



Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

GUÍA PARA EL ANÁLISIS Y EL MONITOREO DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

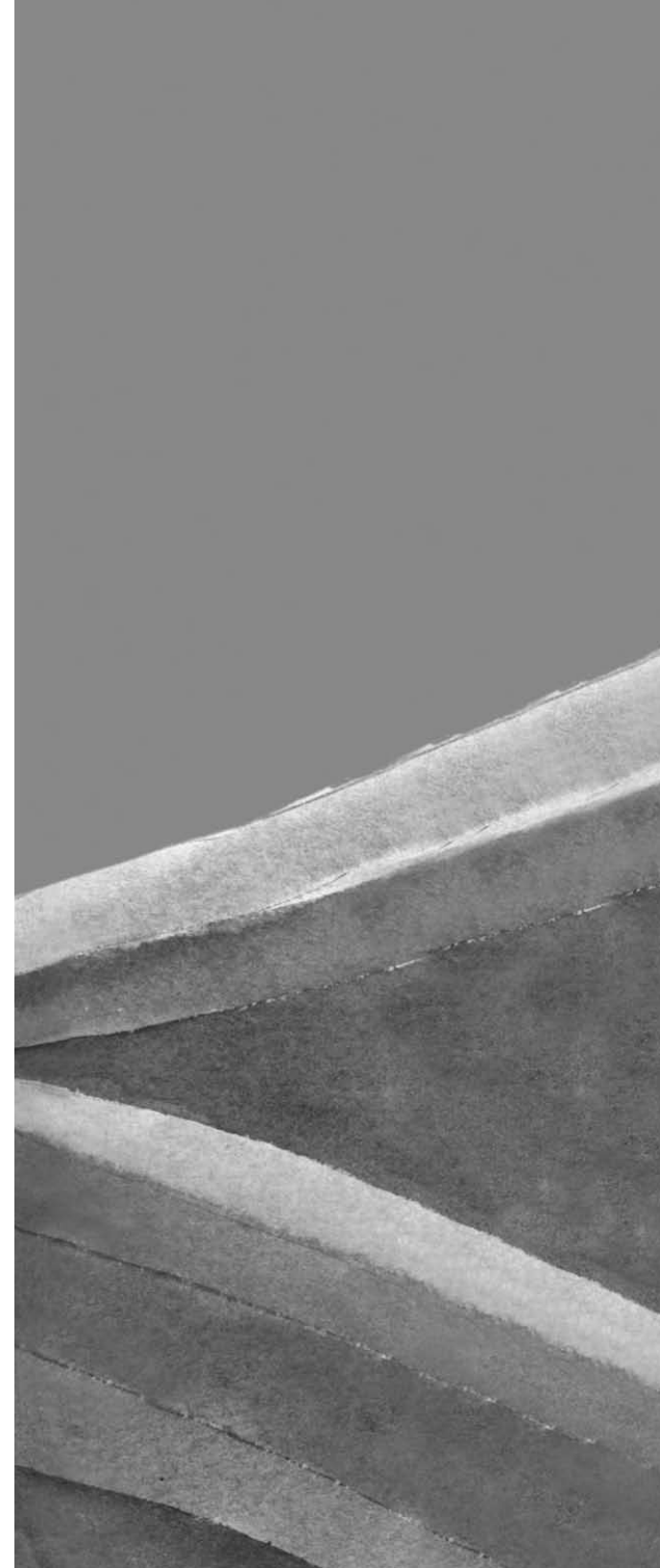
*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*





CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS	4
PRESENTACIÓN	5
I. NATURALEZA, OBJETIVOS Y USOS DE LA GUÍA	6
II. MARCO DE REFERENCIA	12
III. PAUTAS PARA EL ANÁLISIS DE CONTEXTO	24
IV. CAMPOS DE OBSERVACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD	34
Campo de observación 1: La intersectorialidad	35
Campo de observación 2: El acceso al sistema de atención de la salud	43
Campo de observación 3: La integralidad de los beneficios	51
Campo de observación 4: La calidad de la atención	57
Campo de observación 5: El financiamiento del sistema de atención de la salud	67
Campo de observación 6: La gestión de los recursos humanos	73
Campo de observación 7: La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento	79
Campo de observación 8: El cumplimiento de los compromisos internacionales	85
REFERENCIAS	91



RECONOCIMIENTOS

La elaboración de esta guía estuvo bajo la responsabilidad de la Unidad de Género, Etnia y Salud (GE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El proceso de diseño y validación del instrumento fue coordinado por Elsa Gómez Gómez, con la valiosa colaboración de numerosos especialistas internacionales en las áreas de género, salud, ética y políticas públicas. En primer lugar se agradece a Hilary Standing, profesora e investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo de la Universidad de Sussex y del Programa de Reforma del Sector Salud de la Escuela de Liverpool de Medicina Tropical. Hilary, pionera en el análisis de la equidad de género en las reformas del sector salud, alimentó y asesoró el despegue de este proceso y preparó el documento original. Un agradecimiento también a la contribución de Norman Daniels, profesor e investigador del Departamento de Filosofía de la Universidad de Tufos, cuyo marco sobre estándares (benchmarks) de justicia en las reformas del sistema de atención de la salud y cuyas generosas sugerencias inspiraron la elaboración de esta primera versión. Gustavo Nigenda, de la Fundación Mexicana para la Salud, Dinys Luciano de GE/OPS y Pedro Crocco, de la Unidad de Políticas y Sistemas (HP) de la OPS, aportaron elementos críticos en esta etapa inicial.

Ana Isabel Arenas, Alma Catharina Cuéllar, Mónica Gogna, Ana Cristina González, Elsa Victoria Henao, Amparo Hernández, Dinys Luciano, Magda Palacio, María Rosa Renzi, José Ruales, e Inés Rea

revisaron individualmente y discutieron en grupo la versión original. Dinys Luciano preparó la versión revisada que se sometió a validación y coordinó este proceso en cuatro países. Mónica Gogna y Ana Rita Díaz en Argentina, Dora Caballero en Bolivia, Amparo Hernández en Colombia, y Silvia Narváez en Nicaragua, condujeron dicha validación.

Ana Cristina González aportó al proceso su valiosa experiencia previa como Directora de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la elaboración de una tercera versión que integró los resultados de la validación en los países y constituyó la base de este documento. Pat Armstrong de la Universidad de York en Ontario, Canadá, y Cecilia Acuña de HP/OPS contribuyeron con detallados comentarios y sugerencias a esa versión. Rafael Cruz realizó el trabajo de editorial.

Elsa Gómez Gómez preparó la presente versión, que recoge el conjunto de contribuciones entregadas a lo largo de este proceso. La autora asume, sin embargo, la responsabilidad final por su contenido, así como por las omisiones y redundancias de que el mismo adolezca.

Un agradecimiento central merece la Fundación Ford, por haber hecho posible el desarrollo de este proceso a través del estímulo y el apoyo financiero que brindó durante seis años a la iniciativa OPS sobre “Integración de la equidad de género en las políticas de reforma del sector salud”, en la cual se enmarcó este esfuerzo.

PRESENTACIÓN

Las políticas de salud no son neutras en materia de género, es decir, no afectan de la misma manera a las mujeres y los hombres, tal como lo han demostrado investigaciones realizadas a través del mundo. Esta realidad ha conducido a que la igualdad de género se convierta en un tema clave de preocupación y compromiso en las cumbres internacionales.

Con mucha frecuencia, sin embargo, la formulación y el monitoreo de las políticas de salud no incluyen la dimensión de género, y cuando consideran las diferencias por sexo, tal consideración se circunscribe a las “mujeres” y no a las “relaciones de género”, o sea, a las relaciones de desigualdad social entre mujeres y hombres que afectan a la salud y el bienestar de toda la sociedad. Dicho enfoque tiende a ser muy restringido frente al compromiso adquirido por los estados con el logro de objetivos de igualdad de género.

La ausencia de consideraciones de género en el análisis y la implementación de las políticas puede convertirse en limitante, no solo para el avance de políticas coherentes con principios éticos de derechos humanos, sino también para el desarrollo de buenas prácticas en salud pública. Las razones estriban, primero, en que tanto el análisis de situación como los objetivos acordados y la ponderación de los factores externos no podrán reflejar ni responder a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres. En segundo lugar, la carencia de una línea de base hará imposible el monitoreo de las desigualdades de género, y finalmente, los vacíos del análisis respecto a los actores involucrados dificultarán el desarrollo efectivo y el monitoreo de cambios institucionales en esta área. En otras

palabras, la ausencia de consideraciones de género en el desarrollo de políticas tiene repercusiones adversas, no solo sobre la relevancia de tales políticas para el logro de la equidad y la igualdad, sino también sobre la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad de las intervenciones.

El avance hacia la igualdad de género requiere de compromiso político intersectorial con el cambio, capacidad técnica para instrumentarlo, infraestructura institucional para apoyarlo, recursos financieros para sufragarlo, y mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo para hacerlo realidad. La sociedad civil juega un rol central en este proceso, constituyéndose en la fuerza motora necesaria para instalar el tema en la agenda política, exigir su cumplimiento y convertir en hechos los derechos.

El presente trabajo, preparado bajo la coordinación de la Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud, intenta contribuir al avance de las metas de igualdad de género en salud. Ofrece a planificadores, grupos de abogacía e investigadores en el ámbito de la salud, un marco analítico para encaminar la evaluación y el monitoreo de políticas que partan de la evidencia y se orienten por principios de justicia social, derechos humanos y control ciudadano.



I. NATURALEZA, OBJETIVOS Y USOS DE LA GUÍA

La presente guía fue preparada por la Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), con el fin de apoyar iniciativas de análisis y monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud en la Región. El proceso para su diseño y validación se enmarca dentro de la iniciativa amplia de transversalizar un enfoque de equidad de género dentro de las políticas de salud, en concordancia con la Política de Igualdad de Género de la OPS (2005a). La guía constituye un marco de referencia dirigido a evaluar el grado de concordancia de las políticas de salud— particularmente las vinculadas a la reforma del sector salud (RSS) —con los compromisos internacionales y nacionales adquiridos por los estados miembros con el logro de objetivos de igualdad de género en el ámbito de la salud y su gestión.

La pretensión es ampliar el alcance del concepto de equidad que ha orientado las evaluaciones de las políticas de reforma del sistema de salud introducidas en la Región desde los años 90, y que ha tendido a restringirse al plano puramente económico, ignorando otras dimensiones centrales de desigualdad, como es la relacionada con género. El propósito es contribuir a dilucidar las implicaciones de estas políticas para la equidad de género, implicaciones que, por supuesto, varían de acuerdo con las especificidades del contexto de país. En tal sentido, la guía sirve como instrumento de deliberación y abogacía encaminado a crear consensos respecto a la identificación de problemas, el establecimiento de prioridades para la acción, la formulación o reformulación de objetivos de política, y la definición de indicadores y estrategias para el seguimiento de tales políticas.

Antecedentes

El proceso de desarrollo de esta guía involucró una diversidad de actores de reconocida trayectoria teórica y práctica en el tema. Los elementos básicos se derivaron de los trabajos pioneros de Standing (1997, 1999, 2000, 2002), Daniels y Col. (1996, 2001, 2005), Luciano (1998), y Gómez (2002), quien además coordinó el proceso en su conjunto desde la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS.

La versión inicial estuvo a cargo de Hilary Standing, profesora e investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo de la Universidad de Sussex, y del Programa de Reforma del Sector Salud de la Escuela de Liverpool de Medicina Tropical. En esta elaboración, se benefició del

trabajo de Norman Daniels, profesor del Departamento de Filosofía de la Universidad de Tufts, como también de las sugerencias de Gustavo Nigenda, investigador de la Fundación Mexicana para la Salud. Esta primera versión fue posteriormente revisada por un grupo de expertos provenientes de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, agencias de cooperación técnica, centros de investigación, y universidades de Argentina, Chile, Nicaragua, Costa Rica y Colombia, que se reunió en Bogotá, Colombia, en 2004. Tal consulta entregó valiosas recomendaciones respecto al contenido y estructura de la guía y a la metodología de validación. Ana Isabel Arenas, Catharina Cuéllar, Mónica Gogna, Elsa Victoria Henao, Ana Cristina González, Magda Palacio, María Rosa Renzi, José Ruales, Amparo Hernández, Inés Reza, Dinys Luciano y Elsa Gómez Gómez participaron en esta consulta. Dinys Luciano preparó una segunda versión de la guía a la luz de las sugerencias del grupo y coordinó su proceso de validación en cuatro países. Mónica Gogna y Ana Rita Díaz en Argentina, Dora Caballero en Bolivia, Amparo Hernández en Colombia, y Silvia Narváez en Nicaragua, condujeron dicha validación.

A partir de la sistematización de las observaciones y reflexiones producidas a lo largo del proceso, Ana Cristina González preparó una tercera versión, la cual se benefició de la detallada revisión de Pat Armstrong, profesora de la Universidad de York en Ontario, Canadá, así como de los comentarios y sugerencias de Cecilia Acuña de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS. La presente versión fue reelaborada por Elsa Gómez Gómez y constituye una síntesis de las contribuciones de quienes nutrieron y dinamizaron el proceso a lo largo de tres años.

Audiencias

La guía está dirigida a dos audiencias principales:

- * Tomadores de decisión, planificadores y funcionarios responsables de desarrollar sistemas de monitoreo de los impactos de las políticas sobre grupos específicos de población.
- * Grupos de abogacía, universidades y centros de investigación, en particular aquellos que trabajan en la salud de las mujeres y las implicaciones de las políticas sanitarias para la equidad.

Objetivos

El diseño de la Guía responde a fines tanto de evaluación como de abogacía e incidencia política, según el grupo que lo utilice. Sus objetivos son los siguientes:

- * Proporcionar un marco conceptual para evaluar la equidad de género en las políticas de salud, aplicable a distintos contextos políticos, socioeconómicos y de reforma del sector salud
- * Apoyar las decisiones respecto a criterios básicos e indicadores para la formulación y monitoreo de políticas con equidad de género
- * Facilitar el diálogo político intersectorial con respecto a la equidad de género en los contenidos, procesos e impactos de las políticas.
- * Asistir en la definición de objetivos de abogacía e incidencia política con tomadores de decisión y actores clave, particular pero no exclusivamente, dentro del sector salud.

Estructura

La Guía está organizada en cuatro secciones. La primera describe sus antecedentes, objetivos, alcances y posibles usos y usuarios. La segunda esboza el marco de referencia que fundamenta conceptual y éticamente la propuesta metodológica. La tercera especifica los elementos particulares que, desde una perspectiva de género, integrarían el análisis de la si-

tuación que enmarca las políticas, y la última detalla los ocho campos de observación alrededor de los cuales se estructuraría el ejercicio analítico. Los ocho campos de observación que componen la cuarta sección se presentan en capítulos separados y son los siguientes:

- 1) La intersectorialidad
- 2) El acceso al sistema de atención de la salud
- 3) La integralidad de los beneficios
- 4) La calidad de la atención
- 5) El financiamiento del sistema de atención de la salud
- 6) La gestión de los recursos humanos en salud
- 7) La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento
- 8) El cumplimiento de compromisos internacionales

Aunque para fines de análisis cada uno de estos campos se considera separadamente, en la práctica hay una evidente superposición entre los mismos. Esto hace que algunos temas se repitan en los distintos campos, circunstancia difícil de obviar si se considera que cada uno de estos componentes puede ser usado individualmente. Un ejemplo claro de esta superposición es el tema del cuidado no remunerado de la salud que se cumple en el hogar, predominantemente por mujeres, el cual se menciona en todos los componentes del análisis, pero aparece más destacado en los correspondientes al financiamiento y los recursos humanos.

Cada capítulo de la cuarta sección comienza con una descripción del alcance del campo de observación correspondiente, con énfasis en los componentes que revisten mayor relevancia para el logro de la equidad de género. La descripción se complementa con un cuadro que integra: (a) las cuestiones que se asocian frecuentemente con inequidades de género; (b) los parámetros u orientaciones estratégicas de equidad de género a las que idealmente apuntarían las políticas e intervenciones y que se derivan de principios de justicia social y derechos humanos, y (c) algunos interrogantes que, desde la perspectiva de equidad de género, cabría plantearse

con respecto a las políticas y prácticas existentes o propuestas, de cara a los asuntos señalados, preguntas que dependiendo de la información disponible podrían reformularse como indicadores. Estos elementos facilitarían la identificación de áreas problemáticas, la construcción de líneas de base, y la definición de indicadores y estrategias para monitorear el progreso hacia metas de equidad de género.

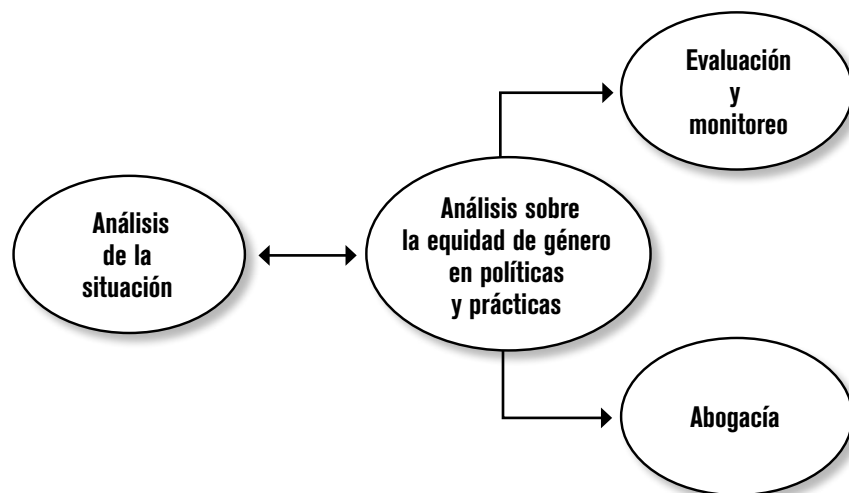
Los parámetros u objetivos de equidad de género dentro de estos campos cobran particular relevancia toda vez que el logro de la equidad ha sido declarado como objetivo central de las distintas reformas en América Latina y el Caribe, región que se reconoce como la más inequitativa dentro del concierto internacional. La integración explícita de la dimensión de género dentro de los objetivos amplios de equidad en las reformas responde a la necesidad de abordar los efectos de un eje de desigualdad que, pese a su ubicuidad, se ha mantenido al margen de tales objetivos. Este es el de las relaciones desiguales de acceso a los recursos y al poder entre mujeres y hombres. La focalización del debate en la dimensión económica ha obviado la consideración de otras desigualdades de poder, tales como etnia y género, y de la articulación existente entre éstas y la económica.

Usos

Dado que los países de la región difieren considerablemente en cuanto a su nivel de desarrollo económico, y al tipo y cobertura de sus sistemas de salud, no todos los campos de observación propuestos en esta Guía serán igualmente aplicables en todos los países o localidades. Similarmente, no todos los asuntos sugeridos como prioritarios en cada campo de observación serán los más apropiados para cada audiencia o contexto en general. Este instrumento no ha sido concebido como receta o prescripción. Los grupos usuarios deberán decidir sobre la pertinencia y aplicabilidad de sus diferentes componentes, la necesidad de agregar otros, y la mejor ma-

nera de proceder operativamente. Por ejemplo, se requerirán decisiones respecto a si se toman los campos de observación en su conjunto o si se seleccionan solo aquellos considerados pertinentes o prioritarios en cada caso. También hará falta decidir la forma de medir los cambios a través del tiempo. Las *preguntas* propuestas dentro de cada campo y subtema podrán fácilmente convertirse en indicadores, y éstos, ponderarse en relación con los *parámetros* de equidad de género sugeridos en cada caso.

De todos modos, la Guía subraya la importancia de entrar a cualquiera de estas dimensiones partiendo de la premisa de que los determinantes de género marcan una diferencia a través de todo el sistema de salud. Para ello se sugiere leer, en primer lugar, el marco conceptual que articula el análisis (Sección II), y realizar luego un análisis de situación sensible a los temas de género (Sección III). En algunos países, este análisis seguramente ya está disponible, al menos en parte. En otros, será necesario llevarlo a cabo como parte esencial del proceso de vigilar y evaluar los posibles impactos de género de las reformas.



A continuación se presentan los pasos que podrían hacer falta en un proceso de aplicación de la Guía:

- a. El grupo iniciador revisa el contenido y hace los cambios o adiciones que considere necesarios.
- b. Se organizan discusiones/reuniones con otros actores interesados para ajustar el contenido a la realidad local.
- c. Se establece un equipo ejecutivo, se determinan procedimientos operacionales y se comienza el análisis de situación.
- d. Tomando como referente los resultados del análisis de situación, el equipo evalúa las dimensiones de política seleccionadas y luego las discute con los actores interesados.
- e. Se acuerdan los términos para realizar un proceso de abogacía política.
- f. Se refina el análisis y se diseminan los resultados a tomadores de decisión, políticos, medios de comunicación, asociaciones de mujeres y otros grupos que aboguen por la equidad y los derechos humanos.

Fuentes de información

El análisis de situación y la caracterización de cada dimensión analítica se apoyarán en información cuantitativa y cualitativa disponible en el país, proveniente de:

- * fuentes oficiales nacionales: estadísticas vitales, censos, encuestas de salud, fecundidad, nutrición, empleo, y uso del tiempo, asignaciones presupuestales.
- * registros rutinarios de información: centros de salud, hospitales, seguro social, notificación obligatoria, sistemas de vigilancia, presupuestos locales.
- * Estudios cuantitativos y cualitativos hechos por centros de investi-

gación, ONGs, universidades, y organismos de cooperación internacional.

A la información en salud se agregará información contextual sobre los factores culturales, sociales y económicos que aumentan la susceptibili-

dad y la respuesta a ciertos problemas de salud. Será importante además identificar los vacíos y los sesgos de información sobre determinados temas, así como sus implicaciones políticas y prácticas.



II. MARCO DE REFERENCIA

La igualdad de género como compromiso internacional

Las políticas de salud no son neutras en materia de género, es decir, no afectan de la misma manera a las mujeres y los hombres. En los últimos años, investigaciones realizadas en distintos lugares del mundo han develado desigualdades importantes entre mujeres y hombres respecto a acceso a los servicios, calidad de la atención, cuota de gasto en salud, balance entre contribuciones y compensaciones en relación con el cuidado de la salud, y participación y representación en la toma de decisiones. Tales hallazgos han llevado a que el tema de la equidad de género esté convirtiéndose en un área clave de preocupación plasmada en tres importantes cumbres internacionales.

La primera de estas cumbres, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, generó un cambio fundamental en la manera de pensar sobre la naturaleza de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil. En lugar de metas demográficas, el interés se trasladó hacia programas integrales de atención que fuesen sensibles a las necesidades particulares de las mujeres y los hombres. En lugar de programas verticales fragmentadores de las necesidades de salud, la CIPD inició un movimiento hacia programas integrados de salud reproductiva que cubrieran las necesidades de las mujeres y los hombres durante todo el ciclo de vida, y que fueran más allá de la mira puramente biológica. Este énfasis se apoyó en una sólida base de evidencias sobre la existencia de desigualdades.

En relación con este cambio, emergió también un fuerte énfasis en los derechos y el empoderamiento de las mujeres, y una afirmación de la necesidad de que el sector de la salud juegue un papel activo en el logro de metas de equidad de género. Este reto fue reforzado en la plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, la cual vinculó la salud de la mujer con la agenda amplia de derechos humanos. Posteriormente, en la Cumbre del Milenio, los estados identificaron explícitamente el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como una de ocho metas de desarrollo (2001).

La equidad en salud y la salud como derecho humano son principios rectores de la cooperación técnica de la OPS. Dentro de este contexto,

la búsqueda de la equidad de género es considerada como elemento imprescindible de este mandato. Muestra de ello son la Política de Género promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, la Política de Igualdad de Género de la OPS, aprobada en 2005, y la Estrategia de Género promulgada por la OMS en 2006.

