. Brouwers, *Gender Assessment Studies: A Manual for Gender Consultants* (The Hague: ISSAS/NEDA, 1997).

Moser, Caroline, *Evaluating Gender Impact: New Directions for Evaluations* 67 (1995): 105-117.

Overholt, C., K. Cloud, M. Anderson, and J. Austin, *Gender and Development: A Framework for Project Analysis* (Rome: FAO, 1991).

Rao, A., M. Anderson, and C. Overholt, *Gender Analysis in Development Planning: A Case Book* (West Hartford: Kumarian Press, 1985).

World Bank (nd.), *Checklist of Current Interventions to Incorporate Gender into the Project Cycle* (Washington, DC: The World Bank). Accesible en el sitio de internet www.worldbank.org/gender.

Asuntos de género en recursos de monitoreo y evaluación

Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1995).

Canadian International Development Agency, *A Project Level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

Hardon, A., A. Mutua, S. Kabir, and E. Engalkes, *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights: A Manual for Empowerment* (London: Zed Press, 1997).

Osterhaus, Juliane and Walter Salzer, *Gender Differentiation throughout the Project Cycle: Pointers for Planning, Monitoring and Evaluation* (Eschbom: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 1995). Accesible en el sitio de internet www.gtz.de/home/english.

Estrategias para integrar asuntos de género a políticas

Gherardi, S., *Gender, Symbolism and Organisational Cultures* (London: Sage Publications, 1995).

MacDonald, M, E. Sprenger, and I. Dubeel, *Gender and Organisational Change— Bridging the Gap between Policy and Practice* (Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1997).

Murthy, R., "Power, Institutions, and Gender Relations: Can Gender Training Alter the Equation?" *Development in Practice* 8, no. 2 (1998): 203-211.

The World Bank, *Engendering Development — Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice* (Washington, DC: World Bank, 2001). Accesible en el sitio de internet www.worldbank.org/gender/prr/.

Otras referencias

Alberti, Amalia, Deborah Caro, Jill Posner, Sidney Schuler, and Anna-Britt Coe, *Strengthening Reprosalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTECH Project, 1998).

Alsop, R., "Whose Interests? Problems in Planning for Women's Practical Needs," *World Development* 21, No. 3 (1993): 367-377.

Bruce, Judith, and Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000). Accesible en el sitio de internet www.popcouncil.org.

The Centre for Development and Population Activities, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, September 2001).

The Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000). Accesible en el sitio de internet www.crlp.org.

The Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights are Human Rights* (New York: CRLP, 1999).

Coe, Anna-Britt, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, April 2001).

de Bruyn, Maria, Helen Jackson, Marianne Wijermars, Virginia Curtin Knight, and Riet Berkvens, *Facing the Challenges of HIV/AIDS/STDs: a gender-based response* (Amsterdam: KIT, SAfAIDS, World Health Organization, 1995/8).

The Federation for Women and Family Planning, *Advocacy for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: CEDPA and PROWID/ICRW, 1999).

Gaer, Felice D., "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights," in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

Galdos, Susana and Barbara Feringa, *Creating Partnerships at the Grassroots Level: The REPROSALUD Project, Peru* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, nd).

Hawkesworth, M., "Policy Studies Within A Feminist Frame," *Policy Sciences*, 27 (1994): 97-118.

Kabeer, Naila, "Gender-Aware Policy and Planning: A Social Relations Perspective," in M. Macdonald (ed.), *Gender Planning In Development Agencies* (Oxford: Oxfam, 1994): 80-97.

Men, Masculinities and Gender Relations in Development. Accesible en el sitio de internet www.brad.ac.uk/acad/dppc/gender/mandm-web/contents.html.

Molyneux, M., "Mobilization without Emancipation/ Women's Interests, State and Revolution in Nicaragua," *Feminist Studies*, 11, no. 2(1985): 227-254.

Moser, Caroline, *Gender Planning and Development. Theory, Practice and Training* (London: Routledge, 1993).

Moser, Caroline, "Gender Planning in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs," *World Development* 17, No. 11 (1989): 1799-1818.

Murison, Sarah, "Some Thoughts on Capacity and Leadership for Gender Mainstreaming," paper presented at the Third Change Agents Workshop (Washington, DC: InterAction, November 29, 2001).

OECD, *DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation* (Paris: OECD, 1998).

Oyediran, Kola and Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviors: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington, DC: CEDPA, August 2003).

Population Council, *Power in Sexual Relationships: An Opening Dialogue Among Reproductive Health Professionals* (New York: Population Council, 2001).

Razavi, S., "Fitting Gender Into Development Institutions," *World Development* 25, no.7 (1997): 1111-1125.

Secretary General of the United Nations, *Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration* (New York: UN, September 6, 2001).

Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council, 1999).

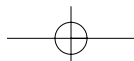
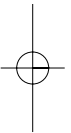
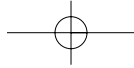
Tostan, *Senegalese Women Remake Their Culture*, (nd). Accesible en el sitio de internet www.tostan.com/.

Truong, T., "Gender And Human Development: A Feminist Perspective," *Gender, Technology And Development* 1, no. 3 (1997): 350-370.

United States Agency for International Development, *From Commitment to Action: Meeting the Challenges of ICPD* (Washington, DC: USAID, 1999).

Wieringa, S., "Women's Interests and Empowerment: Gender Planning Reconsidered" *Development and Change* 25, no.4 (1994): 829-848.

Young, K., "Reflections on Meeting Women's Needs," in K. Young (ed) *Women and Economic Development: Local, Regional And National Planning Strategies* (Paris: UNESCO, 1988): 1-30.



El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género (IGWG), establecido en 1997, es una red integrada por organizaciones no gubernamentales (ONG), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), organizaciones cooperantes (OC) y la Oficina para la Salud Mundial de USAID. El IGWG promueve la equidad/igualdad de género dentro de los programas con la meta de mejorar los resultados de salud reproductiva/VIH/SIDA y fomentar el desarrollo sostenible. Si desea obtener más información, visite el sitio www.igwg.org.

Si desea obtener copias adicionales puede comunicarse con:

**Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728
www.prb.org
teléfono: (202) 483-1100
dirección electrónica: prborders@prb.org**