Las concepciones de igualdad, equidad y empoderamiento que orientan la Política de Igualdad de Género de la OPS se articulan explícitamente con la visión de la salud como derecho humano. La *igualdad de género* en la salud apunta a que mujeres y hombres disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La *equidad de género* alude a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los recursos y el poder entre mujeres y hombres. La justicia de esta distribución se basa en el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, y en el imperativo de asignar diferencialmente los recursos para rectificar disparidades injustas. En consecuencia, la equidad es vista como el medio, y la igualdad, como el fin. La política subraya, además, que para alcanzar la igualdad no bastan las intervenciones equitativas. El logro del empoderamiento, particularmente por parte de las mujeres, se considera como requisito indispensable para el logro de la igualdad de género

Más allá del reconocimiento dado a los imperativos éticos de justicia que fundamentan la búsqueda de la igualdad de género en salud, es importante destacar que, de manera creciente, los organismos de cooperación internacional están subrayando la relevancia de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres para el logro eficaz de objetivos de desarrollo. Consecuentemente, estos organismos están destacando la necesidad de que se integre una perspectiva de género en todos los sectores y programas de gobierno, como un componente crítico para el diseño de políticas y prácticas. El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas ha enfatizado que para el logro de la meta de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, es necesario un elevado compromiso político del más alto nivel, tanto internacional como nacional, que se traduzca en políticas públicas y asignación de recursos que contribuyan efectivamente a este fin. En el ámbito de la salud, es esencial señalar que tales políticas y asignaciones deben dirigirse no solo a objetivos de equidad en el acceso, sino también en el diagnóstico, tratamiento, resultados, trabajo en salud y participación en la toma de decisiones.

Los anteriores acuerdos constituyen una respuesta a la situación diferencial, documentada en todo el mundo, con respecto a la relación diferencial que tienen mujeres y hombres con el sistema de salud, tanto desde la perspectiva de la utilización, como de la producción de bienes de salud.

¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando se trata de corregir desigualdades de género en salud?

Con frecuencia se cuestiona el énfasis en las mujeres en el contexto de la equidad, bajo el argumento de que las mujeres viven más tiempo que los hombres y utilizan con mayor frecuencia que los hombres los servicios de salud. Sin embargo, aun cuando es cierto que las mujeres tienden a ser más longevas y a recurrir más a los servicios de salud, estos hechos no son necesariamente indicativos de una mejor salud o de un mayor acceso a recursos, dado que las diferencias biológicas entre los sexos impiden establecer un común denominador de longevidad y necesidades de atención.

El análisis de la equidad en salud sitúa el énfasis en el carácter prevenible de las condiciones o problemas que afectan a la salud y, paralelamente, en el nivel de capacidades y oportunidades que tienen las personas de acceder a recursos necesarios para su salud. La equidad en el acceso a

servicios se pondera, entonces, no en función de paridad entre los sexos, sino de necesidad diferencial. En consecuencia, la práctica de la equidad en las intervenciones y la asignación de recursos prioriza los grupos en desventaja a fin de responder a necesidades no satisfechas y nivelar el terreno de las oportunidades. Este razonamiento ha fundamentado el énfasis puesto en sectores de pobreza y grupos étnicos excluidos, y en este caso, sobre las mujeres, particularmente las que experimentan niveles múltiples de exclusión por motivos económicos o de pertenencia étnica.

Las razones para este énfasis, fundamentadas en la evidencia disponible, son a grandes rasgos las siguientes:

- (1) Las necesidades de atención de la salud de las mujeres, no son solo diferentes, sino también mayores que las de los hombres.
 - ❖ Las mujeres y los hombres difieren en cuanto al tipo de trabajo que realizan, el lugar donde lo cumplen, los recursos a los que acceden y las compensaciones que reciben. Estos factores introducen diferencias en el estado de salud entre las mujeres y los hombres, que varían en cuanto a sus condiciones y consecuencias según el contexto socioeconómico. Tales diferencias se caracterizan por desigualdades que sitúan a las mujeres en posición de desventaja económica y subordinación con respecto a los hombres, posición que afecta las oportunidades de alcanzar, recuperar y mantener un nivel óptimo de salud.
 - ❖ Algunas necesidades de atención son exclusivas de las mujeres, particularmente las relacionadas con la reproducción
 - ❖ Las discapacidades, particularmente las asociadas al envejecimiento, son más prevalentes en las mujeres.
 - ❖ Existen condiciones de salud que, aun con la misma denominación, afectan de manera diferente a mujeres y hombres y pueden requerir tratamiento diferente según el sexo.
 - ❖ Las mujeres y los hombres experimentan diferentes tipos de violencia. La violencia por parte de la pareja es el tipo de violencia más frecuente y afecta fundamentalmente a las mujeres.
 - ❖ La responsabilidad de las mujeres por los hijos condiciona la naturaleza de sus necesidades en el ámbito de los servicios de salud.
- (2) La menor participación de las mujeres en empleos remunerados limita su acceso a servicios de salud, planes de seguro y protección social en el largo plazo.
- (3) Las mujeres reciben con frecuencia una atención de menor calidad por razones que tienen que ver con estereotipos culturales y con el hecho de que la investigación clínica se ha basado fundamentalmente en hombres.
- (4) Dada su mayor necesidad de utilizar servicios, en la mayoría de los países las mujeres enfrentan un mayor gasto en salud –absoluto y relativo– que el de los hombres.
- (5) Las mujeres, o algunos subgrupos de mujeres, con frecuencia tienen menor poder de decisión que los hombres sobre los factores que afectan a su salud, incluyendo su sexualidad, su reproducción y su utilización de servicios y métodos anticonceptivos.

- (6) Desde el ángulo de la producción de salud, las mujeres son la mayoría de los trabajadores de salud remunerados y no remunerados y, al mismo tiempo, son una minoría en los niveles de decisión del sistema de salud. Las mujeres se concentran en los escaños de menor remuneración, prestigio y poder dentro del sector formal de la salud, desempeñan sin remuneración el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad, y permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder comunitario que definen prioridades y asignan recursos para la salud.
- (7) Las mujeres son las principales proveedoras de atención dentro de la familia: sobre ellas recae la mayor carga de trabajo en relación con tal cuidado, resultando las más afectadas por el aumento o reducción de servicios públicos.

¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando se habla de eficacia y eficiencia en las intervenciones?

- (1) Por ser las mujeres las principales gestoras de la salud de la familia—particularmente de los niños y las niñas—la salud de las mujeres, así como el control que ellas puedan ejercer sobre los recursos, son factores centrales para el logro de objetivos de eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones.
- (2) El Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, “Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres”, además de considerarse como un fin en sí mismo, es calificado como condición esencial para el logro de los otros siete objetivos de desarrollo.

En consecuencia, el reconocimiento de las diferencias y las desigualdades de género es esencial para una cabal comprensión de la realidad, y para el logro de intervenciones no solo más equitativas, sino también más eficaces y eficientes.

Los pilares conceptuales del enfoque de igualdad de género

Los siguientes son los conceptos básicos que fundamentan el mandato de integración de la perspectiva de género en la cooperación técnica de la OPS: salud, igualdad y equidad, género, y participación ciudadana.

a. Salud

De acuerdo con la definición adoptada por la OMS/OPS, la salud “*es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Salud es, pues, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y

sociales y, por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a estilos de vida saludables (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986). El logro del mayor nivel alcanzable de salud es un *de-recho humano* fundamental, consagrado desde 1946 en la constitución de la OMS. La atención de la salud es solo un aspecto, aunque importante, del logro de la salud.

b. Género

El término género se refiere a las formas en que las relaciones entre los sexos se organizan en una sociedad, y a la división de roles y poder asociados con esa organización. Este concepto es distinto al de sexo, que se refiere sencillamente a las diferencias biológicas entre las mujeres y los

hombres. En consecuencia, el centro de interés del enfoque de género no son las mujeres —o los hombres— per se, sino las relaciones de desigualdad social entre los sexos.

La aproximación a la salud desde una perspectiva de género parte del examen de los efectos que ejercen las relaciones sociales entre los sexos sobre el ejercicio ciudadano del derecho a la salud y sobre la justicia en la distribución de los recursos y el poder en la gestión de la salud. Tal enfoque considera el contexto amplio de las relaciones de poder dentro de la sociedad y las formas en que las desigualdades de género, en interacción con otras desigualdades de poder, determinan los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad y gestión de los sistemas de salud.

c. Igualdad y equidad

Las nociones de igualdad y equidad que orientan la Política de Igualdad de Género de la OPS se articulan, como ya se mencionó, con una visión de la salud como derecho humano, en la cual la *igualdad* aparece como el fin y la *equidad* como un medio. La igualdad se asocia con principios de no discriminación en cuanto al ejercicio de derechos, referidos en este caso particular a la salud y sus determinantes y a la participación en el desarrollo de la salud. La equidad, por su parte, se basa en principios de justicia social y se refiere a las intervenciones dirigidas a eliminar disparidades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales —mujeres y hombres— respecto al nivel de salud, al acceso a recursos necesarios para su promoción, recuperación y mantenimiento —incluyendo pero no limitándose a la atención de la salud— y a la participación en los procesos de desarrollo de la salud.

La noción de *necesidad* que fundamenta el concepto de equidad en la distribución de recursos implica que los recursos se asignen, no con criterios de igualdad o paridad, sino de *diferenciación*, conforme a necesidad. En consecuencia, la rectificación de inequidades exige que el énfasis en las

asignaciones y las intervenciones privilegie a los grupos más necesitados. Las mujeres, particularmente las pobres y las pertenecientes a poblaciones excluidas por razones étnicas, de conflicto civil o de desplazamiento forzado, constituyen uno de tales grupos.

La comprensión de la igualdad de género a partir de los derechos humanos comenzó con la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, de 1945, que afirma la igualdad entre los sexos. Según dicha Carta, algunos de estos acuerdos imponen obligaciones a los gobiernos signatarios para promover la igualdad de género, a través de la promoción de la salud de la mujer y la eliminación de las barreras que obstaculizan su logro. 130 estados firmaron la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) de 1979, la cual incluye explícitamente los derechos a la atención de la salud y a la planificación familiar.

La CEDAW fue más allá del principio inicial de no discriminación entre los sexos, para hacer hincapié en el abordaje especial de la discriminación *contra* la mujer en terrenos específicos, dentrándose en la denominada “segunda generación” de los derechos: económicos, sociales y culturales. Es en esta segunda generación donde la atención de la salud se conceptualiza como un derecho humano. Por ejemplo, el principio del “derecho a la vida” comprende el derecho a no morir en el parto por causa evitables. Este enfoque basado en derechos forma parte integral de las resoluciones de salud adoptadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

Algunas de las características importantes del enfoque de derechos respecto a la igualdad de género en salud son las siguientes:

- * Las desventajas en materia de salud que experimentan las mujeres son injusticias que infringen los derechos individuales y de grupo.
- * El concepto de derecho a la salud va más allá de la prestación de los

servicios, hacia una visión de la salud que incluye el *empoderamiento y la participación social*.

- * Aunque la adhesión a estos acuerdos internacionales haya sido voluntaria, los estados signatarios tienen la obligación de emprender acciones positivas de acuerdo con los problemas que juzguen más apremiantes.

d. Participación ciudadana y empoderamiento

Si bien la participación de las mujeres en la producción de la salud ha sido —y también reconocida— esencial para el mejoramiento de los niveles colectivos de salud, históricamente ha tendido a limitarse al desempeño de responsabilidades sin el ejercicio del poder.

La noción de participación en la salud, crucial en el logro de equidad e igualdad, es la de ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los factores y procesos que afectan a la salud— tanto la propia como la colectiva. No se restringe al desarrollo de acciones prescritas por otros, o a servir como vehículo para abaratar costos en la provisión de servicios. El énfasis puesto en las mujeres —particularmente en las mujeres pobres— responde a la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista de la participación femenina que ha permeado de manera profunda el sistema de atención de la salud familiar y comunitaria. Busca promover, en su lugar, una distribución más justa de las cargas, las compensaciones y las decisiones en la producción de la salud, así como también, de la asunción de responsabilidades relativas al control ciudadano y la exigencia de cuentas con respecto al cumplimiento de las políticas.

El empoderamiento de las mujeres al que alude el Tercer Objetivo del Milenio se refiere a la toma de control por parte de las mujeres sobre sus vidas, y es esencial para la lograr la igualdad de género en ámbitos determinantes de la salud. El empoderamiento es la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y llevarlas a la práctica en contextos donde esta capacidad había sido negada. Se trata de un proceso, pero es tam-

bién un resultado; es colectivo y, al mismo tiempo, es individual. Otros actores no pueden empoderar a las mujeres, solo las mujeres pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden facilitar los procesos de empoderamiento tanto en el plano individual, como en el colectivo (OPS, 2005a)

Las dimensiones analíticas de la igualdad de género en salud

Para propósitos de análisis se distinguen las siguientes dimensiones de igualdad de género: el estado de salud y sus determinantes socioeconómicos; la atención de la salud, no solo como uno de los determinantes de la salud sino, también, como sustancia básica de las políticas de este sector, y los procesos formales e informales de gestión de la salud.

- * En cuanto al **estado de salud**, la igualdad de género se traduce, no en tasas iguales de mortalidad o morbilidad, sino en niveles de salud y bienestar comparables entre mujeres y hombres. Dada la diferencia de denominadores sobre necesidades de salud para mujeres y hombres, no es siempre factible hacer comparaciones entre los sexos con respecto a condiciones particulares. En consecuencia, el parámetro de comparación para evaluar igualdad y equidad no sería solamente el sexo opuesto, sino los niveles de salud alcanzados por el mismo sexo dentro de los grupos de mayor privilegio social en contextos específicos.
- * En relación con los **determinantes socioeconómicos**, la igualdad de género significa igualdad de oportunidades en el acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud (alimento, vivienda, ambiente sano, educación, información, trabajo, remuneración, tecnologías, servicios, etc.).
- * En el ámbito de la **atención de la salud**, la equidad de género implica que:

- ◆ Los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades particulares de mujeres y hombres, resaltando dentro de este contexto, que las mujeres tienen necesidades de salud reproductiva asociadas con el embarazo y el parto que demandan recursos adicionales.
 - ◆ Los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo, independientemente de la capacidad de pago.
 - ◆ La carga financiera del cuidado de la salud se distribuya socialmente, según la capacidad económica de las personas, y no según los riesgos asociados con el sexo, la edad, las condiciones socioeconómicas y las condiciones “preexistentes” de salud.
- * En el área de la **participación en la gestión de la salud**, la equidad de género demanda un balance justo en la distribución por sexo del trabajo (remunerado y no remunerado), de las compensaciones asociadas con ese trabajo y del poder en la toma de decisiones.

La estrategia de integración del enfoque de igualdad de género en salud

El enfoque de género en el análisis y la planificación en salud implica reconocer y considerar las diferencias biológicas y sociales entre mujeres y hombres. La consideración de tales diferencias, sin embargo, puede servir distintos propósitos. Uno de ellos es el de la explotación de las diferencias de género para fines “eficientistas”, tales como reducir servicios públicos de salud y transferirlos a los hogares bajo la hipótesis de que las mujeres suplirán esos servicios. Otro puede ser el de acomodación de las diferencias de género para facilitar el desempeño de los roles de género, por ejemplo, la provisión de cuidado infantil en los centros de atención materna y la capacitación a las madres para el cuidado de la salud infantil. Un tercer propósito, que es aquel al cual apuntaría la estrategia aquí propuesta, es transformar las relaciones de género para

promover la igualdad, incorporando dentro de este marco la atención de las necesidades inmediatas que se derivan de la biología y de la división por sexo del trabajo.

La estrategia de incorporación del enfoque de igualdad de género en salud incluye los siguientes componentes:

- * Producción de evidencia sobre las desigualdades entre hombres y mujeres de distintos grupos socioeconómicos, respecto a:
 - ◆ La división del trabajo y su correlato en términos de acceso y control sobre los recursos necesarios para promover, recuperar y mantener la salud (incluyendo recursos materiales, informativos, políticos, de servicios y de tiempo).
 - ◆ Exposición diferencial a riesgos asociados con la división del trabajo.
 - ◆ Necesidades en salud asociados con las diferencias biológicas, la división sexual del trabajo y las relaciones de poder entre los sexos.
 - ◆ Distribución de las responsabilidades y las compensaciones en la producción de salud, dentro de los niveles familiar, comunitario y del sistema formal
 - ◆ Representación en la toma de decisiones sobre definición de prioridades y asignación de recursos —públicos y privados— necesarios para asegurar la salud.
 - ◆ Diferencias en las respuestas sociales y políticas a las necesidades comunes a ambos sexos y a las exclusivas de uno de los sexos.
- * Reconocimiento de la interdependencia existente entre las esferas formal e informal de la atención de la salud que hace que las políticas que afectan la provisión pública de servicios afecten simultáneamente la carga de trabajo informal de atención que recae predominantemente sobre las mujeres.

- * Fomento de la participación activa de las mujeres —y los grupos más desfavorecidos—, del fortalecimiento de alianzas y del “empoderamiento” de las mujeres para el logro de una redistribución más justa de las cargas, los beneficios y el poder para influir sobre el desarrollo de la salud.
- * Desarrollo de mecanismos de articulación intersectorial para formular y vigilar las políticas pro-equidad que confronten los determinantes sociales de la salud, y que integren a representantes de organizaciones de la sociedad civil defensoras de la equidad de género.
- * Desarrollo de mecanismos de monitoreo de las políticas y de rendición de cuentas, con participación activa de los grupos que abogan por la igualdad de género.

Las intersecciones entre los objetivos de igualdad de género y las políticas de reforma del sector salud

Desde la década de los ochenta, en toda América Latina y el Caribe (ALC) han venido implementándose reformas al sector salud que, aun cuando han adoptado formas distintas según el contexto nacional, comparten denominadores comunes ligados a procesos macro de globalización y reforma del Estado y a una agenda internacional de reforma promovida y apoyada por organismos multilaterales. En términos generales, puede decirse que el paradigma de la atención de la salud como bien público basado en el reconocimiento de “riesgos compartidos” y “solidaridad social” ha dado paso al paradigma del mercado como dispensador de eficiencia económica, calidad y efectividad de la atención, y garante de las libertades y responsabilidades individuales.

Las reformas del sector salud se han dado, entre otros, en los siguientes campos: los sistemas de financiamiento de la atención, los mecanismos de establecimiento de prioridades, y la organización de los servicios en

aspectos tales como su descentralización e integración. De manera central, se destacan los cambios en el rol del Estado —y la mayor participación del sector privado— en materia de regulación, provisión y financiamiento de los servicios. Estas reformas, dependiendo de su naturaleza y alcance, pueden afectar todos los aspectos del sistema de salud, esto es, financiamiento, recursos humanos, gestión, planificación, acceso a servicios y calidad de la atención.

En líneas generales, las reformas han tendido a:

- * Promover una menor dependencia en el financiamiento público, asignando un mayor énfasis a mecanismos de financiamiento mixto público/privado dirigidos a aumentar el control y la recuperación de costos (medicina prepagada, tarifas a usuarios, seguros) y, teóricamente, al mejoramiento de la atención.
- * Separar las funciones de regulación, provisión y financiamiento de servicios y disminuir el rol del Estado en las de provisión y financiamiento.
- * Desarrollar enfoques selectivos de la Atención Primaria en Salud, identificando un conjunto mínimo garantizado de servicios de bajo costo y alta efectividad, generalmente conocido como paquete básico, así como también, sistemas de aseguramiento para acceder a dichos servicios.
- * Fortalecer los servicios curativos, en desmedro de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- * Descentralizar el sector salud hacia niveles locales o hacia otras agencias, bajo el supuesto de que las estructuras descentralizadas responden mejor a las necesidades locales, son más efectivas en la entrega de atención y más aptas para la rendición de cuentas a la población
- * Vincular, bajo postulados de eficiencia, el manejo de los recursos humanos a procesos de reforma del servicio civil que incluyen reducción de personal, flexibilización en las prácticas laborales y nuevas formas de evaluación del desempeño.

- * Reducir servicios institucionales, transfiriendo ciertos cuidados y tratamientos al hogar, bajo supuestos de mayor eficiencia económica y de tratamiento más humanizado a los pacientes.
- * Involucrar al sector privado con fines de lucro en los procesos de toma de decisiones en materia de política.

El lenguaje de la reforma del sector salud ha venido evolucionado desde sus inicios a comienzos de la década de los noventa. La “primera generación” de las reformas fue impulsada de manera decidida desde el lado de la oferta y con énfasis en la reorganización interna del sector. Durante la “segunda generación”, los elementos centrales de liberalización y ajuste económico se han mantenido con firmeza, pero el énfasis se ha desplazado hacia el lado de la demanda, y el discurso se ha ampliado para incluir temas de pobreza y de intersectorialidad. En la primera generación, la mira se dirigió a cambios internos del sistema, sin considerar paralelamente un monitoreo del impacto de tales cambios sobre la prestación de atención y los resultados de salud. El cambio en el sistema, más que como un proceso político que debiera negociarse con los actores sociales, fue concebido como un conjunto de acciones técnicas y gerenciales. Las consideraciones relativas a indicadores de desventaja social —incluido el género— en la planificación, implementación y el monitoreo de las reformas estuvieron ausentes de tal orientación, mientras que el viraje del discurso hacia el lado de la demanda se debió, en parte, al reconocimiento del fracaso de estas reformas en términos del mejoramiento de indicadores de salud (Standing, 2000).

Las implicaciones de estas reformas para la equidad de género varían según el contexto que las enmarca y las características de los cambios emprendidos. Sin embargo, aunque los datos probatorios son aún fragmentarios, son también lo suficientemente consistentes en algunas áreas para alertar sobre el impacto adverso de ciertas modalidades de reformas sobre la equidad de género en salud, especialmente en la población pobre (Standing, 1997; Gómez, 2002, 2002b; Vega y cols., 2001; OPS, 2002).

Estos datos sugieren, por ejemplo, que:

- * Las medidas de recuperación de costos y privatización de servicios afectan desproporcionadamente la utilización de servicios de salud por parte de las mujeres: La proporción de necesidad insatisfecha de servicios es mayor para las mujeres, en particular las pobres, en razón de su mayor necesidad de servicios —especialmente en salud reproductiva— y su menor capacidad económica para solventarlos.
- * El debilitamiento de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades tiene un efecto adverso desproporcionado sobre las mujeres, dado que estos servicios conforman el grueso de la atención demandada por las mujeres.
- * La lógica de pago según riesgo afecta más negativamente a las mujeres, dado que su utilización más frecuente de servicios —especialmente de salud reproductiva— les significa un mayor gasto de bolsillo y primas más altas en los seguros privados. Como en el caso anterior, esta disparidad en el pago se agudiza al considerar la menor capacidad económica de las mujeres.
- * Los sistemas de aseguramiento y protección social de la salud ligados al empleo en el sector formal de la economía excluyen una mayor proporción de mujeres que de hombres del acceso directo a tales beneficios. Esto a raíz de la menor participación de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado y su mayor representación en ocupaciones del sector informal y de tiempo parcial no cubiertas por la seguridad social.
- * La subrepresentación de las mujeres en las estructuras de poder —nacional, local y sectorial— se traduce en desventaja para éstas en cuanto a definición de prioridades y asignación de recursos en materia de salud reproductiva. Más aún, la fuerza colectiva pro-defensa de los derechos sexuales y reproductivos lograda en el nivel nacional, no necesariamente encuentra eco en los niveles locales donde, con frecuencia, se observa mayor conservadurismo.
- * Las mujeres son proporción mayoritaria no solamente como usuarias

rias de servicios, sino también como proveedoras de atención. Los recortes de servicios y las reducciones de personal en el sector formal afectan preponderantemente el empleo de las mujeres — resultando con frecuencia en pérdida de empleo, sobrecarga de trabajo y deterioro de salarios— y devienen en un aumento de su carga de cuidado informal en los hogares y en la comunidad.

Frente a cada una de estas situaciones, es necesario preguntarse ¿En qué medida la política en cuestión contribuye a reducir desigualdades injustas en salud y a promover activamente la equidad y la igualdad de género? ¿En qué contextos socioeconómicos y geográficos? O, por el contrario, ¿en qué medida la política ignora, crea o exacerba desigualdades de género en salud? ¿Qué grupos socioeconómicos o geográficos resultan más afectados? La reflexión sobre las circunstancias que se asocian con resultados en una u otra dirección informará el desarrollo de propuestas dirigidas a fortalecer, reorientar, complementar o sustituir las políticas existentes.

Los retos

Es importante enfatizar que los sistemas de salud, más allá de mejorar el nivel de salud de la población en general, tienen el potencial de promover la igualdad y la justicia social cuando su diseño y manejo consideran específicamente las circunstancias y las necesidades de los grupos afectados por la exclusión y la desventaja social (WHO, 2007).

Los retos críticos que enfrentan los sistemas de salud para mejorar el nivel y la distribución de la salud — con un énfasis particular en el logro de la igualdad de género— son los siguientes (WHO, 2007):

- a. Ejercicio de liderazgo para el desarrollo de procesos y mecanismos de **acción intersectorial** por parte de los diferentes sectores del Estado que trabajan con los determinantes de la salud y la desigualdad.

- b. Desarrollo y mantenimiento de un **sistema de información** que permita identificar y medir las desigualdades objeto de atención, planificar con base en la **evidencia**, monitorear los avances de las políticas y **rendir cuentas** con respecto a su implementación.
- c. Impulso a mecanismos y prácticas organizacionales que involucren la **participación de los grupos de población afectados** —particularmente de las mujeres— y de las organizaciones pro-equidad de género de la sociedad civil, en la toma de decisiones y acciones dirigidas a identificar necesidades y asignar recursos para satisfacerlas.
- d. Desarrollo de mecanismos de financiamiento y provisión de servicios de salud que apunten a la **cobertura universal** y ofrezcan beneficios particulares para los grupos afectados por la exclusión y la desventaja social
- e. Revitalización de un enfoque integral de **atención primaria en salud**, como una estrategia que refuerce e integre los otros elementos de promoción de la equidad arriba mencionados.

A estos se agrega el **fortalecimiento de la función rectora del Estado** para la definición de marcos regulatorios y normativos, y la vigilancia y el control de recursos, actores y gestión de la salud, que se dirijan a eliminar discriminaciones de cualquier orden y garantizar el ejercicio de derechos.



III. PAUTAS PARA EL ANÁLISIS DE CONTEXTO

El objetivo de esta sección es orientar la caracterización del contexto legal, político, económico y sanitario de la sociedad en la cual se analizan las reformas del sector de la salud. Tal caracterización facilita la identificación de necesidades y recursos existentes, la comprensión de las implicaciones diferenciales de estas reformas para las mujeres y los hombres, y la identificación de factores que hacen que tales reformas se desarrollen en diferentes direcciones según el contexto particular donde ocurren.

El análisis de las desigualdades de género en salud implica examinar la posición diferencial que ocupan las mujeres y los hombres como beneficiarios y agentes del desarrollo del sistema de salud, entendiendo por tal el conjunto de todas “las acciones cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud”. Por lo tanto, dicho análisis deberá incluir un nivel macro, referido a la sociedad como un todo, un nivel meso relacionado particularmente con el sector salud, y un nivel micro relativo a las personas y los hogares. Esto, en razón de que la desigualdad de género está profundamente enraizada en las actitudes de las personas, en las instituciones sociales, en las fuerzas del mercado y en la vida política.

El análisis del contexto de las políticas constituye un diagnóstico preliminar de la existencia, naturaleza y magnitud de las desigualdades de género en salud. Este diagnóstico incluye aspectos demográficos y epidemiológicos indicativos del carácter y nivel de las necesidades de la población, así como también rasgos claves del sistema de salud que potencian

la respuesta a esas necesidades. Incluye, también, aspectos relacionados con la salud ambiental y el acceso a servicios de agua potable y servicios de saneamiento. Estos temas se someterán a un examen más detallado en otros capítulos de la guía.

Para el delineamiento de este contexto se consideran los siguientes elementos:

- * el perfil demográfico de la población, incluyendo acceso a servicios básicos de agua y saneamiento
- * las desigualdades de género en el trabajo, la seguridad social, la educación, la participación política y la legislación
- * el perfil epidemiológico de la población, indicativo del carácter y nivel de necesidades de salud de la población;
- * el perfil por sexo de la participación en el trabajo, la remuneración y las decisiones en el sistema de salud

- * las características del sistema de salud que potencian la respuesta a las necesidades de salud de la población, incluyendo la participación de actores clave en los procesos de definición y monitoreo de políticas de salud.
- * el contenido y el alcance de las reformas de salud introducidas
- * el contexto geopolítico

Para la realización adecuada de este tipo de análisis es de vital importancia contar con datos desglosados por sexo y otras categorías socioeconómicas claves que permitan identificar y ubicar desigualdades. Este desglose por sexo se refiere, tanto a las situaciones comunes a mujeres y hombres como a las que son exclusivas de uno u otro sexo. Cabe aquí resaltar la importancia que tiene desagregar la información por sexo para la conducción de un análisis de género. Tal desagregación es esencial para: (i) develar y caracterizar las *diferencias* por sexo en la salud y sus determinantes; (ii) estimar la magnitud de la distribución de la *carga de problemas* que limitan y recortan prematuramente la vida de mujeres y hombres; (iii) determinar para cada sexo el *balance entre contribuciones y compensaciones* por su respectivo trabajo en salud, y (iv) caracterizar el nivel de participación de mujeres y hombres en la toma de decisiones relacionadas con la salud en los niveles familiar, comunitario, sectorial y nacional.

Con base en esta información, el análisis de género examina las formas en que las desigualdades en los roles y el acceso a los recursos y el poder por parte de las mujeres y los hombres tienen un efecto diferencial sobre el estado de salud y la naturaleza de la participación de unas y otros en el desarrollo de la salud. Tal examen desborda la dimensión biológica de la reproducción y facilita la comprensión de cómo un problema o intervención en salud puede afectar diferentemente a las mujeres y los hombres.

A continuación se presenta un conjunto de criterios y reflexiones útiles para la selección y utilización de categorías de análisis (OPS, 2004), así

como un abanico de variables que, dependiendo de su disponibilidad y pertinencia para los fines del ejercicio respectivo, podrían incluirse en un análisis de género del contexto de las reformas de salud. Gran parte de los indicadores sugeridos se encuentran disponibles para cada país — nivel nacional— de la Región en el folleto estadístico bianual publicado por la OPS, *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos*. Más allá del desglose por sexo, y dependiendo de la disponibilidad de información en cada país, se insta a utilizar el desglose por edad y otras variables socioeconómicas, incluyendo pertenencia étnica. Las desagregaciones particulares que se mencionan en las siguientes listas obedecen, sin embargo, al conocimiento que se tiene respecto a su disponibilidad en la mayoría de los países.

Perfil demográfico

Un elemento básico para el cálculo de las necesidades de salud de una población se refiere a su estructura por edades, sus niveles de mortalidad y fecundidad y su distribución territorial. Desde una perspectiva de género, es esencial determinar los patrones de fecundidad de las mujeres en edad reproductiva y realzar las tendencias y los diferenciales etarios, socioeconómicos, étnicos y geográficos de este comportamiento. La dinámica de cambio en la estructura por edades permite hacer estimaciones y proyecciones sobre la carga de cuidado no remunerado que recae fundamentalmente sobre las mujeres, y que se asocia con la presencia de niños y de adultos mayores en el hogar. El envejecimiento de la población es particularmente relevante en el contexto de salud, no solo desde el ángulo de las discapacidades y las enfermedades crónicas, sino también de los requerimientos de cuidado. La importancia de políticas que concilien el trabajo con el cuidado del hogar, relevante para todos los hogares, se acrecienta para aquellos que son monoparentales. La estructura por causas de la mortalidad se examinará dentro del acápite de salud, y la participación laboral dentro del socioeconómico.

Los siguientes constituyen un conjunto mínimo de indicadores demográficos.

- * Población total por sexo y grupos de edad
- * Población urbana y rural, por sexo, grupos de edad, y pertenencia étnica (si disponible)
- * Población de mujeres de 15 a 49 años
- * Tasas de dependencia con respecto tanto a la población de menores como la de adultos mayores
- * Porcentaje de hogares monoparentales y de hogares encabezados por mujeres, según residencia rural o urbana
- * Tasa anual de crecimiento poblacional
- * Esperanza de vida al nacer, por sexo
- * Esperanza de vida a los 60 años, por sexo
- * Tasa global de fecundidad, según nivel de educación, residencia rural-urbana, y región geográfica
- * Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas, según nivel de educación, residencia rural-urbana, región geográfica y origen étnico
- * Porcentaje de población desplazada o migrante, por sexo, grupos de edad, región geográfica y origen étnico
- * Porcentaje de población con acceso a servicios básicos de agua y saneamiento, según residencia rural-urbana

Contexto social, económico, legal y político

El acceso a recursos tales como educación, empleo e ingreso son determinantes de las oportunidades de alcanzar y mantener la salud. Las desigualdades entre mujeres y hombres en esos factores tienden a reflejarse en su situación de salud y en el tipo de inserción que unas y otros tienen dentro del sistema.

Educación: El nivel educativo de las mujeres se destaca como la variable que marca diferenciales más amplios en la situación de su salud y la de sus hijos. Aunque los grandes avances en la educación han beneficiado de manera especial a las mujeres, existen todavía diferencias significativas en su contra, particularmente en las zonas rurales y en las poblaciones indígenas. La equidad de género en lo educativo no se refleja, sin embargo, en la participación y remuneración laborales ni en la participación política.

Trabajo: La mayor proporción de mujeres que de hombres en los sectores de pobreza está íntimamente ligada al patrón de trabajo diferencial por sexo. Por un lado, la centralidad social del rol doméstico de cuidado del hogar asignado a las mujeres limita su tiempo y sus oportunidades de participar en el mercado remunerado, y conduce a que la proporción de mujeres remuneradas sea considerablemente menor que la de los hombres. Por otro lado, la segmentación por sexo del mercado de trabajo hace que las ocupaciones predominantemente “femeninas” gocen de menor prestigio y remuneración. Adicionalmente, una proporción mayor de mujeres que de hombres participa en trabajos de tiempo parcial y en el sector informal, el desempleo femenino es mayor que el masculino, las mujeres perciben menor remuneración, incluso en aquellos trabajos para los que están igualmente calificadas, y su representación es minoritaria en los cargos directivos y en la categoría de empleadores. Esta desigualdad de género en el trabajo se refleja en disparidades en el acceso a ingresos propios y a beneficios directos de seguridad social generalmente vinculados al empleo formal. Es crítico destacar que las mujeres realizan el grueso del trabajo no remunerado que se cumple en el hogar y que es esencial para el mantenimiento de la fuerza de trabajo actual, la crianza de la futura y el cuidado de la envejecida. Este trabajo invisible representa un aporte sustantivo de las mujeres a las economías nacionales y al desarrollo humano, no obstante lo cual poco se ha avanzado en su cuantificación.

Participación política: En todos los países de la Región las mujeres constituyen una minoría en las instancias de toma de decisión tanto en el

poder ejecutivo como en el legislativo, situación que reduce la posibilidad de que sus intereses, perspectivas y necesidades sean representados en las políticas.

Legislación y políticas: Es de interés para el análisis de género inquirir sobre: la inclusión —en leyes y políticas pertinentes— de objetivos e indicadores relacionados con el logro de la igualdad entre mujeres y hombres; la existencia de planes de igualdad de oportunidades para las mujeres y los hombres, y la presencia e instrumentación de políticas para favorecer el acceso de las mujeres a la propiedad. De singular relevancia es la determinación del grado de avance del trabajo legislativo en relación con aquellos aspectos que afectan exclusiva o desproporcionadamente a las mujeres, como son el fuero maternal, la violencia de género, el divorcio, la paternidad responsable, y el acceso a la anticoncepción en general, a la anticoncepción de emergencia y al aborto seguro.

Instituciones gubernamentales para el avance de las mujeres: La creación de mecanismos nacionales orientados al logro de la equidad de género ha sido una constante en la Región. Sin embargo, no todos los países han asignado la misma relevancia a tales instancias y éstas varían, tanto en cuanto a su nivel de autonomía administrativa y financiera como también a su prestigio e inserción dentro de las estructuras de poder. Dichas instancias pueden jugar un rol importante en la definición de planes de igualdad de oportunidades, considerados como una medida estratégica para favorecer el desarrollo de acciones desde los distintos sectores.

Los siguientes indicadores y variables expresarían operacionalmente las categorías anteriores:

a. Nivel y distribución del ingreso

- ❖ Ingreso nacional bruto - producto interno bruto per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA)
- ❖ Razón de ingresos 20% superior/20% inferior

- ❖ Porcentaje de la población que vive bajo la línea nacional de pobreza
- ❖ Porcentaje de hogares encabezados por mujeres, desglosado según nivel de pobreza (no pobres, pobres e indigentes)

b. Educación

- ❖ Tasa de analfabetismo, por sexo, edad, residencia rural-urbana y origen étnico
- ❖ Promedio de años de estudio de la población de 15 a 24 años de edad, por residencia urbana-rural y origen étnico
- ❖ Existencia y contenido de programas de educación sexual

c. Trabajo y remuneración

- ❖ Tasa de participación en actividades económicas, por sexo, residencia rural-urbana y años de estudios
- ❖ Tasa de desempleo abierto, por sexo, residencia rural-urbana y origen étnico
- ❖ Porcentaje de la PEA ocupada en sectores de baja productividad, por sexo.
- ❖ Participación de la PEA ocupada en la categoría de empleadores, por sexo.
- ❖ Porcentaje de la PEA que trabaja más de 20 horas semanales, por sexo.
- ❖ Razón entre el ingreso laboral medio de las mujeres y el correspondiente a los hombres, según nivel educativo
- ❖ Porcentaje de personas entre 15 y 59 años que aportan a la seguridad social, según sexo
- ❖ Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben pensión de jubilación, por sexo
- ❖ Participación de la PEA ocupada en cargos directivos, por sexo
- ❖ Horas semanales de trabajo no remunerado por sexo, según residencia rural-urbana y estrato socioeconómico (en los casos en que existan Encuestas de Uso de Tiempo)

d. Participación política

- ❖ Porcentaje de mujeres en el Senado (Cámara Alta) del país
- ❖ Porcentaje de mujeres en Cámara Baja (Países bicamerales)
- ❖ Porcentaje de mujeres en cargos ministeriales
- ❖ Porcentaje de mujeres alcaldes
- ❖ Presencia de ONGs y grupos de mujeres organizados que participan en el debate político y abogan eficazmente por la igualdad de género

e. Marco legal

- ❖ Marcos regulatorios para eliminar discriminación por razones de género en el acceso a propiedad, vivienda y crédito
- ❖ Marcos regulatorios para eliminar discriminación por razones de género en el acceso actual a instrucción, y para promover la igualdad de género en el futuro desempeño laboral
- ❖ Disposiciones para evitar la deserción escolar por embarazo
- ❖ Reconocimiento de desigualdades de género en la protección social y medidas para cerrar brechas
- ❖ Status legal del divorcio
- ❖ Extensión y financiamiento de licencias maternales
- ❖ Existencia de legislación sobre paternidad responsable y licencias paternales
- ❖ Reglamentación del acceso y el financiamiento con respecto a guarderías infantiles
- ❖ Reglamentación del acceso y el financiamiento con respecto a centros de cuidado para adultos mayores
- ❖ Status legal del aborto, la esterilización femenina, la anticoncepción de emergencia y el acceso a anticonceptivos por parte de las mujeres adolescentes
- ❖ Existencia de ley de cuotas para elecciones legislativas y proporción de la cuota establecida
- ❖ Acuerdos relacionados con los derechos de las mujeres y las niñas firmados y ratificados por el gobierno

- ❖ Conocimiento y práctica de estos acuerdos en los ministerios competentes y las burocracias locales
- ❖ Leyes o planes de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
- ❖ Leyes y programas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres
- ❖ Vinculación del empleo al acceso a seguridad social
- ❖ Existencia, nivel de autonomía administrativa y financiera, prestigio e influencia de instituciones nacionales (ministerios, institutos, consejerías) dirigidas a promover la igualdad de género y el progreso de las mujeres.

La situación sanitaria

Bajo este acápite se incluiría la descripción de la situación sanitaria, tanto desde el ángulo de quienes utilizan los servicios de salud, como de quienes los prestan. La selección de condiciones o situaciones que facilitarían el correspondiente análisis de género obedecería a los siguientes criterios:

- * que sean exclusivas de uno u otro sexo (i.e., mortalidad materna, lactancia, cáncer de próstata, cáncer cérvico uterino, aborto, etc.);
- * que sean más prevalentes en uno de los sexos (i.e., osteoporosis, diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, obesidad, discapacidad en la vejez; enfermedades prevenibles por inmunización; suicidio, homicidio, accidentes de tránsito; provisión de cuidado no remunerado en el hogar, representación en estructuras de poder, voluntariado, etc.);
- * que tengan consecuencias (biológicas y sociales) diferentes según sexo (i.e., acceso a anticonceptivos, contaminantes ambientales, tabaquismo, alcoholismo, acceso a guarderías infantiles públicas, etc);
- * que entrañen factores de riesgo diferentes según sexo (i.e., violencia doméstica y callejera, salud ocupacional, VIH, etc.);

- * que requieran intervenciones particulares para cada sexo, y para subgrupos particulares dentro de cada sexo (i.e., provisión de distintos métodos de anticoncepción, atención del parto, prevención y atención de la violencia, incluyendo la violencia por parte de la pareja y la violencia sexual, licencia por maternidad, atención de la salud reproductiva y la salud mental en situaciones de desplazamientos forzados, etc.)
- * que afecten diferentemente a los sexos y a subgrupos dentro de cada sexo, en términos de barreras para el acceso a recursos y servicios (i.e., aseguramiento a través del empleo, permiso del marido para obtener esterilización, cobro por servicios de salud reproductiva, acceso a anticonceptivos durante la adolescencia, etc.)

Este tipo de perspectiva desborda los límites de la diferencia reproductiva entre los sexos e incluye las condiciones de salud de los hombres que son afectadas por las construcciones sociales de la masculinidad. Entre estas condiciones se destacan las relacionadas con la violencia social, la accidentalidad, las ocupaciones peligrosas, y las conductas de riesgo relacionadas con el tabaco, el alcohol y las drogas. Se subraya aquí la importancia de destacar la **salud sexual y reproductiva** en el análisis, atendiendo al efecto diferenciador de la reproducción y al hecho de que la posibilidad de decidir sobre la propia fecundidad ha sido reconocida por los Estados Miembros de las Naciones Unidas como el derecho básico que permite a las mujeres el ejercicio de los otros derechos. En efecto, sobre las mujeres recae la carga mayor de necesidades biológicas y sociales asociadas con la anticoncepción, el embarazo, el parto, el aborto y la lactancia. La visión de género implicará que las necesidades y las intervenciones respectivas se analicen no solo desde el ángulo biológico, sino también desde el de las capacidades y el poder de las personas para decidir sobre su propia sexualidad y su reproducción. Implicará también que estas necesidades e intervenciones se analicen para grupos excluidos o en condiciones críticas, como serían los adolescentes, los grupos poblacionales desplazados y los hombres.

Para fines analíticos, es importante reiterar tres aseveraciones hechas en el capítulo anterior: Primero, la igualdad de género en salud **no implica tasas iguales de mortalidad o morbilidad** sino la ausencia de brechas **evitables** y, por tanto, injustas en las condiciones de salud de mujeres y hombres. En tal sentido, el análisis deberá ponderar el grado en que las causas y consecuencias de esas brechas hubieran podido ser modificadas a través de intervención política. Segundo, la equidad de género en el acceso a la atención de la salud **no significa que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios**, sino que los recursos se asignen y se utilicen **diferencialmente** de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y cada grupo socioeconómico. Y tercero, la igualdad de género en la participación en el trabajo en salud comprende tanto el **trabajo remunerado como el no remunerado**, y tiene que ver con la justicia en la distribución de las responsabilidades, las compensaciones y las decisiones que determinan la agenda política de la salud.

- a. Con respecto a la población general, **beneficiaria o usuaria** de servicios de salud, la identificación de condiciones de salud-enfermedad que afectan diferencialmente a los sexos variará según las condiciones particulares del país y, en congruencia con principios de equidad, particular atención se dará a las condiciones prevenibles. Los siguientes indicadores corresponden a condiciones que han demostrado comúnmente un claro impacto diferenciador por sexo,
 - ❖ Tasas de mortalidad infantil, según nivel de educación y lugar de residencia de la madre.
 - ❖ Tasas de mortalidad para el grupo de 1 a 4 años, por enfermedades prevenibles, según sexo
 - ❖ Cinco primeras causas de mortalidad, por sexo y edad.
 - ❖ Tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, según sexo y edad
 - ❖ Tasas de mortalidad por accidentes cerebro vasculares, según sexo y edad

- ❖ Tasas de prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus, según sexo y edad
- ❖ Tasas de mortalidad por cáncer del pulmón, según sexo y edad
- ❖ Tasas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, según sexo y edad
- ❖ Tasas de prevalencia de obesidad, según sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de prevalencia de deficiencias nutricionales por sexo, según grupo de edad y residencia rural-urbana
- ❖ Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia ferroporiva
- ❖ Tasas de prevalencia de hipertensión, según sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad por cáncer de mama, según grupo de edad, nivel de educación y lugar de residencia.
- ❖ Tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad por cáncer de próstata, según grupo de edad, nivel de educación y lugar de residencia.
- ❖ Tasas de mortalidad por accidentes, según sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de mortalidad por homicidio, según sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de mortalidad por suicidio, según sexo y grupo de edad
- ❖ Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia por parte de su cónyuge en el hogar, según edad y nivel educativo
- ❖ Tasas de alcoholismo, por sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de consumo de tabaco, por sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de consumo de sustancias, por sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de depresión, por sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de intoxicación por contaminación ambiental (plaguicidas y otros químicos), por sexo y grupo de edad
- ❖ Tasas de prevalencia de otras enfermedades y lesiones ocupacionales, por sexo y grupo de edad, incluyendo enfermedades y lesiones ligadas al desempeño de actividades domésticas y de provisión de cuidados de la salud dentro del hogar
- ❖ Tasas de prevalencia de enfermedades osteo- musculares, por sexo y grupo de edad

- ❖ Porcentaje de personas mayores de 60 años, que experimentan discapacidad, según sexo, edad y estrato socioeconómico
- ❖ Existencia de historias médicas que permitan dilucidar las condiciones diferenciadas por sexo que conducen a la enfermedad y la discapacidad y, luego, a la recuperación de la salud
- ❖ Existencia de programas de prevención y atención de condiciones no limitadas a las edades y salud reproductivas, en los que se considere la situación particular de las mujeres —y los hombres (i.e., salud ocupacional, salud mental, violencia de pareja. enfermedades crónicas)

Salud sexual y reproductiva

- ❖ Tendencias y diferenciales de la fecundidad (ya señalados en la sección sobre indicadores demográficos)
 - ❖ Tasa global de fecundidad, según nivel de educación, residencia rural-urbana, y región geográfica
 - ❖ Porcentaje de mujeres adolescentes que son madres o están embarazadas, según nivel de de educación, residencia rural-urbana, región geográfica y origen étnico
- ❖ Promedio de meses de espaciamiento entre los nacimientos, según grupos de edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre
- ❖ Promedio de hijos por mujer en edades específicas, según grupos de edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre
- ❖ Tasa de mortalidad materna, según grupos de edad, educación y lugar de residencia de la madre
- ❖ Tasas de incidencia y mortalidad por aborto inseguro, según grupo de edad de la mujer y estrato socioeconómico
- ❖ Tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad por VIH, según sexo, grupos de edad, nivel de educación y lugar de residencia
- ❖ Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia sexual, dentro o fuera del hogar, según edad y nivel educativo de la mujer o estrato socioeconómico del hogar

- ❖ Tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, según grupos de edad, nivel de educación de la mujer o estrato socio económico del hogar y lugar de residencia.
 - ❖ Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado, según grupo de edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre
 - ❖ Porcentaje de embarazos atendidos por personal calificado, según grupo de edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre
 - ❖ Porcentaje de nacimientos por cesárea, según grupos de edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre
 - ❖ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos anticonceptivos femeninos y masculinos, por tipo de método, grupo de edad, nivel de educación, lugar de residencia de la mujer, y origen étnico
 - ❖ Acceso legal y efectivo a anticoncepción de emergencia, destacando al grupo de adolescentes
 - ❖ Porcentaje de necesidad de anticoncepción insatisfecha, según grupo de edad, nivel de educación, residencia rural-urbana de la mujer, y origen étnico. Atención particular requiere el grupo adolescente.
 - ❖ Porcentaje de mujeres mayores de 35 años que se han practicado la prueba de Papanicolau en los últimos tres años.
 - ❖ Existencia y contenido de programas de educación sexual
 - ❖ Existencia de programas de prevención del cáncer cérvico uterino y de mama
 - ❖ Existencia de programas de prevención y atención de la violencia sexual y doméstica contra las mujeres
- b. Desde la perspectiva de los *recursos humanos en salud*, los siguientes serían algunos de los indicadores básicos para analizar la igualdad de género:
- ❖ Composición porcentual por sexo del personal en salud en las distintas profesiones y niveles de decisión

- ❖ Remuneración del personal de salud en las distintas categorías profesionales y de niveles de decisión, según sexo
- ❖ Ejemplos ilustrativos de la composición porcentual por sexo de los comités locales que definen prioridades y asignan recursos
- ❖ Ejemplos ilustrativos de la participación por sexo en el desarrollo de trabajo de promoción de la salud en las comunidades
- ❖ Composición porcentual por sexo de graduados en las profesiones de salud
- ❖ Contribución del trabajo de cuidado no remunerado de la salud (de niños, enfermos, discapacitados, y adultos mayores) a la atención total de la salud (cifras derivadas de encuestas y estudios de uso del tiempo en el contexto particular de la salud).
- ❖ Programas de apoyo a los cuidados de salud provistos en el hogar.

El sistema y las políticas de salud

La caracterización de los sistemas nacionales de salud se asienta en dos elementos fundamentales: el nivel económico del país y el grado en que el Estado asume responsabilidad por la provisión, el financiamiento, la organización y la regulación de los servicios. De central relevancia en este contexto es la prioridad asignada a los servicios de salud sexual y reproductiva, la integralidad de estos servicios y las modalidades para su financiamiento. No menos importantes son las medidas que garantizan la protección social desligada del empleo. En este escenario, se caracterizarán las reformas introducidas en las dos últimas décadas, el nivel de influencia de los actores que contribuyeron a su definición, y el tipo de procesos de consulta que tuvieron lugar entre los mismos. Los siguientes son algunos elementos útiles para este propósito:

- * Gasto nacional en salud como porcentaje del PIB
- * Gasto per cápita en salud
- * Fuentes de financiamiento del sistema de atención

- * Financiamiento de los denominados servicios básicos de salud y de los servicios de anticoncepción y atención materna.
- * Grado de participación del Estado en el financiamiento de los servicios de la salud
- * Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud
- * Cobertura total de los servicios de salud, por tipos de cobertura
- * Grado de participación del Estado en la provisión y organización de los servicios de salud
- * Existencia y vigilancia de marcos regulatorios estatales que prohíban la discriminación por razones de género en el acceso, la provisión de determinados servicios, y el financiamiento de los servicios por parte del Estado y del sector privado
- * Nivel de participación de grupos organizados de la sociedad civil en la definición de agendas nacionales y locales
- * Prioridad política y financiera asignada a los programas de maternidad segura
- * Naturaleza de los cambios introducidos por las reformas del sector salud en los mecanismos de financiamiento y de gestión de personal, en la definición de prioridades con respecto a la garantía de servicios, en los mecanismos de organización de los servicios, y en el nivel de responsabilidad del Estado en la provisión, financiamiento y regulación de los servicios
- * Nivel de participación e influencia de donantes externos, instituciones religiosas y el movimiento de mujeres en la definición de agendas y vigilancia del cumplimiento de las mismas
- * Consideración explícita de acuerdos internacionales relacionados con la igualdad de género y los derechos de las mujeres y las niñas en la formulación e implementación de los planes nacionales de salud y las políticas de reforma sanitaria
- * Normativas en los servicios que atiendan especificidades de género explícitamente mencionadas.
- * Políticas de protección social en salud dirigidas a grupos vulnerables o prioritarios que contemplen especificidades de género

Finalmente, pero no menos prominente, es el contexto geopolítico mayor en el cual se inserta el país, donde deben distinguirse tres dimensiones (Ravindran, 2002).

- * La política, referida a la capacidad de negociación del país en el plano internacional
- * La económica, relacionada con el nivel de deuda externa y de estabilidad financiera
- * La histórica, asociada al rol pasado del Estado en la salud y el desarrollo social.



IV. CAMPOS DE OBSERVACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

CAMPO DE OBSERVACION 1: LA INTERSECTORIALIDAD

La salud y la forma como ésta se distribuye dentro de la población son una medida clave de justicia social. Esta sección se refiere a la forma en que los principales factores *determinantes de la salud y de la distribución del estado de salud dentro de la población* se integran en las políticas del sector.

Aunque los factores determinantes de la salud y su distribución son generalmente abordados por otras políticas y programas sectoriales, corresponde al sector salud la responsabilidad continuada de crear conciencia respecto a los efectos potenciales de las políticas de otros sectores sobre la salud, así como de liderar esfuerzos de colaboración entre tales sectores en pro de la salud y la equidad de su distribución en la población. La acción intersectorial por la salud se refiere, entonces, a las relaciones que se crean entre los sectores de la sociedad con el fin de tomar acciones para el mejoramiento de los resultados de salud, de manera que tales acciones tengan mayor potencial que si el sector salud actuara solo.

Dos son los tipos de determinantes que se distinguen en el análisis de la salud: los *estructurales* que generan estratificación (ingreso, educación, género y etnia) y los *intermediarios*, que fluyen de la estratificación y determinan, a su vez, diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a riesgos para la salud (condiciones de vida, condiciones de trabajo, disponibilidad de alimentos, barreras para adoptar estilos de vida saludables, disponibilidad y acceso a servicios de salud) (WHO, 2005).

Aunque la intersectorialidad es generalmente de más fácil implementación en el nivel local, las esferas más altas de gobierno tienen la obligación de encarar las causas estructurales de la mala salud que afectan más adversamente a los grupos en desventaja social.

Esta sección examina, dentro del contexto de colaboración intersectorial para el mejoramiento de la salud, las acciones que contribuyen a eliminar las inequidades de género en el ámbito de la salud. Considera las medidas tomadas para promover la colaboración entre distintos sectores de gobierno y sociedad civil en ámbitos claves que determinan o influyen sobre la salud y que son particularmente relevantes desde la perspectiva de eliminación de desigualdades de género. Aunque se sugiere el examen de ciertos ámbitos de acción, la determinación final de ámbitos y temas apropiados dependerá de las condiciones de cada país y del propósito del ejercicio.

Entre las esferas clave de acción intersectorial para el mejoramiento de la salud y el avance de la igualdad de género figuran educación, trabajo, seguridad social, justicia, agua y saneamiento, nutrición, hacienda, estadísticas e igualdad de oportunidades para las mujeres. Más allá de los organismos gubernamentales en estas áreas, es necesario considerar la participación de grupos de la sociedad civil dedicados a la defensa del derecho a la salud y la igualdad de género.

* **Educación:** El acceso a la educación está fuertemente asociado al em-

poderamiento de las mujeres. Las mujeres educadas adquieren más capacidades para mejorar su propia salud y la de sus familias, romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza y salir de situaciones de violencia doméstica. La educación eleva el potencial para generar ingresos, determinar el uso de recursos dentro del hogar y participar en decisiones políticas que inciden sobre la salud. La educación sexual es un componente clave en este ámbito.

- * **Trabajo:** El patrón diferencial de trabajo según sexo se expresa en las asimetrías entre mujeres y hombres respecto al acceso y el control sobre los recursos para la salud, tanto en el nivel comunitario como dentro de la familia. Las mujeres desempeñan la mayor parte del trabajo no remunerado que se asocia con el mantenimiento del hogar y el cuidado de niños, enfermos y adultos mayores dentro del mismo, responsabilidad que limita sus oportunidades de participación en el mercado laboral remunerado. Las mujeres que participan en el mercado de trabajo se concentran en ocupaciones de menor remuneración y mayor precariedad laboral —la mayoría dentro de las ocupaciones estacionales, de tiempo parcial y del sector informal, generalmente no cubiertas por la *seguridad social*— y experimentan tasas más altas de desempleo que los hombres. Además, están sujetas a la doble demanda sobre su tiempo y su salud impuesta por el desempeño del trabajo doméstico y el remunerado.
- * **Seguridad social:** En la medida que el empleo formal se constituya en condición de afiliación a sistemas de seguridad social, el patrón de trabajo arriba descrito situará en desventaja a las mujeres frente a la posibilidad de constituirse en titulares del derecho a la protección social. Su mayor participación como beneficiarias está sujeta frecuentemente a beneficios disminuidos y a la vulnerabilidad a la desprotección derivada de la pérdida de empleo, la muerte o la deserción del cónyuge. La invisibilidad económica del trabajo no remunerado en el hogar se traduce a su vez en la invisibilidad de éste en esquemas de manejo de riesgo laboral.

- * **Justicia:** La violencia contra las mujeres por parte de los hombres es la expresión más cruda de la desigualdad de poder entre los sexos y afecta a una de cada tres mujeres en la Región. Con frecuencia se convierte en causa de discapacidad y muerte, embarazos no deseados, complicaciones del parto y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Encarar la violencia doméstica ha sido considerada como un marcador clave de intersectorialidad, ya que demanda acciones de todos los sectores, particularmente de justicia, educación y salud, y de la comunidad. Dado que el sistema de salud constituye a menudo la puerta de entrada más frecuente para las víctimas de abuso, su abordaje bio-psico-social es indispensable dentro de criterios de justicia y equidad de género.
- * **Medio ambiente.** Las mujeres y los hombres participan de distintas maneras en el uso de los recursos naturales y contribuyen en distinta medida, tanto a la degradación ambiental como a su preservación y conservación. La división sexual del trabajo que asigna a las mujeres la responsabilidad diaria de mantener el hogar se traduce en una considerable inversión de tiempo que limita su participación en la esfera pública. En el caso de las mujeres pobres, esta inversión es aún más onerosa en tanto las condiciones de infraestructura pública en la mayoría de los países o regiones pobres tienden a ser demasiado precarias. El tiempo que las mujeres y las niñas gastan en estas tareas puede reducirse drásticamente con infraestructuras apropiadas, aumentando así sus oportunidades de autonomía económica y participación política. Dos tipos de infraestructura son particularmente críticos para la calidad de vida de las mujeres: agua y transporte.
- * **Agua:** Las condiciones inadecuadas de infraestructura en esta área tienen efectos adversos para la salud de toda la población y consecuencias desproporcionadamente negativas para las mujeres, quienes son las principales usuarias de agua en el hogar. Las mujeres no sólo tienden a ser las principales responsables del acarreo del agua (ya sea de ríos, fuentes o vehículos de dis-

tribución) cuando ésta no llega a la vivienda, sino también de su tratamiento y uso para satisfacer las necesidades de alimentación y de higiene del hogar y sus miembros, sobre todo porque el agua es una causa frecuente de morbilidad. El acceso a agua potable en las viviendas representa, entonces, un elemento básico de alivio de la carga de trabajo no remunerado que recae sobre las mujeres, y también de prevención de dolencias asociadas con tal acarreo, tales como lumbalgias y otros dolores crónicos.

- ❖ **Transporte:** Por su mayor necesidad de servicios, su responsabilidad por el cuidado de los hijos y su menor acceso a ingresos económicos, las mujeres pueden ser afectadas desproporcionadamente por el costo del transporte donde no existen condiciones que faciliten su acceso geográfico a los servicios de salud. Dicho impacto se exagera entre las más pobres, para quienes tales costos pueden resultar en una disminución de la búsqueda de atención en momentos tan críticos como el embarazo.
- * Otros cuatro sectores que no pueden escapar a un análisis de intersectorialidad para el logro de objetivos de equidad de género son los

siguientes: hacienda o economía, agricultura, estadísticas, y asuntos de género o de las mujeres. Es en los ministerios de economía y en las instancias encargadas de la planificación, en donde se definen las prioridades para la **asignación macro de recursos**. La desnutrición y particularmente la anemia en mujeres embarazadas ponen de relieve la necesidad de acciones coordinadas para la formulación de políticas de **seguridad alimentaria**. Estas políticas se deben orientar a garantizar una adecuada nutrición durante todas las etapas del ciclo vital de tal manera que la mala nutrición no exacerbe vulnerabilidades como la anemia en el embarazo y/o el bajo peso al nacer. Los Institutos Nacionales de **Estadísticas** son de crítica importancia para la generación de información pertinente y con el detalle requerido en estadísticas vitales, censos y encuestas, de manera que puedan hacerse visibles y objeto de seguimiento, las diferencias de género en distintos contextos de política. Obviamente, los ministerios u oficinas gubernamentales y los grupos de la sociedad civil concernidos con la **igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres** serían actores obligados en acciones intersectoriales dirigidas a la eliminación de discriminaciones de género.

□ CUADRO 1. La intersectorialidad

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Plan de salud	Plan nacional de salud comprende diagnóstico, objetivos e indicadores asociados con igualdad de género, y es elaborado con participación de otros sectores y de la sociedad civil, incluyendo representantes del movimiento de mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay un reconocimiento específico dentro del Plan, respecto de la necesidad de identificar y abordar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a necesidades, conocimientos, oportunidades y compensaciones en el ámbito de la salud? • ¿Contempla el Plan un diagnóstico, objetivos e indicadores que permitan identificar y responder a diferencias de género? • ¿Se han definido actores responsables en distintos sectores? • ¿Qué sectores de gobierno y sociedad civil participaron en la elaboración del Plan? • ¿Existen mecanismos para desarrollar esfuerzos intersectoriales por el mejoramiento de la salud? • ¿La descentralización ha afectado la cooperación intersectorial? ¿Cómo? • ¿Las mujeres están influyendo más o menos que antes en las agendas locales?
Educación	<p>Las políticas de salud consideran el impacto de la educación sobre la salud y se adhieren a objetivos de lograr una proporción alta y similar de jóvenes de ambos sexos que completen la educación primaria y secundaria en las zonas rurales y urbanas, y en poblaciones indígenas, negras y desplazadas.</p> <p>Las políticas educativas, respaldadas por el sector salud, incluyen planes o programas de educación en salud sexual con contenidos que apuntan al respeto por los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género. Estos contenidos se reflejan en los currículos de las instituciones públicas y privadas, y en su planificación han participado grupos de la sociedad civil que defienden la igualdad de género.</p> <p>Existen disposiciones que previenen la deserción escolar de niñas adolescentes por razones de embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué acciones se han promovido y qué estímulos se han creado para reducir las brechas de escolaridad entre los sexos en los distintos grupos de población? ¿Existen instancias o mecanismos de coordinación y toma de decisión para adelantar este objetivo en los niveles nacional y local en los que participe el sector salud? • ¿Existen planes de trabajo conjunto entre los sectores salud y educación para promover la educación en salud? • Dentro de este contexto, ¿se han definido planes para promover la educación sexual? • ¿Se han definido, metas, actores responsables y presupuesto en los planes de educación sexual? • ¿Han participado grupos de la sociedad civil y del movimiento de mujeres en la definición de esos planes? • ¿Está prohibida la expulsión escolar de niñas embarazadas? • ¿Se están tomando medidas efectivas para evitar la deserción y las expulsiones escolares asociadas con el embarazo de estudiantes y profesoras? • ¿En qué medida es participe el sector salud en estas iniciativas?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Trabajo y seguridad social</p>	<p>La protección social en salud y seguridad social son universales, no dependen del status laboral de las personas.</p> <p>Los riesgos asociados con trabajos informales o estacionales, y con el trabajo no remunerado de cuidado del hogar, y de cuidado de enfermos y discapacitados se consideran riesgos ocupacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué medidas se están tomando para favorecer el acceso a la atención de la salud por parte de las poblaciones de menores recursos y de las empleadas en el sector informal? • ¿Se han tomado medidas para rectificar las desventajas laborales de las empleadas del servicio doméstico? ¿Existe licencia de maternidad para estas empleadas, y cómo se financia? • ¿Tienen las amas de casa acceso por derecho propio, o solo a través de su dependencia de titulares?. • ¿Se priorizan poblaciones en situación de particular vulnerabilidad de acuerdo al contexto? (indígenas, población negra, desplazadas, migrantes, etc.) • ¿Existen mecanismos, administrados por el Estado, que garanticen el pago de licencias por maternidad a TODAS las mujeres? ¿Quién financia las licencias maternales? ¿Qué implicaciones para el empleo de las mujeres tiene este financiamiento? • ¿Existen o se han propuesto mecanismos de protección del empleo (fuero maternal) para las mujeres durante el embarazo y el postparto? • ¿Se ha legislado en favor de la licencia por paternidad? • ¿Se consideran como riesgos ocupacionales los riesgos derivados de empleos específicos en el sector informal, particularmente en servicios domésticos remunerados? • ¿Se toman en cuenta los riesgos asociados con el trabajo doméstico no remunerado que se realiza en el hogar, particularmente el relacionado con el cuidado de la enfermedad y la discapacidad física y mental?
<p>Justicia y legislación</p>	<p>Existen leyes y mecanismos efectivos de implementación y coordinación de todos los sectores, para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y para la atención de sus víctimas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha realizado una discusión amplia sobre la violencia doméstica, en la que participen actores claves como justicia, educación, medicina legal y salud y medios de comunicación? • ¿Existen normas y protocolos para la prevención y atención de la violencia doméstica en los sectores involucrados? • ¿Se han desarrollado acciones especiales al interior de la policía y las comisarías de familia? • ¿Hay sistemas de referencia entre los sectores de salud, justicia y de la mujer, para la protección transitoria de las víctimas de violencia? • ¿Se han desarrollado campañas para la prevención y el reconocimiento social de la violencia como una violación de los derechos humanos de las mujeres en las que participe el sector salud?

CUADRO 1. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Justicia y legislación (cont.)	<p>Existen y se aplican medidas para garantizar la paternidad responsable.</p> <p>Existe una legislación que garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, cuya elaboración ha sido liderada por el sector salud y ha contado con la participación de la sociedad civil, particularmente del movimiento de mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen medidas efectivas para garantizar y auditar el cumplimiento de la entrega de la cuota paterna para el mantenimiento de los hijos que quedan bajo la custodia de la madre. • ¿Qué medidas existen para garantizar el acceso a la anticoncepción a todas las mujeres y hombres, sin distinción de edad, estado civil, y capacidad económica? • ¿Qué medidas existen para garantizar el acceso de las mujeres al aborto seguro en aquellos países donde es legal? ¿Qué mecanismos existen para garantizar el acceso al tratamiento humanitario de las complicaciones del aborto inseguro?
Ambiente e infraestructura de servicios básicos	<p>Existen políticas para reducir las brechas en el acceso a servicios básicos tales como agua, saneamiento y abastecimiento de combustibles para uso doméstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué porcentaje de hogares tienen acceso a servicios de agua potable y saneamiento? • ¿Qué mecanismos de provisión de agua se han creado en estas zonas? • ¿Se considera en el diseño de políticas en el sector de infraestructura la necesidad de reforzar la educación preventiva en los hogares que no tienen acceso al agua potable? • ¿Qué mecanismos se han creado a fin de reducir las brechas de abastecimiento de combustibles para uso doméstico? ¿Se han encarado los riesgos para la salud que se derivan de tal uso?
Transporte	<p>El Ministerio de Transporte ha tomado medidas para eliminar o reducir los costos en el transporte público para las mujeres embarazadas o con niños menores de cinco años.</p> <p>Existen medidas y mecanismos efectivos de seguridad vial para prevenir accidentes de transporte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se han identificado poblaciones particulares que requieren subsidio del Estado para garantizarles el acceso al transporte público? • ¿Qué medidas se han tomado para mejorar los caminos que conducen a las zonas donde están ubicadas las instituciones de salud? • ¿Existen rutas de transporte que privilegien el destino a las instituciones del sector salud con miras a facilitar el acceso?. • ¿Existen y se aplican efectivamente leyes y mecanismos relacionados con uso de cinturones de seguridad y límites de velocidad vial?
Nutrición	<p>El país está trabajando hacia la definición de políticas de seguridad alimentaria que aborden específicamente las necesidades diferenciales de mujeres y hombres en las distintas etapas del ciclo vital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera la política de seguridad alimentaria la situación nutricional diferencial de mujeres y hombres, niños y niñas? ¿Se reconoce que los requerimientos nutricionales son mayores para las mujeres y se responde sobre esta base? • ¿Se han tomado medidas específicas para abordar la anemia en las mujeres, no solo durante el embarazo y la lactancia, sino antes de que estas deficiencias sean ya difíciles de corregir?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Información estadística</p>	<p>Las instancias nacionales responsables de la producción de estadísticas y realización de encuestas y censos recogen, analizan, compilan y presentan periódicamente datos desglosados por edad, sexo e indicadores socioeconómicos –que incluyen salud y atención de la salud– para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas y programas (Naciones Unidas, Beijing 1995).</p> <p>Las estadísticas se refieren no solo a los hogares, sino también a las personas, y reflejan los problemas y cuestiones relativos a las mujeres y los hombres (Naciones Unidas, Beijing 1995).</p> <p>Se asegura la participación de las organizaciones y centros de investigación sobre género en la elaboración y prueba de indicadores y métodos de investigación adecuados para mejorar el análisis de género y la vigilancia de las políticas pro igualdad de género – incluyendo las relacionadas con salud (Naciones Unidas, Beijing 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se recoge, analiza, consolida y publica información desagregada por sexo en todas las fuentes oficiales? • ¿Qué acuerdos existen entre estas instancias estadísticas y el sector salud? • ¿Qué medidas se han tomado para resolver los problemas de la calidad de la información relacionada con los indicadores de mortalidad materna? • ¿Se incluyen en las encuestas de demografía y salud temas como la nutrición y la violencia contra las mujeres? • ¿Se desglosa por individuo la información del hogar respecto a la utilización de servicios de salud y gasto en salud. • ¿Se han incluido en las encuestas de hogares y censos preguntas relativas al uso del tiempo en el hogar por parte de las mujeres y particularmente en relación con el cuidado de sus miembros? • ¿Existen iniciativas para cuantificar y valorar económicamente el trabajo no remunerado doméstico y de atención de la salud (enfermos, adultos mayores, discapacitados) que se realiza en el hogar –fundamentalmente por mujeres– y que contribuye al sistema de atención de la salud? • ¿Qué organismos no gubernamentales han participado efectivamente en la elaboración y prueba de indicadores y métodos de investigación relacionados con salud y uso del tiempo?
<p>Mecanismos para promover objetivos de igualdad de género</p>	<p>Las Oficinas de Asuntos de la Mujer o de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres, tienen un rol efectivo en la formulación y fiscalización de políticas sectoriales para que éstas contribuyan a promover la igualdad entre hombres y mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué autonomía administrativa y financiera tienen estas oficinas dentro del Estado? • ¿Qué vínculos de colaboración se han creado entre estas oficinas y el sector salud? • ¿De qué manera participan estas oficinas en los procesos de diagnóstico de situación y formulación de políticas? • ¿Qué mecanismos existen para auditar el cumplimiento de las políticas sectoriales en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 2: EL ACCESO AL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El logro de equidad en el acceso a servicios exige, por un lado, la disponibilidad de la oferta necesaria y oportuna para proveer servicios y, por el otro, la identificación y eliminación de barreras económicas, culturales, legales e institucionales que impiden que ciertas categorías o grupos socioeconómicos puedan utilizar los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades. El concepto de exclusión social en salud se refiere a la falta de acceso de ciertos grupos de personas a los varios bienes, servicios y oportunidades de que disfrutaban otros grupos de la sociedad (OPS, 2003). Este componente y los dos siguientes incluirán diferentes aspectos de la exclusión social en salud ligada a factores de género. El énfasis de este componente se colocará sobre los distintos tipos de barreras que limitan el acceso al sistema de atención. Los dos siguientes se referirán a las desigualdades en el acceso a beneficios dentro del sistema y a la calidad de la atención recibida. Los tipos y grados de exclusión asociados con factores de género variarán, por supuesto, de acuerdo con el contexto socioeconómico en que opera el sistema.

Barreras económicas

Acceso a la titularidad en el aseguramiento

La equidad en el acceso a servicios exige reducir al mínimo las barreras financieras mediante una combinación de servicios de salud y esquemas de aseguramiento financiados por el sector público. En este componente se analizarán las formas en que los factores de género funcionan como base para la exclusión categórica de la titularidad de los beneficios de ciertos programas de aseguramiento y protección social. Esto, en razón de que el género está imbricado en los determinantes clave del acceso a tales programas, como es el estatus laboral. En muchos países, una gran

parte de la población se inserta en el sector informal de la economía y no tiene acceso a esquemas formales, incluyendo la cobertura de atención por maternidad u otras necesidades de salud reproductiva.

Las mujeres son particularmente vulnerables a la exclusión respecto a la titularidad de beneficios de los programas de protección social. En la Región, como se ha mencionado anteriormente, una alta proporción de mujeres trabaja en el sector informal, particularmente en el servicio doméstico, y se emplea en los trabajos de tiempo parcial y estacional. Más del 50% de las mujeres en edades económicamente activas están fuera de la fuerza laboral remunerada y dependen de otros miembros de la familia para la cobertura formal de sus necesidades de salud. Tal situación constituye un motivo importante de preocupación, particularmente en los contextos donde existen niveles altos de inestabilidad conyugal, y en donde la cobertura de beneficios para los dependientes, o no existe, o es menor que la asignada a los titulares. Adicionalmente, en los casos en que las mujeres sin vinculación laboral reciben, por derecho propio, atención a su salud, tal atención tiende a reducirse a la estrictamente relacionada con la maternidad y a focalizarse en ciertos sectores socioeconómicos (seguros materno-infantiles). En consecuencia, los criterios de titularidad en los sistemas de aseguramiento público y privado tienen profundas implicaciones de género respecto al acceso a atención de la salud.

Capacidad de pago

La equidad en el acceso a servicios supone la disponibilidad y utilización de los servicios de acuerdo con la necesidad, e independientemente de la capacidad de pago. Las políticas que abordan la eliminación de las barreras impuestas por la capacidad de pago serán discutidas en el

Campo de Observación 4, sobre financiamiento equitativo de la atención de la salud. Baste subrayar en esta sección la necesidad de que las políticas consideren los cuatro puntos siguientes. (1) Las mujeres como colectivo tienen una menor capacidad económica que los hombres, situación íntimamente vinculada a las diferencias por sexo en los patrones de trabajo de la población. (2) Los costos asociados con la atención de la salud incluyen no solo los directos (no subsidiados) que se relacionan con consultas, exámenes, medicamentos y cuotas de aseguramiento, sino también los indirectos, que se refieren a tiempo y transporte. Unos y otros costos afectan más adversamente a las mujeres en razón de su mayor necesidad de servicios — particularmente en el área reproductiva— y su menor capacidad económica. (3) El aseguramiento es un determinante clave del acceso y la utilización de servicios y, como resultado de la inserción desventajosa de las mujeres en la fuerza laboral, éstas acceden por derecho propio a aseguramiento en menor proporción que los hombres. (4) Las barreras económicas se exacerban para algunos subgrupos de mujeres que experimentan exclusiones múltiples ligadas a la pobreza, el origen étnico, la edad, el desplazamiento forzado y las situaciones de conflicto y guerra, entre otras.

Barreras socioculturales

Estas barreras se refieren a las limitaciones que imponen las familias y la sociedad frente a la búsqueda y utilización de servicios de salud. El acceso de las mujeres puede ser obstaculizado, en mayor medida que para los hombres, por recursos limitados de tiempo y de poder de decisión. La escasez de tiempo se deriva de la doble jornada que muchas de ellas tienen que cumplir en desempeño de sus roles laborales y domésticos. Y la desigualdad de poder entre mujeres y hombres se expresa en la falta de libertad que, experimentan las mujeres de algunos grupos poblacionales, con respecto a la posibilidad de decidir sobre el uso de los recursos económicos del hogar, el acudir a los centros de salud y utilizar determi-

nados servicios (tales como anticoncepción) e, incluso, el salir del hogar sin que medie el permiso del esposo o de un pariente mayor. En algunos contextos sociales operan también otros factores culturales e ideológicos, tales como las barreras de pudor en contra de que las mujeres sean examinadas por profesionales masculinos, y la subestimación de las necesidades de salud de las mujeres y las niñas en comparación con las necesidades de los hombres y los niños. Cifras arrojadas por las Encuestas de Demografía y Salud y algunas investigaciones han revelado tasas más bajas de utilización femenina, particularmente entre las niñas pobres, como resultado de la distribución desigual de recursos dentro del hogar. Adicionalmente, la evidencia sugiere que las construcciones sociales de la masculinidad constituyen una barrera para la búsqueda oportuna de servicios de salud. Las reformas sanitarias pueden abordar estos temas de diversas maneras, por ejemplo mejorando la capacidad del sistema para ofrecer la opción de elegir proveedores del mismo sexo del consultante, aboliendo los requisitos de consentimiento de terceros o y reduciendo tiempos de espera en los establecimientos de salud.

Barreras normativas

Este tipo de barreras se desprende de legislaciones, marcos normativos institucionales y prácticas culturales institucionalizadas que suelen ser restrictivos en materia del ejercicio de derechos reproductivos particularmente para las mujeres y los/as adolescentes. Entre tales barreras figuran las limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos por parte de adolescentes, las prohibiciones en materia de anticoncepción de emergencia, la solicitud de autorización del cónyuge para procedimientos como la ligadura de trompas, o la imposición de ciertos requisitos para la esterilización femenina, tales como límites de edad y número de hijos; la penalización del aborto; y la ausencia de protocolos que establezcan criterios para el manejo de las complicaciones derivadas del aborto inseguro.

Barreras institucionales

Las políticas deben encarar la presencia de barreras institucionales que impiden o limitan el grado de utilización de los servicios y que, según el contexto nacional o subnacional, pueden ejercer un efecto diferencial sobre los sexos. Se incluyen bajo este acápite dos tipos de barreras: primero, las relacionadas con los establecimientos mismos, tales como ubicación geográfica, infraestructura física y horarios de atención, y segundo, las que tienen que ver con quienes prestan la atención, por ejemplo, las actitudes hacia las y los usuarios, y la disponibilidad de proveedores del mismo sexo que el o la consultante. Nótese que estos temas son igualmente aplicables a la prestación de servicios de los sectores público y privado.

En el nivel de las **instituciones** prestadoras, las barreras tienen que ver con problemas de infraestructura física —tales como baños, salas de espera, y espacios que permitan la privacidad—, horarios de atención adaptados a las jornadas de trabajo (remunerado y no remunerado) de los/as usuarios/as, y provisiones que faciliten el transporte a los centros. En este contexto es también importante examinar las barreras que puede presentar la composición de la oferta de servicios. En dicha composición debe reconocerse la presencia o ausencia de ciertos servicios que

responden a las necesidades particulares de las distintas etapas del ciclo vital, por ejemplo: la mezcla de métodos anticonceptivos que se adapten a las edades y condiciones particulares de las personas; la inclusión de hombres en los programas de salud sexual y reproductiva; la detección, prevención y el manejo de la violencia de género; la salud mental; y la salud ocupacional que incluye los riesgos asociados, no solo con el trabajo remunerado, sino también, con el trabajo no remunerado de cuidado que se cumple dentro del hogar. Relevante en el sentido de la oferta y de la calidad de la atención como barrera institucional es, también, la falta de investigación y educación sobre síntomas y otros patrones de enfermedad género-específicos.

Desde el ángulo de las **personas** prestadoras, las barreras se refieren a actitudes y conductas entre los/as proveedores/as que no responden a principios de respeto y conocimiento sobre las necesidades particulares de mujeres y hombres en contextos de diversidad marcada por edad, estrato socioeconómico, etnia, orientación sexual y discapacidad. Se refieren también a la escasa información que sobre sus derechos suele entregarse a las mujeres durante el proceso de atención. Finalmente, como ya se mencionó, en algunos contextos es relevante la disponibilidad de proveedores/as del mismo sexo del consultante.

□ CUADRO 2. El acceso al sistema de atención de la salud

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>1. Barreras económicas</p> <p>a. <i>Acceso a titularidad en el aseguramiento</i></p>	<p>Dado que el acceso a aseguramiento no está ligado al empleo o a determinadas formas de empleo, no excluye a la mayoría de mujeres trabajadoras que se insertan en el sector informal y a las amas de casa que trabajan sin remuneración en el hogar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tienen acceso a aseguramiento las personas que trabajan, <ul style="list-style-type: none"> – en el sector informal? – en el servicio doméstico remunerado? – en trabajos estacionales o de tiempo parcial? – en el hogar, sin remuneración como amas de casa? • En caso positivo, ¿a qué tipo de regímenes? De qué características? • ¿Existen regímenes de aseguramiento para ciertos grupos poblacionales? ¿Cuáles? • ¿Existe alguna forma de compensación, que favorezca el aseguramiento de las mujeres que realizan sin remuneración el trabajo de cuidado de la salud de otros dentro de sus hogares y comunidades? • ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres asegurados? • ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres que son titulares? • ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres que son beneficiarios? • ¿Cuál es el porcentaje de mujeres aseguradas que están bajo un seguro restringido a la atención materna? • ¿Qué proporción de mujeres y hombres mayores de 60 años recibe pensión de jubilación?
<p>b. <i>Capacidad de pago</i> (<i>Las implicaciones de política de las barreras económicas se examinan con mayor detalle en el Campo de Observación 5, sobre financiamiento</i>)</p>	<p>Las políticas propugnan, instrumentan y vigilan que los servicios se presten de acuerdo con la necesidad, independientemente de la capacidad económica de las personas, y que los servicios del nivel primario sean gratuitos, haciendo referencia específica a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay métodos que impidan el cobro de primas diferenciales según el sexo, o por condiciones de elegibilidad ligadas al sexo? • ¿Se cobran cuotas de recuperación por los servicios de anticoncepción y atención de embarazo y parto? • ¿Existe una batería mínima de exámenes diagnósticos en el embarazo que se ofrezcan en forma gratuita? • ¿Se ofrecen servicios de detección y tratamiento para VIH, ETS y cáncer cérvico uterino en forma gratuita y con continuidad? • ¿Se ofrecen medicamentos y anticonceptivos en forma gratuita? En caso positivo, ¿de qué tipo y a qué grupos poblacionales? • ¿Se ha examinado el impacto del cobro por servicios sobre la salud y la utilización de servicios en los grupos de menores ingresos? • ¿Existen subsidios de transporte a los servicios?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>2. Barreras socioculturales</p>	<p>Las políticas reconocen y encaran las barreras para el acceso a servicios de salud que enfrentan las mujeres y las niñas– o ciertos subgrupos socioeconómicos o étnicos de mujeres y niñas– por razones ligadas a pautas y costumbres socioculturales.</p> <p>Estas barreras se derivan, principalmente, de las limitaciones de tiempo y movilidad impuestas por la responsabilidad doméstica y la falta de autonomía para decidir sobre el uso de los recursos familiares y la propia salud.</p> <p>En algunos contextos culturales se asocian, también, con la presencia de pautas culturales que asignan menor valor a las necesidades de las niñas que a las de los niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo han encarado las políticas los problemas que enfrentan ciertos subgrupos de mujeres adultas, adolescentes y niñas para acceder a los establecimientos de salud, y/o para utilizar determinados servicios? Específicamente, ¿qué medidas se han tomado para reducir los siguientes limitantes: <ul style="list-style-type: none"> – Escasez de tiempo asociada con la responsabilidad del hogar, y con frecuencia agudizada por el desempeño simultáneo de trabajo remunerado. – Dificultades y/o costos de delegar cuidado de hijos – Riesgo de violencia en la ruta a los servicios – Objeciones a ser examinadas por hombres – Restricciones para acudir a los servicios e, incluso, salir del hogar, sin permiso del marido o de un pariente mayor – Restricciones para decidir sobre el uso del presupuesto familiar? – Restricciones para utilizar anticoncepción sin permiso del marido o de un pariente mayor – Requerimiento de la autorización del marido para optar por esterilización – Distribución desigual de recursos dentro del hogar que privilegia la atención del niño sobre la atención de la niña? • ¿Reconocen explícitamente las políticas que la falta de autonomía de las mujeres es una barrera importante para el logro de los objetivos de salud contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)? ¿Qué tipo de intervenciones se han definido para promover el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, en concordancia con el Tercer ODM? • ¿En qué medida las pautas culturales limitan el acceso oportuno de los hombres a los servicios, particularmente los preventivos? ¿Cómo enfrentan las políticas esta brecha?
<p>3. Barreras normativas</p>	<p>Las políticas afirman la salud como derecho humano y propenden hacia la universalización del acceso a la atención de la salud sin exclusiones categóricas. La política de salud sexual y reproductiva apunta hacia el logro de la igualdad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sin exclusión de edades o estado civil y en concordancia con compromisos internacionales suscritos por el estado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existen exclusiones categóricas como las relacionadas con estatus laboral, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia habitual, nivel de ingreso, para acceder a determinados servicios y proveedores? • Se formuló y está implementando una política de salud sexual y reproductiva que garantice el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres? • Hay limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes? • Se permite y facilita anticoncepción de emergencia? • Se requiere autorización del cónyuge para la esterilización femenina? Se limita el acceso a la esterilización femenina con requisitos mínimos de edad o número de hijos? • Bajo qué condiciones se permite el aborto? Existen y se aplican protocolos para el manejo de las complicaciones derivadas del aborto inseguro? • Están los proveedores legalmente obligados a denunciar casos de aborto y/o de violencia doméstica?

CUADRO 2. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
3. Barreras institucionales		
<i>a. Desde los establecimientos que prestan los servicios</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Geográficas</i> 	La atención primaria en salud se presta a distancias accesibles en todas las zonas del territorio nacional, incluyendo las de más difícil acceso geográfico.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la cobertura geográfica de los centros de salud y de las unidades de emergencia obstétrica, especialmente en las zonas marginales urbanas y rurales? • ¿Se realizan brigadas a poblaciones marginales que incluyan servicios de SSR? • ¿Se distribuye información para contactar centros de salud y hospitales en casos de emergencia? • ¿Constituye la distancia un obstáculo importante para llegar a los centros de salud? ¿Qué cambios se han propuesto y se están implementando para solucionar este tipo de problemas?
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transporte</i> 	Existen mecanismos para facilitar el transporte oportuno a los centros de salud, privilegiando las mujeres embarazadas y los casos de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué problemas de transporte encuentran las y los usuarios para llegar a los centros de salud? • ¿De qué medios de transporte disponen las mujeres embarazadas para llegar a los servicios de atención del parto? ¿Cómo están las nuevas políticas mitigando estos problemas?
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Infraestructura y disponibilidad de medicamentos</i> 	Se han definido y se están implementando estrategias para garantizar en el nivel local infraestructuras adecuadas de servicios, abastecimiento de medicamentos y anticonceptivos, horarios de atención y sistemas de referencia que se adapten a las necesidades particulares de las mujeres y los hombres en distintos contextos socioculturales.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué proporción de instalaciones de APS están en condiciones buenas, malas o regulares? • ¿Hay salas de espera, instalaciones para cuidado infantil, baños, áreas con privacidad para la consulta? • ¿Mejorarán esta situación las nuevas políticas? • ¿Se adecuan las condiciones de infraestructura a la atención obstétrica, el suministro continuado de medicamento esenciales, incluyendo anticonceptivos? • ¿Se adecua la infraestructura para la atención de los hombres?
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Horarios</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay problemas de disponibilidad de medicamentos y métodos anticonceptivos en el nivel local? ¿Qué impacto tienen estos problemas sobre el presupuesto y el tiempo de las y los usuarios? ¿Abordan las políticas estos problemas? • ¿Existen mecanismos gubernamentales de economía de escala en materia de adquisición de medicamentos esenciales, incluidos los antirretrovirales y los anticonceptivos? • ¿Se han formulado políticas de genéricos en materia de medicamentos esenciales, incluyendo el tratamiento del VIH/sida?
		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se verifica en el nivel local cuáles son los horarios de atención que mejor se adecuan a los patrones de trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres y los hombres? • ¿Se conocen los promedios de tiempo de espera para obtener citas y recibir atención en los servicios? ¿Se han reducido esos tiempos? ¿Mejorarán las políticas esta situación?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sistemas de referencia</i> • <i>Oferta de servicios</i> 	<p>La oferta de atención incluye servicios para las mujeres y los hombres que responden a sus necesidades comunes y particulares a lo largo del ciclo vital. Incluyen una atención integral de la salud sexual y reproductiva, no limitándose a la atención del embarazo y el parto, en el caso de las mujeres. Incluyen, también, ciertos servicios no convencionales, entre los que figuran los relacionados con la SSR de las y los adolescentes, la detección y el manejo de la violencia doméstica y sexual, la inclusión de hombres en los programas de SSR, y el apoyo a quienes cuidan enfermos y discapacitados dentro del hogar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Funcionan adecuadamente los sistemas de referencia para emergencias ? Por ejemplo, en el caso de las emergencias obstétricas, ¿qué proporción de las mujeres en riesgo llegan a los servicios a tiempo/ tarde/ o no llegan? • ¿Qué tipo de servicios comunes se ofrecen para mujeres y hombres? • ¿Va la oferta de servicios para las mujeres más allá del cuidado del embarazo y el parto? ¿Qué otros servicios particulares se ofrecen dentro y fuera de la esfera reproductiva? • ¿Qué servicios particulares se ofrecen a los hombres? • ¿Existen programas de SSR que incluyan a hombres y que apunten no solo a resolver sus necesidades particulares sino también al logro de relaciones de pareja saludables y equitativas? ¿Se publicitan estos programas? • ¿Contemplan las políticas este objetivo de promoción de igualdad de género a través de la atención a hombres? • ¿Se prestan servicios para adolescentes por personal debidamente entrenado? ¿Se publicitan estos servicios? ¿Las políticas abordan explícitamente las necesidades de salud de las y los adolescentes? • ¿Se proveen servicios de detección, prevención y manejo de la violencia doméstica y sexual por personal debidamente entrenado? ¿Funcionan los sistemas de referencia y contra referencia con otros sectores? ¿Se publicitan estos servicios? ¿Abordan las políticas este problema? • ¿Se proveen servicios de apoyo financiero o de otra índole a las y los cuidadores de la salud en el hogar? ¿Se reconocen y manejan los riesgos para cuidadores y pacientes en el hogar? ¿Reconocen y abordan las políticas los problemas asociados con el cuidado de enfermos y discapacitados en el hogar?
<p>b. Desde las personas que prestan los servicios</p>	<p>Las políticas reconocen la trascendencia de que la prestación de atención se realice en el marco del conocimiento, la sensibilidad y el respeto a la diversidad de género, edad, etnia, lengua, preferencia sexual y discapacidad. Reconocen asimismo, la importancia de la entrega de información sobre los derechos de los usuarios y las usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sensibilizado al personal de salud del nivel local sobre las necesidades particulares de las mujeres y los hombres , particularmente de los sectores de menores ingresos? • ¿Se ha sensibilizado al personal de salud para que comprenda y respete las diferencias generacionales, culturales, de preferencia sexual y discapacidad en la población usuaria? • ¿Hay planes para mejorar estas competencias? • ¿Tiene la opción la/ el consultante de escoger proveedores del mismo sexo? • ¿En la planificación de los servicios y en la producción de materiales de promoción se reconocen las necesidades de comunicación en el lenguaje de las poblaciones indígenas? • ¿Se ha capacitado al personal para la entrega de información sobre derechos relacionados con la salud de las y los usuarios?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 3: LA INTEGRALIDAD DE LOS BENEFICIOS

La cobertura y el contenido de las prestaciones ofrecidas a la población que accede al sistema de salud varían considerablemente de acuerdo con los esquemas de aseguramiento, el cual depende mayormente de la capacidad económica y el estatus laboral de las personas. A continuación del análisis de las desigualdades de género en el acceso al sistema —materia del capítulo anterior— el presente campo de observación se referirá a las desigualdades de género en el acceso a beneficios y servicios dentro del sistema.

Segmentación y fragmentación

Tres factores dentro del sistema contribuyen a explicar las restricciones en la cobertura de beneficios en la Región. Ellos se encuentran, primero, en la arquitectura del sistema, esto es, en su grado de segmentación y fragmentación. Segundo, en la manera en que las intervenciones se organizan y los recursos se distribuyen. Y, tercero, en la distribución geográfica de la red de servicios. Todos estos factores determinan la cobertura y calidad de las intervenciones en salud. La segmentación y la fragmentación, sin embargo, constituyen factores determinantes de la forma en que se las intervenciones se organizan, los recursos se asignan y la red de servicios se distribuye geográficamente (OPS, 2002).

La *segmentación* es la coexistencia de varios subsistemas de salud con distintas características de financiamiento, afiliación y mecanismos de provisión “especializados” en diferentes segmentos de la población, que se definen por su nivel de ingreso y estatus social. La *fragmentación* es la existencia de varias entidades y/o agentes no integrados dentro del sistema total o en un subsistema, que operan sin sinergia y frecuentemente compitiendo entre sí. Género constituye un factor oculto de segmentación en la cobertura de beneficios y una consideración ineludible en el

análisis de la integralidad de la atención. El presente campo de observación dirigirá la mirada al rol de la categoría género en el logro de equidad de cobertura e integralidad de los beneficios y servicios de salud.

Los patrones diferenciales por sexo respecto al trabajo y los ingresos se traducen en asimetrías institucionalizadas en el acceso, no solo al aseguramiento en salud, sino también a los servicios, beneficios y oportunidades requeridos para satisfacer las necesidades particulares de cada sexo. Es así como, ante la mayor necesidad de servicios de las mujeres, principalmente durante el período reproductivo, la lógica actuarial impone restricciones en los beneficios y/o mayores cuotas financieras a las mujeres dentro de ciertos planes. Por otro lado, el rol biológico de la mujer en la reproducción, unido a su menor capacidad económica, puede llegar a constituir la única puerta de entrada a ciertos planes de aseguramiento público que focalizan y se circunscriben a los servicios materno-infantiles de la salud.

El logro de una atención que responda integral y efectivamente a la diversidad de necesidades de una población exige implementar estrategias de coordinación interinstitucional e integración operativa que enfrenten la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud. Esta coordinación interinstitucional— e intersectorial— requiere de la acción rectora del sector salud que conduzca las estrategias de integración del financiamiento y convoque el diálogo entre actores relevantes que incluyan representantes de los intereses y necesidades de los distintos grupos de la sociedad. La integración operativa (aspecto que se desarrollará en el siguiente capítulo sobre calidad de atención) implica: la articulación de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación; la preeminencia de las acciones de promoción y prevención en el marco de la atención primaria; la articulación de los

niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, y la consideración integral de la persona como sujeto de derechos.

Dentro de este contexto de integralidad, la definición de las prioridades de atención, objeto de derechos exigibles, debería basarse en **sistemas de información** que permitan retratar y monitorear las condiciones de salud y de atención de los distintos grupos sociales, consultando para ello a las y los representantes de tales grupos. Los contenidos específicos para los planes de beneficios se formularían dentro del marco de un manejo integral de las principales problemáticas de salud que incorporan indebidamente la salud sexual y reproductiva y que incluyen la provisión de medicamentos (incluidos los métodos anticonceptivos) y los exámenes de diagnóstico y otros complementarios.

Definición de prioridades de atención

Los avances hacia objetivos de equidad en salud a través de mecanismos de definición de prioridades dependen en gran medida de la disponibilidad y calidad de información para propósitos de monitoreo. Objeto especial de examen en este contexto es el tipo de metodología usada para establecer prioridades de atención. Una de las metodologías más usadas para priorizar los contenidos de los planes de beneficios es AVISA o AVAD (en inglés, DALYS): años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad. Esta metodología ha sido severamente criticada por razones no solo técnicas, sino también éticas, vinculadas estas últimas con el menor peso asignado a los años no productivos en la infancia y la vejez. Esta metodología esconde, también, profundos sesgos de género, entre los cuales se destacan los siguientes:

- * La ponderación de prioridades para la asignación de recursos se basa en la medición de la carga de enfermedad y, por ende, en criterios de daño. Dado que la anticoncepción, el embarazo y el parto sin compli-

caciones no son enfermedades, las necesidades de atención asociadas con estos procesos quedan fuera de este esquema. Esta orientación subestima las necesidades de atención de las mujeres, porque no da cabida a las intervenciones de promoción y prevención que constituyen la esencia de la atención a la salud reproductiva, y que conforman el grueso de la utilización de servicios por parte de las mujeres.

- * El no manejo de la co-morbilidad contribuye a subestimar las necesidades en la salud reproductiva de las mujeres, ya que la consideración de la co-morbilidad resulta esencial en el análisis de la etiología de la enfermedad y la muerte durante el embarazo y el parto.
- * La adscripción de la carga de enfermedad solo a la persona que padece la dolencia ignora la carga de cuidado en el hogar que esta dolencia impone, y que recae fundamentalmente sobre las mujeres. Tal es el caso de la morbilidad durante la infancia y de las discapacidades durante la vejez, las cuales demandan una cuota considerable de tiempo de cuidado y se sitúan precisamente en las franjas etarias que tienen menor peso en AVISA.
- * Los datos disponibles sobre morbilidad y discapacidad que constituyen la base de evidencia para estimar la carga de enfermedad adolecen de profundas deficiencias de integridad y calidad.
- * Los vacíos y deficiencias de los sistemas de información son suplidos por el juicio de “expertos”, sin consulta con las partes interesadas.

Este ejemplo, por demás frecuente, ilustra la necesidad de examinar críticamente los supuestos y procedimientos que orienten las metodologías empleadas para fijar prioridades, con el fin de detectar posibles sesgos que conduzcan a inequidades de género en la asignación de recursos. El problema de subestimación de las necesidades de salud de las mujeres es particularmente severo para ciertas condiciones de salud sexual y reproductiva, cualquiera que sea el método, ya sea por falta de reconocimiento y diagnóstico adecuados, o porque tales condiciones son subinformadas por razones sociales y/o legales. Tal es el caso de la mortalidad materna, el aborto, la violencia doméstica y la violación sexual.

La planificación de intervenciones que incorporan una perspectiva de equidad de género reconoce la necesidad de encarar problemas de salud ocultos y controversiales, entre los cuales figuran junto con los que se acaban de mencionar, los relativos a la salud reproductiva de los y las adolescentes, y el manejo de las complicaciones del aborto inseguro. Reconoce también aquellos problemas que, por razones culturales y económicas, se quedan en el terreno de la invisibilidad. Un ejemplo importante en este sentido es el relacionado con los problemas de salud física y mental, y de desprotección social que encaran quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado de la salud en los hogares, mujeres en su mayoría.

Importancia de la atención primaria en salud

Un elemento crucial de la integralidad en términos de la equidad de género es la necesidad de poner el énfasis en las acciones de promoción y prevención, dando particular atención a aquellas consideradas críticas

para la salud pública. La base de estas acciones es la atención primaria en salud, en cuyo centro se ubican de manera estratégica los temas relativos a la salud sexual y reproductiva. Este enfoque de atención primaria parte del reconocimiento de la salud como un derecho ciudadano que debe orientar las acciones del sistema y, también, de la necesidad de producir resultados en salud que sean más equitativos. En consecuencia, desde la perspectiva del logro de la equidad de género en salud, las intervenciones más críticas descansan en la atención primaria.

Finalmente, la integralidad implica la organización de servicios a partir de una concepción de las personas como sujetos y cuerpos integrales y no como un conjunto atomizado de órganos y sistemas. Implica asimismo considerar a las personas no solamente como objetos de atención sino también como sujetos que participan en las decisiones sobre su propia salud y la de su colectividad.

□ CUADRO 3. La integralidad de los beneficios

Asuntos	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Segmentación	Las mujeres y los hombres acceden a las prestaciones requeridas para satisfacer integralmente las necesidades de atención comunes y particulares de cada sexo, independientemente de su capacidad de pago y su afiliación a planes de planes de aseguramiento.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay diferentes planes de aseguramiento? ¿Cuáles son sus características de afiliación, financiamiento y cobertura de prestaciones? ¿Cuáles son las coberturas poblacionales y por sexo de estos planes? ¿Cuál es la composición por edad y sexo de la población afiliada a los distintos planes? • ¿Queda alguna porción de población fuera de estos planes? ¿En caso positivo, cual es su composición por edad y sexo, ¿Tienen acceso a prestaciones de salud? Cuáles? • ¿Qué diferencias hay entre los beneficios que se ofertan en el sector público y el privado? • ¿Existen desigualdades de cobertura en los beneficios de acuerdo con la capacidad de pago? • ¿Existen desigualdades por sexo y edad en las primas de aseguramiento? • ¿Hay métodos que impidan el cobro de primas diferenciales por sexo edad, o condiciones de riesgo? • ¿Hay diferencias en los beneficios que reciben titulares y beneficiarios/as? ¿Se garantizan a las/os últimas/os las mismas prestaciones? • ¿Existe un conjunto básico de prestaciones que garantice el estado a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y su afiliación a planes de aseguramiento?

CUADRO 3. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Determinación de prestaciones</p> <p><i>a) Prestaciones para la salud sexual y reproductiva</i></p> <p><i>b) Prestaciones ligadas a las distintas etapas del ciclo vital</i></p> <p><i>c) Prestaciones asociadas con la violencia doméstica y sexual contra las mujeres</i></p>	<p>Las necesidades asociadas con la salud sexual y reproductiva son consideradas básicas en los planes de aseguramiento. No existe segmentación en los planes de beneficios por criterios ligados a la reproducción.</p> <p>Los planes de beneficios responden a las necesidades de salud de las mujeres y los hombres a través de las distintas etapas del ciclo vital.</p> <p>La violencia doméstica y sexual contra las mujeres es reconocida como problema con múltiples impactos sobre la salud, y las prestaciones asociadas con su atención están incluidas dentro de tales planes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los conjuntos básicos de prestaciones garantizadas consideran las necesidades de salud reproductiva de las mujeres y de los hombres? • En caso positivo, ¿en qué medida cubren a las mujeres en (a) cuidados preventivos; (b) anticoncepción, incluyendo anticoncepción de emergencia; (c) servicios obstétricos esenciales, y (d) el nivel terciario respecto a complicaciones y emergencias obstétricas, incluyendo complicaciones del aborto inseguro? • ¿Incluyen provisiones específicas para las mujeres y los hombres adolescentes? • ¿Incluyen prestaciones para la atención del VIH en las mujeres y los hombres? • ¿Incluyen prestaciones para tratamientos de infertilidad en las mujeres y los hombres? • ¿Incluyen prestaciones para la prevención detección y tratamiento de los cánceres del cuello uterino, de mama y de próstata? • ¿Se incorporan obligatoriamente las prestaciones de salud reproductiva garantizadas por el Estado en los planes de aseguramiento del sector privado? ¿Generan costos adicionales para el/la asegurado/a? • En caso de que sea obligatoria esta inclusión, ¿qué mecanismos de fiscalización existen por parte del gobierno para garantizar su prestación? • Durante las edades reproductivas, ¿son más altas las primas de aseguramiento para las mujeres que para los hombres? • ¿Existe evidencia de que las aseguradoras limitan la afiliación de mujeres en edad reproductiva? • En materia de beneficios durante las edades reproductivas, ¿hay tratamiento diferencial en los planes públicos y privados según el nivel socioeconómico? • ¿Incluyen los planes de beneficios públicos y privados para las mujeres, prestaciones que vayan más allá de las relacionadas con el embarazo y el parto? ¿Cuáles en salud sexual y reproductiva? • Fuera de las condiciones reproductivas, ¿es igual la cobertura de beneficios para mujeres y hombres? ¿Cubren condiciones crónicas como cardiovasculares, diabetes mellitus, tumores malignos, artritis, osteoporosis? • ¿Incluyen los planes de beneficios públicos y privados prestaciones para la atención de la violencia doméstica y sexual? • Existen protocolos sanitarios de atención/normas o guías para la atención de violencia doméstica y sexual? • ¿Incluyen los modelos de atención acciones de otros sectores tales como justicia, educación, medicina legal? • ¿Tienen las víctimas de violencia sexual acceso gratuito a todos los servicios?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Metodologías para definir prioridades en las prestaciones	<p>Las metodologías para definir prioridades en la prestación de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - se basan en sistemas de información confiables y consistentes, - toman en consideración las necesidades de salud diferenciales de mujeres y hombres, - integran criterios de promoción, prevención y recuperación, - privilegian la atención de la salud sexual y reproductiva, - ponderan las condiciones que demandan tiempo intensivo de cuidado en el hogar, y - consultan la población beneficiaria incluyendo las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen bases de datos confiables y consistentes sobre mortalidad, morbilidad y discapacidad? ¿Qué medidas se han tomado para mejorar los problemas de calidad y registro en áreas como la mortalidad materna y el aborto? • ¿Se han creado sistemas de información que permitan tomar decisiones oportunas en cuanto a prioridades, y monitorear las desigualdades en salud según sexo, estatus socio económico, etnia, región geográfica? ¿Las nuevas políticas mejorarán la capacidad para el monitoreo social? • ¿Que metodologías/fuentes de información se utilizan para definir prioridades de servicios? Son estas metodologías sensibles a las consideraciones de género? ¿Se han considerado posibles sesgos de género en esas metodologías, como en el caso de AVISA o AVAD? ¿Cómo se han encarado tales sesgos? • ¿Reflejan los contenidos de los planes de beneficios los principales problemas de salud de la población? ¿Qué actores participan en la definición de prioridades? ¿Se hacen diagnósticos participativos? ¿Participan las mujeres? • ¿Se asigna peso a la carga de cuidado representada en tiempo intensivo de atención en el hogar? • ¿Cómo afecta la descentralización a la definición de prestaciones , particularmente para la atención de la población no asegurada?
Servicios de Atención Primaria en Salud	<p>Los países asignan recursos de todos los actores para ofrecer servicios de promoción y prevención en el marco de la Atención Primaria en Salud a toda la población, coordinando en el más alto nivel su planeación y ejecución</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Participa el sector privado de las acciones de promoción y prevención? • ¿En qué medida el énfasis político en la promoción se refleja en los recursos que asigna la nación? • ¿Se han hecho esfuerzos o existen experiencias piloto dirigidas a reorientar el énfasis de las instituciones desde lo curativo hacia lo preventivo? • ¿La salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia contra las mujeres son consideradas cuestiones de salud pública en el país? • ¿Se asignan recursos para enfrentarlas? • ¿Acceden los hogares a programas que respondan a las necesidades de apoyo y salud de las mujeres u hombres que cuidan la salud de sus dependientes menores o mayores? • ¿Se realizan campañas nacionales que contribuyan a la concientización de las mujeres sobre sus derechos, y de la sociedad sobre sus responsabilidades frente a estas cuestiones?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 4: LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Considerando la calidad de los servicios de salud desde una perspectiva integral de respuesta apropiada y eficaz a las necesidades de salud de la *población*, algunos elementos de la misma fueron ya incluidos en los dos capítulos anteriores sobre acceso. Estos tienen que ver con la forma como estos servicios (a) se organizan en redes con infraestructuras adecuadas de manera que garanticen el acceso de la población a través de todo el ciclo de vida; (b) articulan la promoción, la prevención y la atención en los distintos niveles, incluyendo los sistemas de referencia y contra referencia; (c) lideran acciones intersectoriales cuando sea pertinente, asegurando de tal forma la continuidad de los servicios, (d) identifican y encaran las necesidades comunes y particulares de mujeres y hombres, involucrando unas y otros en la definición de las mismas, y (e) consolidan sus sistemas de información como fundamento de la acción.

Este componente se refiere al mejoramiento de los servicios a través de una gama amplia de indicadores, tanto técnicos como sociales. El componente 2 se refirió a la calidad deficiente de la atención como una barrera para la utilización de servicios. Los temas relacionados con la libre decisión y el consentimiento informado se destacan como centrales para la calidad de la atención. Los servicios de salud sexual y reproductiva reciben énfasis dada su importancia básica como cuestiones de salud pública y su relevancia central en la determinación de diferencias de género en la salud. Dentro de este contexto, se resaltan los servicios de anti-concepción ya que, según indican algunos estudios, a las mujeres pobres se les han dado menos opciones y los procedimientos para obtener el consentimiento informado no siempre se siguen.

El objetivo último de la calidad es producir resultados óptimos de salud dentro de la tecnología disponible, a través del mejoramiento de la prestación de servicios que protejan la vida y los derechos de las personas. La

percepción de deficiencias en la calidad conduce a menudo a una baja utilización de los servicios, y la baja utilización en el momento oportuno no solo acarrea efectos negativos sobre la salud de las personas, sino que también eleva los costos de la atención asociados con el tratamiento de complicaciones.

El mejoramiento de la calidad de la atención desde una perspectiva de género exige la identificación, con la participación de las y los usuarios, de las necesidades particulares de mujeres y hombres a través del ciclo de vida y en distintos contextos socioeconómicos y culturales, y la consideración de tales necesidades en las dimensiones de estructura, proceso y resultado de la atención. Esta consideración debería integrarse, entonces, en: (a) el diseño o adaptación de infraestructuras adecuadamente dotadas; (b) la definición y vigilancia del cumplimiento de normas y protocolos que guíen los procesos técnicos y organizacionales de la prestación de servicios; (c) la creación de condiciones y relaciones de trabajo que permitan a las y los proveedores prestar niveles apropiados de atención, y, por supuesto, (d) la efectividad de los resultados de dicha prestación. Las consideraciones de género deben asimismo atravesar las dimensiones **técnica e interpersonal** de la provisión de servicios de manera que los procesos sean conducidos de acuerdo con criterios, no solo científico-técnicos en salud, sino también, éticos de no discriminación, y de sensibilidad y respeto ante las diferencias. Particularmente relevante desde la perspectiva del logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, es la necesidad de que la atención reconozca la situación de subordinación social y económica de las mujeres, y genere condiciones que faciliten decisiones autónomas e informadas y favorezcan el ejercicio de los derechos de las mujeres.

Infraestructura y recursos humanos

Desde la visión de equidad de género, se destacan como elementos clave de calidad de la infraestructura, la privacidad de los ambientes para la consulta, la existencia de instalaciones de cuidado infantil para las mujeres que no pueden asistir a los servicios sin los menores a su cargo y, por supuesto, la existencia de servicios dotados adecuadamente de equipo para la prestación de servicios, incluyendo unidades de emergencia obstétrica y demás relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los recursos humanos, importa determinar en qué medida la consideración y el respeto de las situaciones y necesidades particulares de hombres y mujeres de distintas edades y contextos socioculturales han sido incorporados en el entrenamiento del personal y en la construcción de capacidades resolutorias en lo local. Esto último es particularmente relevante en los casos donde, por razón de la descentralización administrativa y financiera, los servicios de atención primaria están a cargo de las redes locales. Importa determinar, asimismo, si las conductas del personal en este sentido son objeto de supervisión y monitoreo. Un enfoque de equidad de género en la atención evitaría, por ejemplo, que las/los prestadores hicieran invisibles o subestimaran los riesgos (en el proceso de atención y en el registro) algunos problemas que afectan exclusiva o diferentemente a las mujeres. Tal sería el caso de algunos prestadores/as que con frecuencia subestiman las probabilidades de enfermedades cardiovasculares en las mujeres, atribuyen síntomas a presuntos problemas mentales, e ignoran ciertos problemas tales como la violencia contra las mujeres, el aborto y el riesgo de contraer VIH entre las mujeres casadas, y por ello no informan adecuadamente a las pacientes sobre los riesgos, consecuencias y manejo de estos problemas.

La perspectiva de género en el área de los recursos humanos exige, también, examinar el vínculo entre la calidad de la atención y las inequidades de género en las condiciones de trabajo y en las relaciones entre provee-

dores/as. Exige también el reconocimiento por parte del equipo de proveedores/as de los conocimientos y habilidades en salud de los usuarios y las usuarias, particularmente de estas últimas.

Dos criterios cardinales de la calidad de la relación entre proveedores/as y usuarios/as se refieren a la entrega de información adecuada, clara y oportuna por parte de proveedores/as y a la oportunidad de los y las pacientes de consentir (después de comprender) la utilización de cualquier procedimiento. La entrega de información desde el sector salud es una tarea social fundamental que contribuye a la creación de conciencia sobre los derechos y al logro del empoderamiento de las mujeres, usuarias mayoritarias del sistema.

Finalmente, y como ya se había señalado con respecto a las barreras culturales al acceso, es estratégico asegurar una adecuada composición por sexo del personal que haga posible la elección de proveedores del mismo sexo de la/el consultante, la capacitación del personal para manejar las relaciones con personas de distinto sexo, y la eliminación de la institucionalización de prácticas basadas en las costumbres que limitan la autonomía de las mujeres como, por ejemplo, la solicitud de autorización del cónyuge para la práctica de la esterilización femenina, o de cualquier otro procedimiento médico.

Normas y protocolos

La integración de la perspectiva de género en las normas y protocolos de atención requiere que se tomen en cuenta los patrones diferenciales por sexo en cuanto a roles, riesgos, enfermedades y necesidades. La definición de normas, protocolos y guías de atención con perspectiva de género evitarían decisiones arbitrarias que frecuentemente ocurren durante el proceso de atención y que tienen que ver con estereotipos de género. Tal sería el caso, por ejemplo, del supuesto de que la aspirina tiene el

mismo efecto preventivo en las mujeres y en los hombres con respecto a las enfermedades cardio y cerebrovasculares. Es el caso, también, de que pese a que las anteriores enfermedades representan la principal causa de muerte femenina en la mayoría de los países de las Américas, su atención continúa centrándose en el hombre y subestimando el riesgo en la mujer. Este sesgo se refleja en diferencias sustantivas por sexo en la calidad de la atención provista por estas causas (Nechas y Foley, 1994), diferencias que se han asociado con la probabilidad de sobrevivir episodios agudos.

En consecuencia, para el logro de calidad de la atención con equidad de género, es esencial asegurar que las condiciones que afectan de manera exclusiva, más frecuente o de manera diferente a las mujeres no se tornen invisibles en el proceso de atención y en los registros de salud. Problemas comunes a ambos sexos, pero que los afectan de modo diferente, necesitan consideraciones especiales en la normativa de detección, prevención y atención. Entre ellos se cuentan el VIH/sida, la violencia, particularmente la doméstica y la sexual, los desórdenes nutricionales, las enfermedades cardio y cerebrovasculares, la diabetes mellitus, la osteoartritis, los tumores malignos y otras enfermedades crónicas. Y en relación con problemas que afectan de manera exclusiva a las mujeres, se destacan los relacionados con la anticoncepción, el embarazo, el parto, la mortalidad materna, el aborto y el cáncer del cuello uterino. Siendo la anticoncepción un tema básico para la salud y el empoderamiento de las mujeres, es importante que las normas y protocolos la aborden con todos sus elementos de calidad que incluyen: la elección del método, la información dada a las personas, la competencia técnica de la o el proveedor, las relaciones interpersonales, los mecanismos de seguimiento y continuidad en la provisión de los métodos y la constelación apropiada de servicios (Bruce, 1990).

En este contexto merece especial consideración el abuso de ciertas tecnologías tales como la práctica indiscriminada de cesáreas e hysterectomías que se realizan por razones distintas a las médicas y que reflejan una subvaloración de la integridad física del cuerpo de las mujeres.

Organización de los servicios

Como se mencionó en el capítulo anterior, desde la perspectiva de la equidad de género, la atención primaria desempeña un rol central en la integración de las redes de servicios en salud. En la atención primaria se concentra la mayoría de las acciones del sector salud en materia de salud sexual y reproductiva, la cual es un componente mayor en la vida de las mujeres y un factor clave de la diferenciación de las necesidades asociadas con el género. Los sistemas de salud en los que la promoción y la prevención son el eje de organización favorecen la equidad de género, dado que representan el grueso de la utilización por parte de las mujeres, no solo como usuarias directas, sino también como responsables del cuidado de la salud de sus hijos/as. Desde esta perspectiva, la promoción de la participación de las mujeres en la definición de necesidades para la organización de los servicios, se convierte en un elemento esencial para el logro de objetivos, no solo de equidad de género, sino de la calidad y la eficiencia de los servicios. Estas consideraciones deberían integrarse en la definición de estándares mínimos de calidad, una de las medidas de reforma que se está avanzando en varios países.

La fragmentación de la prestación de los servicios de salud y la ausencia o debilidad de sistemas de referencia y contra referencia adecuadamente definidos conducen a la duplicación de servicios y a retrasos u omisiones en la prestación de atención. Esta fragmentación afecta adversamente los resultados en salud y el presupuesto económico y de tiempo de quienes consumen los servicios. Tales efectos negativos recaen particularmente sobre las mujeres, primero, porque ellas son las principales usuarias directas de los servicios; segundo porque también son la mayoría de quienes acceden a los servicios a fin de obtener atención para sus hijos o para otras personas bajo su responsabilidad; y tercero, porque son quienes enfrentan las mayores restricciones de recursos económicos y de tiempo que imponen las responsabilidades domésticas.

Otro tipo de coordinación esencial, no solo para promover la equidad de género, sino también para garantizar resultados positivos de salud, es la existente entre la esfera formal de los servicios y la informal no remunerada del cuidado que se cumple en el hogar, cuya responsabilidad descansa fundamentalmente sobre las mujeres. Importa ver si la atención que se presta en el hogar es informada y apoyada por los servicios, y si apunta no solo al beneficio de las personas objeto de cuidado, sino también al bienestar y salud de quienes prestan el cuidado. Importa adicionalmente determinar en qué medida los servicios refuerzan estereotipos tradicionales que asocian el cuidado de niños, enfermos y viejos exclusivamente con las mujeres o si, por el contrario, buscan promocionar y habilitar la participación de los hombres en ese cuidado.

Sistemas de información

El mejoramiento de la calidad requiere desarrollar sistemas de información que permitan decidir oportuna y adecuadamente sobre la definición de prioridades y la asignación de recursos, así como recuperar información confiable de todos los registros institucionales, incluida la historia clínica a través de las distintas fases del proceso de atención. Otros mecanismos de información que, desde una mirada de género, resultan importantes para mejorar la toma de decisiones incluyen la creación de comités asesores sobre temáticas relevantes, tales como comités de reducción de la mortalidad materna. Estos comités impulsarían la realización de autopsias verbales o sociales que ha resultado una estrategia efectiva para producir información clave sobre mortalidad materna. Otros comités relevantes en este sentido son los de ética e investigación —particularmente cuando se hacen ensayos clínicos que afectan diferencialmente a las mujeres— y las ligas de usuarios/as.

Ética y derechos

Hay dos principios básicos de la calidad de los servicios que tienen particular relevancia para las mujeres, en razón de su condición de subordinación, reflejada en los distintos ámbitos de su vida, incluida la salud. En este sentido, el logro de la equidad de género requiere que las instituciones y los prestadores no solo sean fuente de información sobre derechos, sino que también creen las condiciones para favorecer la toma de decisiones informadas en salud.

El reconocimiento de la salud como un derecho tiene asimismo importantes implicaciones para la igualdad de género. Los derechos humanos clásicos dan sustento a la exigencia de reconocimiento de las necesidades particulares de las mujeres y los hombres en las múltiples esferas de su vida, incluida la sexualidad y la reproducción. El derecho a la vida implica la obligación de impedir la muerte de las mujeres por razones de embarazo u otros aspectos relacionados con la reproducción, tales como el aborto practicado en malas condiciones. El derecho a la libertad y a la seguridad incluye el control sobre la vida sexual y reproductiva, libre de acoso o de sometimiento forzoso a procedimientos tales como el aborto y la esterilización. El derecho a la no discriminación cubre las diferenciaciones injustas basadas en el sexo, la edad, la etnia, la orientación sexual, la discapacidad y otras variables socioculturales. El derecho a la privacidad obliga el desarrollo de servicios de SSR confidenciales incluida la posibilidad de expresar la orientación sexual para poder gozar de una vida sexual satisfactoria y sana. El derecho a no ser sometidos a tortura y malos tratos implica la ausencia de violación, asalto sexual, abuso y acoso e, incluso, el derecho a la atención humanitaria de las complicaciones del aborto inseguro.

□ CUADRO 4. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Metodologías para mejorar la calidad de la atención	Las metodologías y los instrumentos para mejorar y controlar la calidad de atención incorporan en su diseño e implementación la consideración de las diferencias entre mujeres y hombres en términos de vulnerabilidades, riesgos y necesidades de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué instrumentos se están usando para fortalecer la calidad de la atención (por ejemplo, protocolos, definición de estándares mínimos, conferencias sobre casos)? • ¿Consideran estos instrumentos las diferencias en las necesidades de salud entre las mujeres y los hombres? • ¿Cómo se mide y regula la calidad para asegurar que género es reconocido como un determinante de la salud?
Infraestructura	Se están adelantando medidas para construir o adaptar un número suficiente de instalaciones, adecuadamente dotadas, que respondan a las necesidades diferentes de mujeres y hombres en distintos contextos socioculturales.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay ambientes y condiciones que permiten la privacidad en las consultas? • ¿Hay suficientes baños para los y las usuarias de los servicios? • ¿Hay espacios y equipamiento para cuidado infantil mientras las mujeres esperan y utilizan los servicios? • ¿Se han incluido estándares mínimos de habilitación y acreditación en los servicios de promoción y prevención? • ¿Hay disponibilidad de medicamentos y anticonceptivos, y condiciones para su almacenamiento en los niveles locales? • ¿Existen y están adecuadamente dotadas las unidades de atención de emergencia obstétrica? • ¿Existen medios o mecanismos que aseguren transporte en caso de emergencias?
Recursos humanos	<p>La consideración de las situaciones y necesidades particulares de hombres y mujeres de distintas edades y contextos socioculturales forma parte del entrenamiento del personal de salud y de las redes locales de atención, y es objeto de supervisión y evaluación.</p> <p>Los profesionales de la salud se han entrenado para ofrecer información clara a las y los usuarios sobre los procedimientos, y solicitar su consentimiento (informado) para practicarlos, independientemente de su condición social y nivel educativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se capacita rutinariamente al personal de los servicios para que considere las diferencias en la situación y las necesidades de las mujeres y los hombres en diferentes edades y grupos socioculturales y para que evite actitudes y tratos discriminatorios? • ¿Se entrena al personal para ofrecer información comprensible, solicitar el consentimiento (informado) de los y las usuarias para la aplicación de procedimientos, e informar sobre sus derechos? • Constituye esta competencia un elemento de supervisión y de evaluación de desempeño? Están los supervisores conscientes de la importancia de estas cuestiones en la prestación de servicios? • Se ha entrenado al personal, por ejemplo, para el manejo idóneo de métodos anticonceptivos temporales y definitivos, la detección y atención de la violencia doméstica, y el manejo de las complicaciones del aborto inseguro?

CUADRO 4. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Recursos humanos (cont.)</p>	<p>El personal de salud se ha hecho consciente de que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres son compromisos suscritos por el Estado en el marco de los Objetivos del Milenio y otros convenios internacionales en la materia, y que los derechos reproductivos son derechos humanos.</p> <p>Existen y se aplican principios de igualdad de género y no discriminación en las condiciones de trabajo, remuneración y autonomía del personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Abordan las políticas de manera explícita la inclusión de estas temáticas en la capacitación del personal? • ¿Existe como pauta para los servicios, la opción de que el/ la consultante elija un proveedor del mismo sexo? • ¿Se solicita en los servicios (en los casos en que no lo prescribe la ley) la autorización del cónyuge para la esterilización femenina? • ¿Se respetan las decisiones de los y las adolescentes en materia de su salud sexual y reproductiva? Si la información es confidencial, ¿quién tiene acceso a ésta y bajo qué condiciones? • ¿Existen y se aplican normas que prohíben la discriminación por sexo en materia de oportunidades de promoción, remuneración y condiciones laborales? • ¿Existen normas que protejan a las mujeres proveedoras del acoso sexual?
<p>Consulta a usuarias y usuarios</p>	<p>Los servicios se monitorean regularmente desde el punto de vista de las percepciones de las y los usuarios, asegurándose específicamente de obtener la perspectiva de las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se consulta rutinariamente a las mujeres y los hombres sobre si la información que reciben de las/los proveedores es suficientemente comprensible y oportuna? • ¿Se pregunta a las mujeres y a los hombres si las/los proveedores verifican su comprensión acerca de los procedimientos médicos y piden su consentimiento para utilizarlos? • ¿Se solicita y considera la opinión de las y los usuarios sobre elementos de infraestructura, procesos de atención, y relación con el personal que podrían ser objeto de mejoramiento (sopesando el llamado “sesgo de cortesía”) y de adaptación a las necesidades de las personas? • ¿Se verifica con las y los usuarios en qué medida los sistemas de referencia y contra referencia han ofrecido respuestas oportunas y efectivas al motivo de sus consultas? • ¿Se verifica con las y los usuarios, particularmente con las mujeres, en qué medida los servicios de salud han brindado capacitación y apoyo para el cuidado de la enfermedad y la discapacidad en el hogar?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Normas y protocolos de atención</p> <p>La consideración de las necesidades particulares de las mujeres y los hombres se incorpora en las normas y protocolos de cumplimiento obligatorio que definen conductas y condiciones en los temas prioritarios de salud pública.</p> <p>Se han diseñado y se aplican protocolos que norman el manejo de condiciones que tienden a ser invisibles y a afectar exclusiva o más frecuentemente a las mujeres, tales como la violencia doméstica y sexual, y el manejo de las complicaciones del aborto.</p> <p>Existen y se aplican protocolos que norman el uso de tecnologías que tienden a ser objeto de abuso o de uso inapropiado, y cuya aplicación es más frecuente entre las mujeres. Entre ellas figuran las cesáreas, las histerectomías, las terapias de reemplazo hormonal y la prescripción de determinados métodos anticonceptivos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué mecanismos de control de calidad existen para considerar las diferencias donde sea pertinente y, al mismo tiempo, evitar la discriminación por sexo, etnia, clase social y orientación sexual en la aplicación de procedimientos médicos donde no se justifica la diferenciación? • ¿Qué tipo de investigación, y hecha por quiénes, proporciona la base para estándares y protocolos? • Los protocolos en áreas tales como enfermedades cardíacas y otras crónicas, ¿reconocen las diferencias por sexo? • Existen normas y protocolos para la prevención, detección y manejo de la violencia doméstica y sexual? • ¿Existen normas, protocolos y/o guías de atención para la atención integral de la anticoncepción, el embarazo, el parto, y las complicaciones del aborto inseguro? • La prestación de servicios sobre anticoncepción asegura, <ul style="list-style-type: none"> – ¿la posibilidad de elegir el método? – ¿la entrega de información clara sobre los requerimientos y riesgos de los distintos métodos? – ¿la competencia técnica de las o los proveedores para la provisión de métodos, tanto definitivos como temporales? – ¿las relaciones interpersonales respetuosas y sensibles a las diferencias socioculturales? – ¿los mecanismos de seguimiento y continuidad en la provisión de los métodos? – ¿la constelación de servicios que sea apropiada para las distintas edades, condiciones de salud y preferencias culturales, y accesible a las mujeres y hombres? • ¿Los protocolos de prevención y atención consideran las vulnerabilidades particulares de las mujeres y las relaciones desiguales de poder en el manejo del VIH/sida? • ¿Se estimula el uso de la doble protección entre mujeres casadas o en uniones estables? • ¿Cuál es la proporción – en el sector público y el privado- de partos que terminan en cesárea? ¿Se ha investigado su indicación? ¿Qué medidas se han tomado para corregir posibles abusos? • ¿Se ha investigado el uso de histerectomías para el manejo de condiciones que podrían tratarse con otras técnicas? ¿Qué auditoría se hace del cumplimiento de los respectivos protocolos? • ¿Se realizan rutinariamente exámenes para determinar la adecuación de los distintos métodos anticonceptivos a la edad y las condiciones de salud de las mujeres?

CUADRO 4. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Normas y protocolos de atención (cont.)</p>	<p>El equipo de proveedores hace uso de los conocimientos y habilidades sobre salud que tienen los usuarios, particularmente las mujeres, para incorporarlos en las normas de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera el equipo de proveedores/as, tanto en las normas de atención como en la relación con las personas usuarias, los conocimientos y habilidades en salud que aportan particularmente las mujeres?
<p>Redes de servicios <i>(Ver también Atención Primaria en Salud en el capítulo anterior, Campo de observación 3, sobre integralidad de los servicios)</i></p>	<p>La estrategia de Atención Primaria en Salud es el eje ordenador de las prioridades y la organización de los servicios de salud, y cuenta con los recursos necesarios para su adecuado funcionamiento.</p> <p>Las redes de servicios de salud integran las distintas acciones y niveles de atención, la participación de otros sectores cuando ésta sea necesaria, e incluyen estrategias y recursos para informar y apoyar a mujeres y hombres en la provisión de atención de la salud en el hogar.</p> <p>La información incluida en los registros de las instituciones está desagregada por sexo e incluye problemas que afectan particular o exclusivamente a las mujeres y que, con frecuencia, no se registran o se registran inadecuadamente. Incluyen información sobre enfermedades o lesiones asociadas con la provisión de la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida los sistemas locales de referencia y contra referencia funcionan adecuadamente, proporcionando respuestas oportunas e integrales en los servicios, por ejemplo, en relación con las emergencias, con atención especial a las emergencias obstétricas? • ¿Se han integrado los servicios de VIH con el resto de los programas de salud sexual y reproductiva? • ¿Se garantiza la continuidad en la provisión de medicamentos utilizados en tratamientos médicos sostenidos y de métodos anticonceptivos? • ¿Cómo se organiza la atención en los sectores público y privado para el proceso diagnóstico y manejo de enfermedades, por ejemplo, en relación con el cáncer de cuello uterino? • ¿Se incorporan las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento bajo la responsabilidad de un prestador único? • ¿Se coordinan acciones con sectores relevantes para distintas temáticas de salud, por ejemplo, con justicia y medicina legal para el manejo de la violencia doméstica y sexual? • ¿Existe, y es fácilmente accesible para las mujeres y los hombres, información apropiada sobre los derechos en la atención de la salud, y sobre los medios para denunciar violaciones y exigir restitución? • ¿Existen programas de capacitación y apoyo financiero o de otra índole, a mujeres y hombres que proveen la atención en el hogar? • ¿Está la información de los registros desagregada mínimamente por sexo y edad? • ¿Se recoge la información de manera que permita, además de la desagregación por sexo, un análisis de las diferencias según territorio, etnia, etc.? • ¿Se registran en forma sistemáticas las cesáreas, las histerectomías y las razones de su indicación? • ¿Se registra información relacionada con aborto? • ¿Se registra información sobre violencia doméstica y sexual, edad de la víctima y relación con el agresor?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Redes de servicios (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se reporta información sobre enfermedades y lesiones asociadas con la provisión de cuidado de la salud, tanto en el sector público como en el privado? • ¿Quién tiene acceso a la información y bajo qué condiciones?
Sistemas de información	Los sistemas de información sirven de base para evaluar los servicios, e incluyen para ello información obtenida de los y las usuarias, con particular referencia a las mujeres, usuarias mayoritarias del sistema de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se fomenta la creación de ligas u otras instancias de participación de usuarias/os que contribuyan a mejorar la información sobre calidad de la atención? • ¿Se llevan a cabo autopsias verbales en casos de mortalidad materna? • ¿Existen comités de seguimiento de la mortalidad materna? ¿Se orientan éstos al mejoramiento de la información y las intervenciones? ¿Participan activamente las mujeres?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 5: EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El principio fundamental del financiamiento equitativo se refiere a la posibilidad de que las personas obtengan beneficios de acuerdo a sus necesidades y aporten al sistema de atención proporcionalmente a su capacidad económica. Este componente examina el grado en que los mecanismos nacionales y locales de financiamiento de la atención de la salud promueven o menoscaban el logro de mayor equidad de género en la distribución de la carga financiera de los servicios. En este contexto deben examinarse, por un lado, el grado en que el sistema general de financiamiento promueve la justicia mediante la reducción del grado de segmentación en el acceso a beneficios y, por el otro, la equidad relativa dentro de los diferentes tipos de mecanismos de financiamiento.

Los programas de reforma del sector salud se han comprometido de manera particular con el desarrollo de nuevos esquemas de financiamiento y de recuperación de costos, tales como las tarifas por servicios, copagos, cuotas moderadoras y vales. En términos de la equidad de género, la expansión de las opciones de financiamiento de la atención plantea las siguientes grandes áreas de cuestionamiento:

- * ¿Resultan las mujeres más desfavorecidas por modalidades particulares del pago (o sus condiciones les permiten manejar unas modalidades mejor que otras)?
- * ¿Tiene la recuperación de costos —en particular, la exigencia del pago en el momento de prestación del servicio— una repercusión más adversa sobre la salud de las mujeres que sobre la de los hombres?
- * ¿Cómo afectan el acceso a los servicios, según sexo, los diferentes tipos de recuperación de costos?
- * ¿Quién paga el costo de la reproducción? ¿Se distribuye socialmente o lo asumen fundamentalmente las mujeres?
- * ¿En qué medida están las mujeres asumiendo en los hogares los cos-

tos de atención que el Estado “ahorra” con los recortes del gasto público en salud?

Debido a que las medidas tomadas en los niveles macro no siempre se reproducen en lo local, la descentralización (autonomía financiera y administrativa) constituye también un aspecto crítico de la equidad de género en el financiamiento. Uno y otro nivel deben examinarse.

Distribución social del riesgo

Pese a que las políticas de financiamiento tienden a verse neutras en materia de género, en realidad constituyen un elemento básico para el logro de la equidad de género en salud. Las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud, principal, pero no exclusivamente, a raíz de su función reproductiva. Esto hace que, si no existe solidaridad en el financiamiento de la atención, su gasto en salud sea mucho mayor que el de los hombres, desigualdad que se ve agravada por su menor capacidad económica. Desde una perspectiva de equidad, es esencial entonces que exista una responsabilidad social compartida por la reproducción y que la atención de ésta se financie sin generar contribuciones o costos adicionales para las mujeres.

Ejemplos de estrategias equitativas para el logro de este objetivo son las de consolidación de esquemas solidarios y mayor asignación presupuestal por parte de Estado para atender las necesidades de las mujeres. Los esquemas solidarios, ya se trate de sistemas generales o de subsistemas, consisten en agrupar recursos que provienen de individuos de los diferentes grupos de ingresos, edad, sexo y condiciones de salud, para favorecer la atención integral de quienes tienen mayores necesidades de atención, por ejemplo, las mujeres, los adultos mayores y los enfermos crónicos. Una de sus finalidades es evitar la selección adversa de estos grupos en los sistemas de aseguramiento.

En tal sentido, el tipo de sistema que más favorece la equidad es aquél que, basado en impuestos generales y/o en contribuciones obligatorias por parte de sus integrantes, constituye fondos solidarios en los que los aportes se hacen a de acuerdo a la capacidad de pago, para ser distribuidos luego en términos de beneficios de salud acordes con las necesidades. Los aportes al financiamiento del sistema que se basan en la capacidad de pago y no en el riesgo eliminan los obstáculos al acceso a atención que generan los mayores costos de aseguramiento y el mayor gasto de bolsillo propios de los esquemas de recuperación de costos a través de los denominados copagos y cuotas moderadoras.

El cuidado de la salud en el hogar

El trabajo no remunerado de cuidado que realizan las mujeres en la comunidad y el hogar ha sido tradicionalmente, y continúa siendo, la piedra angular en que se afirman la atención de la salud y el subsidio a la protección social, absorbiendo las mujeres el impacto principal de los ajustes estructurales que erosionan la provisión pública de servicios. Cuando se considera que más del 80% del cuidado de la salud (Durán, 2003) se produce en el hogar, fuera de los centros de salud, comienza a tenerse una idea de la magnitud del subsidio a sistemas de salud subfinanciados que constituye el trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar.

Formulaciones aparentemente neutras, como “reducción de costos”, “eficiencia”, “privatización”, con frecuencia encierran sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres. Así, la premisa que ha sustentado algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios—por ejemplo, reduciendo estadías hospitalarias, cuidado de ancianos, atención institucional de enfermos mentales—bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Tales medidas se basan en la expectativa de que las mujeres estén disponibles, dispuestas y moralmente obligadas a proveer asistencia en el hogar a los dependientes, los

enfermos, los ancianos y los discapacitados (Gómez, 2000). En efecto, los “ahorros” en el gasto público no son sino costos que el Estado transfiere a la comunidad y las familias y, de manera particular, a las mujeres en su rol social de cuidadoras.

Este ahorro no se limita a la prestación misma de la atención, sino que se extiende a las prestaciones sociales de quienes cumplen tal labor. Esto en razón de que en los sistemas donde el aseguramiento está ligado al empleo o a la capacidad de pago, la prestación no remunerada de servicios de salud en el hogar no cuenta como trabajo, y quienes lo realizan pierden no solo la oportunidad de acceder a ingresos sino también a los beneficios de protección social de dichos regímenes.

La Resolución CD16/R16 (2005), suscrita por los Estados Miembros de la OPS, destaca la importancia de valorar el trabajo no remunerado como una estrategia clave para promover la igualdad de género y compromete a los gobiernos para que, en las cuentas nacionales de salud, incluyan indicadores del valor del tiempo no remunerado que dedican los hombres y las mujeres a la atención de la salud en el hogar y relacionen estos indicadores con el gasto total del sistema de atención sanitaria (OPS, 2005 a, b; Gómez, 2007). Este compromiso se basa en el trabajo que los países de la Región, con el apoyo de las Unidades de “Género, Etnia y Salud” y “Políticas y Sistemas de Salud” de la OPS, vienen desarrollando desde el año 2001 (Gómez, 2007). Tal trabajo enfatiza que el debate sobre igualdad de género en salud debe cubrir, tanto las *capacidades* y las *oportunidades*, como las *compensaciones* y que un paso importante hacia tal igualdad es el reconocimiento del trabajo no remunerado de manera tal que se haga visible y cuente en el diseño y evaluación de políticas de desarrollo económico y social. El decir “cuente” significa que sea contado en las estadísticas, contabilizado en los modelos económicos y tenido en cuenta para la toma de decisiones en los niveles macro y micro de las políticas

□ CUADRO 5. El financiamiento del sistema de atención de la salud

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Modalidades de financiamiento y distribución social del riesgo</p> <p>La sociedad, mediante los poderes públicos, garantiza que las mujeres y los hombres reciban, a través de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, atención de salud apropiada a sus necesidades comunes y específicas, y contribuyan al financiamiento del sistema de acuerdo con su capacidad económica.</p> <p>La solidaridad en el sistema de financiamiento permite distribuir el riesgo diferencial que, en los distintos grupos poblacionales, originan la edad, el sexo, y las enfermedades crónicas.</p> <p>De manera explícita, el financiamiento solidario del sistema general y los subsistemas de salud distribuye socialmente los riesgos y costos asociados con la reproducción, de manera que éstos no recaigan desproporcionadamente sobre las mujeres.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento del sistema de atención de la salud y qué proporción del total representan cada una de estas fuentes (impuestos públicos, contribuciones a la seguridad social, cuotas a seguros privados, gasto de bolsillo)? Destacar el porcentaje de gasto de bolsillo, el indicador más regresivo. • ¿Cuáles son los mecanismos de financiamiento público, privado, mixto a través de los cuales se presta la atención de la salud? ¿Qué porcentaje de población afilian cada uno de ellos y cuál es la composición de esta población por edad, sexo y grupos de ingreso? • ¿Se prevén potenciales asimetrías de género en el acceso y la cobertura de beneficios de estos mecanismos, por ejemplo, restricciones en el acceso a servicios básicos causadas por las tarifas a usuarios/as? • ¿Se han registrado desigualdades de género en acceso y cobertura de servicios dentro de los distintos mecanismos? ¿Existe, por ejemplo, <ul style="list-style-type: none"> – Selección adversa contra las mujeres, particularmente en edades reproductivas? – Reducida cobertura o exclusión de beneficios en salud reproductiva? – Mayores primas de aseguramiento para las mujeres, particularmente en edades reproductivas. – Mayores deducibles para las mujeres por causas distintas de las reproductivas? – Mayores primas de aseguramiento para los hombres –o las mujeres– en las edades post reproductivas? • ¿Toman las políticas en consideración las implicaciones de las distintas modalidades de financiamiento para la equidad en un sentido amplio, y para la equidad de género en particular? • En caso positivo, ¿qué disposiciones ha tomado el Estado para eliminar discriminación por sexo y edad en el acceso y la cobertura de beneficios de los distintos mecanismos? ¿En qué medida el Estado vigila y refuerza el cumplimiento de tales disposiciones? • ¿Qué mecanismos existen para propiciar la solidaridad en el financiamiento? • ¿Qué mecanismos existen para distribuir socialmente la carga financiera de los costos de la reproducción?
<p>Prestaciones de salud para trabajadores/as</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes están cubiertos y cómo se relaciona esta cobertura con factores ligados a los patrones de trabajo diferenciales de mujeres y hombres? • ¿Contienen estos esquemas rasgos discriminatorios, tales como tipo de trabajo, requerimientos de tiempo completo y servicio ininterrumpido? • ¿Tienen las mujeres menor probabilidad de acceder a prestaciones de salud relacionadas con el trabajo, en razón de su inserción ocupacional?

CUADRO 5. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Titulares y beneficiario/as del aseguramiento bajo distintas modalidades		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ofrecen las distintas modalidades la posibilidad de asegurar dependientes? ¿Varía esta posibilidad según el sexo del cotizante y el beneficiario? • ¿Existen diferencias de cobertura de beneficios entre cotizantes y beneficiarios/as? ¿Cuál es la distribución por sexo de cotizantes y beneficiarios? • ¿Qué medidas de protección en salud existen para beneficiarias/os en caso de muerte, divorcio o abandono del cónyuge cotizante?
Financiamiento con base comunitaria		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué grupos están cubiertos, con cuáles beneficios, con qué requisitos? • ¿Están adecuadamente cubiertas las necesidades de salud reproductiva?
Protección social para los/as más pobres		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué mecanismos existen para dar atención a los grupos más pobres ? • ¿De qué manera difieren – si difieren– el acceso de mujeres y hombres a estos mecanismos, y la cobertura de beneficios? • En el caso de las mujeres, ¿los beneficios se extienden más allá de la maternidad?
Descentralización	<p>En contextos de descentralización la prestación de los servicios para los más pobres no está determinada por su capacidad pago.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se sabe si los procesos de descentralización agudizan la exclusión de los grupos más excluidos? ¿Cómo afectan a las mujeres y los hombres de esos grupos? • ¿Se propicia la participación de las mujeres en los niveles locales para la toma de decisiones sobre definición de prioridades y asignación de recursos en salud? • ¿Existen mecanismos de control de asignaciones presupuestales en los niveles locales? ¿Participan las mujeres en ese control?
Gasto de bolsillo	<p>Existen y se vigila el cumplimiento de marcos regulatorios del Estado que impiden que las mujeres, los viejos y los enfermos crónicos tengan que cubrir costos de aseguramiento mayores en razón de su riesgo relativo.</p> <p>Los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres se prestan gratuitamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha obtenido, a través de encuestas de hogares, información desagregada por sexo sobre el gasto de bolsillo en salud? • En que rubros se concentra el gasto de bolsillo de mujeres y hombres? • ¿Existen copagos para la atención del parto? • ¿Se incluyen los medicamentos y los anticonceptivos en los planes de beneficios o prestaciones, o estos producen gasto de bolsillo? • ¿Se ha considerado si el pago por medicamentos y exámenes diagnósticos puede constituir una barrera para la atención integral y afectar adversamente la salud? • ¿Se han considerado las poblaciones más vulnerables (indígenas, desplazadas, etc.) de manera particular para eximir las de cuotas de recuperación por parte de los servicios?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Cuidado no remunerado de la salud en el hogar</p>	<p>El financiamiento solidario del sistema y los subsistemas de salud distribuyen socialmente los costos de la reproducción, no solo la biológica, sino también la social. Esta se refiere a los cuidados que aseguran la crianza, puesta en circulación y mantenimiento de la salud de los miembros de la sociedad, y que se realiza sin remuneración, principalmente en el hogar pero también en la comunidad.</p> <p>Se han tomado medidas para (a) medir, valorar económicamente el cuidado no remunerado en el hogar y la comunidad; (b) apoyar a los y las proveedoras de atención durante y después del período dedicado al cuidado, y (c) redistribuir socialmente el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para que sus costos no continúen recayendo fundamentalmente sobre las mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué supuestos operan en las políticas de reducción de servicios públicos de salud respecto a cómo y quiénes sustituirán la prestación de esos servicios? • ¿Se ha calculado la magnitud de subsidio al sistema que este trabajo gratuito representa? • ¿Consideran las políticas los costos económicos y de tiempo que recaen sobre las mujeres de los sectores de menores recursos? ¿Qué tipo de medidas se están adoptando para mitigarlos? • ¿Prevé el sistema alguna forma de compensación que favorezca el acceso a aseguramiento de las personas que cuidan sin remuneración la salud de los miembros de sus hogares y comunidades? • ¿Hay protección del empleo, horarios flexibles y cobertura pensional durante el período dedicado a la atención? • ¿Prevén las políticas mecanismos financieros y operativos para redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado de cuidado entre las familias, el Estado y el mercado? • ¿Está involucrado el sector salud en esfuerzos intersectoriales para medir la contribución no remunerada del cuidado a través de encuestas de uso del tiempo, valorarla económicamente e integrarla dentro de cuentas satélites consistentes con el Sistema de Cuentas Nacionales?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 6: LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Si bien muchos países están intentando mejorar la gestión de recursos humanos, en general la dimensión de género de estos procesos recibe escasa atención. Al respecto es importante reflexionar sobre algunos hechos que ponen de manifiesto la pertinencia de considerar esta dimensión al planificar tal gestión:

- * las mujeres representan más del 80% de la fuerza laboral remunerada en salud;
- * más del 80% de los servicios de atención de la salud son prestados de forma gratuita en los hogares, fundamentalmente por mujeres;
- * aunque las mujeres son mayoría dentro del sector salud, constituyen una minoría en los niveles altos de decisión, prestigio y remuneración del sector;
- * las políticas de flexibilización laboral asociadas con las reformas del sector salud afectan más adversamente al empleo de las mujeres que el de los hombres, tanto cuantitativa como cualitativamente;
- * la medidas de reducción de personal y de servicios públicos ejercen un efecto desproporcionadamente mayor sobre las mujeres en los hogares, al tener éstas que cubrir con su tiempo y recursos el déficit de servicios;
- * una tendencia creciente de privatización es la contratación de funciones auxiliares — limpieza y servicio de comidas— a través de empresas que pagan salarios más bajos y ofrecen menos prestaciones. Estos segmentos de la fuerza laboral tienden a ser en su mayoría femeninos.

La problemática de equidad de género es, entonces, singularmente relevante para la gestión de los recursos humanos de salud, y la información desglosada por sexo sobre este particular es esencial para desarrollar políticas no solo equitativas, sino también efectivas en tal ámbito.

Este campo de observación tiene que ver con algunos factores de género que condicionan el desarrollo de capacidades, la gama de oportunidades y el nivel de las compensaciones de los recursos humanos que laboran en el sistema de salud, tanto en la esfera formal como en la informal del cuidado no remunerado en el hogar y la comunidad.

Condiciones laborales y patrones de empleo

Las mujeres constituyen una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el campo de la salud. Su representación, sin embargo, es minoritaria en los niveles de decisión nacional y local y se concentran en los escaños de más baja remuneración y poder del sector. Esta situación es reflejo de construcciones sociales de género que, por un lado, segmentan la fuerza laboral en especialidades y competencias femeninas y masculinas, y por el otro, devalúan las esferas donde se concentran las mujeres, asignándoles menor prestigio, autonomía y remuneración. Un ejemplo de esta segmentación es la preponderancia de las mujeres en la profesión de enfermería. Tal fenómeno se asocia con la idea de que los trabajos “feminizados” son una extensión del rol doméstico “natural” de las mujeres como proveedoras de cuidado y facilitadoras del trabajo de otros.

Los procesos de flexibilización laboral asociados con las reformas del sector salud no son neutros en materia de género. Por el hecho de constituir las mujeres una mayoría dentro del sector salud y concentrarse, además, en los niveles de menor estatus y poder de negociación dentro del sector, son ellas quienes proporcionalmente resultan más adversamente afectadas por las reducciones salariales, la intensificación del trabajo, la pérdida de garantías relativas a la seguridad social y los despidos que se asocian con estos procesos de flexibilización laboral. Las promotoras de salud comunitaria, que trabajan dentro del sector formal con salarios muy bajos, tampoco han estado ajenas a estos efectos, pese a

constituir un eslabón crítico del sector para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención, especialmente en las zonas rurales y más alejadas.

Educación y formación profesional

Los currículos de las facultades de ciencias de la salud, como ha sido señalado en varios foros internacionales, encierran profundos sesgos de género que limitan la comprensión de la trama de los determinantes estructurales de la inequidad en salud y las repercusiones que las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres pueden tener sobre los patrones de salud-enfermedad de una población. Dichos sesgos limitan asimismo la visión en cuanto a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres y la adecuación de las respuestas del sistema, contribuyendo así a perpetuar las desigualdades de género en la atención. La incorporación, dentro de la formación profesional en salud, de la dimensión de género en el marco analítico de determinantes sociales de la salud y el ético de los derechos humanos ampliaría las competencias analíticas y propositivas del personal en materia de políticas de salud y mejoraría la equidad y eficiencia en el ejercicio de la práctica profesional. Asignar tal énfasis correspondería también a las actividades de capacitación de personal activo en las instituciones, tanto de los sectores público como privado, a los criterios de evaluación de las universidades y a los procesos de certificación. Esto implicaría, además, procesos de formación continuada en temas emergentes para el sector como es el del manejo de la violencia de género, incluida la sexual.

El recurso humano no remunerado

Como se subrayó en los capítulos anteriores, alrededor de 80% de la atención de la salud es informal y es prestada fundamentalmente por las mujeres en sus hogares. Pese a su magnitud, esta dimensión no remunerada de la atención es con frecuencia invisible en las políticas y la planificación oficiales.

Dado que en general son las mujeres quienes llevan la mayor parte de la carga asociada con el cuidado de personas enfermas en la familia, cualquier enfermedad —por ejemplo, en los niños— tiende a afectar más a las mujeres, las madres, que a otros adultos cercanos. La división del trabajo en el hogar tiende también a colocar mayores cargas sobre el tiempo de las mujeres que, en una porción creciente de los casos, se suman a los trabajos remunerados. La evidencia a través del mundo indica que, cuando se consideran las horas de trabajo remunerado y no remunerado, las mujeres trabajan en promedio más horas que los hombres. Esta carga redundante en altos costos de oportunidad para las mujeres que tienen que buscar atención para sus hijos/as y para sí mismas. La gratuidad del trabajo informal en salud que hacen las líderes comunitarias en salud y la forma en que se distribuye el trabajo comunitario generan otra situación que refleja la inequidad de género: las mujeres son quienes desempeñan en forma mayoritaria todas las tareas rutinarias en el trabajo por la comunidad, pero son los hombres quienes toman las decisiones.

Por su magnitud e importancia, el trabajo no remunerado de cuidado en la comunidad y el hogar, particularmente en este último, representa una componente esencial del sistema de atención cuya consideración no puede continuar obviándose en el desarrollo de políticas de salud, especialmente en el contexto del envejecimiento de la población y de la importancia creciente de las enfermedades crónicas dentro de su perfil epidemiológico. Temas tales como la desinstitutionalización de enfermos mentales y adultos mayores, y las reducciones del número de camas y de estadías hospitalarias, deben ser examinados no solo desde el ángulo humanitario de la atención, sino también del de la factibilidad y calidad de la provisión de esa atención en el hogar.

Tampoco puede continuar obviándose el hecho de que las responsabilidades del cuidado no remunerado limitan las oportunidades de las mujeres para participar en el trabajo remunerado, reduciendo con ello no solo su capacidad económica para el acceso a servicios, sino también su derecho

a participar en las prestaciones y beneficios que se adscriben al empleo en el corto y en el largo plazo. En efecto, la historia laboral interrumpida por las obligaciones del cuidado de hijos menores, padres ancianos y otros familiares enfermos o discapacitados, impide que las mujeres coticen en sistemas contributivos en la misma proporción que los hombres y, en muchos casos, no lleguen a completar el mínimo requerido de tiempo para optar por jubilación y protección de salud en la vejez. Opera así una lógica perversa mediante la cual las personas que cubren gratuitamente el

déficit de servicios públicos son quienes experimentan mayor dificultad para acceder a esos servicios cuando los necesitan.

Finalmente, por no considerarse el trabajo no remunerado en el hogar como “trabajo”, los riesgos ocupacionales asociados con la demandante labor de cuidar a otros no se consideran como tales y, por ende, están exentos de protección dentro de los marcos de la seguridad ocupacional.

□ CUADRO 6: La gestión de los recursos humanos

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Políticas y sistemas de información gerencial para el desarrollo de los recursos humanos en salud	Existe una política de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres en el reclutamiento, la capacitación y la promoción en el empleo. El sistema de información que apoya la gerencia de recursos humanos proporciona información desagregada por sexo, que permite tomar decisiones oportunas y monitorear el cumplimiento de la política de igualdad en materia de género.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha formulado una política sectorial de igualdad de oportunidades en el empleo que haga mención explícita de la igualdad de género? • En caso positivo, ¿se ha definido un plan de acción para implementar dicha política, que incluya diagnóstico, objetivos e indicadores de equidad de género? • ¿Se han definido responsabilidades, recursos, y mecanismos de monitoreo dentro de ese plan? • ¿En qué medida se está avanzando dentro del plan? • ¿Existe información desagregada por sexo sobre la composición de la fuerza laboral en salud: área en la que se desempeñan, profesiones y especialidades, niveles de remuneración, niveles de decisión tiempo en cargos, etc., en los niveles nacional y local?
Condiciones laborales y patrones de empleo	<p>Se promueve y apoya la participación de las mujeres en las instancias de toma de decisión del sector salud e, incluso, se adelantan medidas de acción afirmativa orientadas a este objetivo. Por ejemplo, existen medidas para asegurar que las mujeres puedan participar en programas de formación que contribuyan a facilitar su acceso a niveles de mejor remuneración.</p> <p>Los términos y las condiciones de trabajo son “amigables para las familias” del personal con responsabilidades de cuidado de niños y ancianos, y estas condiciones se extienden al personal femenino y masculino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la composición porcentual por sexo de las distintas profesiones, especialidades y ámbitos de acción? ¿Cuáles son las profesiones y especialidades de mayor prestigio y remuneración? ¿Cuál es la composición por sexo de esas categorías? ¿En qué categorías se concentran las mujeres y los hombres? • ¿Cuál es la proporción de mujeres en cargos de supervisión y decisión en los niveles nacional y local del sector? ¿Cuáles son las razones de la menor representación de las mujeres en estos cargos? • ¿Qué diferencias por sexo existen en términos de remuneración, estabilidad laboral, horarios de trabajo y prestaciones? • ¿Existen diferencias en la remuneración de hombres y mujeres por el mismo trabajo dentro del sector público y el privado? • ¿Existen diferencias entre el sector privado y el público en términos de las relaciones y condiciones de trabajo para las mujeres?

CUADRO 6. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
<p>Condiciones laborales y patrones de empleo (cont.)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el tiempo promedio de mujeres y hombres en el mismo nivel del cargo antes de ascender al siguiente? ¿Se han tomado medidas de acción afirmativa para promover el ascenso de un mayor número de mujeres a cargos de decisión? En caso afirmativo, ¿cuáles? ¿Se ha evaluado su efecto? • ¿Qué medidas se están tomando para facilitar la participación de las mujeres en los programas de capacitación? • ¿Hasta qué grado las responsabilidades familiares limitan las oportunidades de capacitación y ascenso? • ¿Se han tomado o propuesto medidas para conciliar las responsabilidades domésticas con las del trabajo remunerado de mujeres y hombres en el sector? • En caso positivo, ¿qué medidas se han tomado, por ejemplo, para conciliar el cuidado de dependientes con los horarios de trabajo de las mujeres? • ¿Se han considerado medidas paralelas para fomentar la responsabilidad masculina en la esfera doméstica, por ejemplo, la licencia por paternidad? • ¿Existen condiciones de infraestructura para favorecer la lactancia entre las trabajadoras mujeres del sector salud? • ¿Se han desarrollado políticas de prevención de acoso sexual en el sector de la salud en el nivel nacional y en las instituciones?
<p>Flexibilización laboral y privatización</p>	<p>Las reformas toman en consideración los efectos diferenciales que pueden tener, y están teniendo, las políticas de flexibilización laboral sobre las mujeres y los hombres y ofrecen medidas para mitigar efectos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se están introduciendo nuevas formas de contratación en los sectores público y privado? • ¿Cuál ha sido el efecto diferencial sobre las mujeres y los hombres, tanto en términos numéricos como de condiciones de trabajo? • ¿Qué se está haciendo para mitigar efectos adversos? • ¿Está aumentando la carga de trabajo para las mujeres en el sector formal? ¿Están aumentando las tasas de enfermedad, lesiones y ausentismo por tal causa?
<p>Capacitación</p>	<p>Se han iniciado procesos orientados a modificar los currículos universitarios y a capacitar al personal activo para incluir temas relativos a las desigualdades de género y su impacto sobre la salud y su atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha formado a los profesionales de la salud en temas emergentes como la violencia doméstica y sexual? • ¿Existe conocimiento de los acuerdos internacionales en materia de SSR y otras áreas de salud de las mujeres por parte de los/as profesionales de la salud? ¿Están conscientes del enfoque de derechos humanos en estos acuerdos? • Las evaluaciones para certificación de profesionales, ¿incorporan criterios relativos a la integración de la dimensión de género en conocimientos y prácticas? • En las capacitaciones que se adelantan rutinariamente para el personal activo, ¿se incorporan aspectos relacionados con las desigualdades de género y su impacto sobre la salud y la atención? ¿Con qué frecuencia?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Recurso humano no remunerado	El trabajo no remunerado de cuidado de salud que realizan (particularmente) las mujeres, en la comunidad y el hogar, es reconocido y valorado y las personas que lo realizan son apoyadas para ello.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen servicios y/o beneficios particulares para apoyar el trabajo de cuidado de enfermos y discapacitados que se realiza en los hogares? • ¿Consideran los servicios la carga de trabajo de las mujeres y los costos de oportunidad cuando prescriben cuidados de tiempo intensivo en el hogar? ¿Qué mecanismos existen para facilitar su realización? • ¿Consideran las políticas las consecuencias para el futuro económico y laboral de quienes prestan el cuidado de salud en el hogar? • ¿Las políticas de reducción de servicios públicos tomaron en consideración la disponibilidad de tiempo de las mujeres –u hombres– en el hogar para proveer este cuidado adicional? ¿Se crearon mecanismos de apoyo con este propósito? • ¿Han tomado las políticas en consideración los riesgos ocupacionales –físicos y mentales– y los riesgos financieros asociados con el cuidado de enfermos crónicos y discapacitados en el hogar? ¿Qué medidas se han previsto para enfrentar tales riesgos? • Las políticas de atención de la vejez están previendo y tomando medidas para subsanar el déficit de mano de obra gratuita que sobrevendrá con el aumento de la demanda de servicios y el ingreso de las mujeres a la fuerza de trabajo?

CAMPO DE OBSERVACION 7: LA PARTICIPACION, LA RENDICIÓN DE CUENTAS Y EL EMPODERAMIENTO

Este componente se refiere al grado en que usuaria/os y ciudadana/os pueden exigir rendición de cuentas a los sistemas de salud, partiendo del principio de que estos sistemas deben entregar información adecuada y poder de decisión a la población, y hacer que todos los componentes del sistema rindan cuentas por las decisiones que tomen acerca de la prestación de servicios. Reafirma la importancia del rol que juegan la abogacía y los grupos ciudadanos respecto a la exigencia de cuentas y al desarrollo de mecanismos correctivos y señala, finalmente, las áreas donde debe prestarse atención a las cuestiones de género.

Participación

La noción de participación está ligada a la ciudadanía moderna, uno de cuyos rasgos es la igualdad formal de derechos con las respectivas garantías para su ejercicio. Al mismo tiempo, la participación desde el enfoque de igualdad de género está asociada intrínsecamente a dos elementos que la definen: el empoderamiento y la rendición de cuentas, este último vinculado a la transparencia y la información. Desde este enfoque, la participación debe fundamentarse en mecanismos claros y respaldados jurídicamente y llevarse a cabo no sólo en el nivel nacional sino también en lo local, sobre todo en contextos de descentralización.

La idea de ciudadanía da fundamento a una participación cuyos propósitos centrales desde el punto de vista del género tiene que ver con: (a) las características que debe cumplir la participación para responder a la igualdad (participación *con* igualdad), y (b) el ejercicio de la participación como una condición para el logro de la igualdad (participación *para* la igualdad). En este sentido la participación no es un medio movilizador para lograr apoyos, ni un proceso que se conduce exclusivamente de arriba hacia abajo, y tampoco se reduce a la realización de tareas por parte de los grupos, particularmente las mujeres, sino que por el contrario, está

ligado a la toma de decisiones.

En términos de igualdad de género, el énfasis en la incorporación de las mujeres en el terreno de la salud, participación *con* igualdad, se deriva de reconocer:

1. La existencia de un derecho, que en el caso de las mujeres no ha sido plenamente ejercido.
2. La marginación histórica de las mujeres en las instancias de toma de decisión del sector.
3. Los obstáculos que las mujeres encuentran para participar y que se derivan de sus cargas en el ámbito doméstico.
4. Sus mayores necesidades en salud.
5. Su mayor participación como prestadoras de atención tanto en el ámbito formal como en las esferas doméstica y comunitaria.

Estas características sustentan la importancia de incorporar a las mujeres en la toma de decisiones en razón, primero, de la mayor percepción que, como responsables principales de la salud familiar y comunitaria, tienen respecto a necesidades básicas de salud y prevención de enfermedades directamente relacionadas con las condiciones de vida en el hogar y la comunidad, y, segundo, por ser las principales usuarias de los servicios de salud, y tercero, para corregir el enfoque histórico de la participación de las mujeres que ha sido el de “realizadoras de tareas” sin poder de decisión. Este énfasis implica, por tanto, la posibilidad de que las mujeres participen con poder de decisión en la definición de prioridades, en la asignación de recursos y en la vigilancia social de la implementación de estas medidas.

La participación *para* la igualdad de género supone que ésta se haga bajo un conjunto de condiciones que efectivamente permitan superar

las inequidades en el ámbito de la salud. Los sistemas de salud son responsables de mejorar la salud de la población con equidad, incluyendo la equidad de género. Por lo tanto, aquellos/as cuyo bienestar es afectado por estas decisiones y políticas deben estar involucradas/os en la comprensión última de los sistemas y en su control. Ciertamente, este tipo de participación, por sí misma, puede contribuir a la salud, pero siempre y cuando se cuente con mecanismos claramente definidos y con información.

Estas ideas se relacionan estrechamente con la necesidad de contemplar la participación, no solo en el nivel nacional sino también en lo local, en tanto los procesos de descentralización han llevado a que se traslade a este nivel gran parte de las responsabilidades sobre las decisiones. Ello supone que las mujeres participen en los procesos de toma de decisión del sector salud en todos los niveles, incluida la definición de los planes locales de salud y el desarrollo de presupuestos participativos.

Empoderamiento

El empoderamiento, entendido como el proceso a través del cual obtienen poder y autoridad quienes carecen de ellos, se plantea como un desafío a las relaciones de poder existentes (poder “sobre”) que buscan controlar a diferentes grupos sociales, entre ellos históricamente a las mujeres. El poder desde el empoderamiento se plantea como un poder “para”, de suma positiva, es decir un poder que permite que más personas adquieran autonomía en los procesos de transformación, y también como un poder “con”, que significa que se construye de manera colectiva.

Desde el empoderamiento se busca transformar las estructuras de discriminación de género y de desigualdad social, en un proceso de superación de las desigualdades de género y, en este caso, de aquellas relacionadas con la salud (León, 1997, 1999). El empoderamiento se visualiza como un resultado al que debe contribuir la participación, al mismo tiempo que determina la forma apropiada en que dicha participación se ejerza.

La marginación histórica de las mujeres en la participación con poder de decisión se acentúa para algunos subgrupos por condiciones derivadas de su etnia, lengua, raza, edad u orientación sexual, lo que obliga a que se establezcan mecanismos que garanticen la participación de las mujeres a partir de esta diversidad. Otro elemento de crucial importancia desde el punto de vista de género es la creación de mecanismos que liberen el tiempo de las mujeres y su excesiva carga doméstica.

La descentralización se ha visto como una oportunidad para favorecer la participación de las mujeres, puesto que es en estos niveles en donde más frecuentemente han sido activas en relación con “tareas” de la salud en la comunidad. Pero para que la descentralización no se quede en reflejo de la escasa participación de la sociedad civil en los niveles nacionales, es necesario llevar a cabo acciones afirmativas que estimulen y obtengan la participación de las mujeres.

Mecanismos y marcos legales de la participación

Los mecanismos que favorecen la participación con voz y poder de decisión desde el sector salud contribuyen al empoderamiento de las mujeres y por ende a la igualdad de género. En los niveles comunitarios estos mecanismos pueden fortalecerse mediante el estímulo hacia formas de organización por la salud que favorecen el control ciudadano, tales como los comités locales de salud y la constitución de ligas de usuarios/as en donde las mujeres no sólo desempeñen tareas sino que jueguen un papel en las decisiones. Estas estrategias se fundamentan en el fortalecimiento de la sociedad civil.

Para que la participación sea efectiva esta debe tener respaldo normativo. En muchos países este respaldo se origina en un mandato constitucional que reconoce la importancia de la participación y la promueve a través de diversos mecanismos que permitan consolidar la administración pública en el marco de la democracia participativa. Este respaldo puede estar también en las leyes o normas relativas al sector y se reafirma en los compromisos

internacionales firmados por la mayor parte de los gobiernos de la Región, en aras de impulsar la participación y favorecer la igualdad de género.

Entre los instrumentos jurídicos que la ciudadanía puede utilizar para el ejercicio del control social a la gestión se destacan: i) los mecanismos para obtener información como las consultas previas, las audiencias públicas y el derecho de petición;¹ ii) los mecanismos para intervenir ante riesgos de la función pública, como la acción popular, la acción de tutela, las acciones de cumplimiento, la denuncia y la queja; y iii) los mecanismos de participación política, como la iniciativa popular legislativa. Todos estos instrumentos pueden utilizarse para mejorar la calidad de la participación “con” y “para” la igualdad de género en salud.

Rendición de cuentas

El ejercicio del control social a la gestión pública que ejerce la ciudadanía como una manera de garantizar que las acciones del Estado se orienten realmente a los intereses públicos, se conoce como rendición de cuentas (en inglés, *accountability*). Esta noción implica entender y abordar la participación como un hecho político que se basa en relaciones de poder.

Un requisito fundamental para lograr esta participación es la existencia y accesibilidad de sistemas de información integrales que favorezcan la transparencia y el control mediante la rendición de cuentas. La información debería estar fácilmente accesible a lo largo de todo el proceso de desarrollo de políticas, incluyendo, la evaluación de impacto diferencial sobre grupos definidos por variables que marcan desigualdades en los resultados en salud. Es decir, se requiere información desagregada por sexo, edad, zona de procedencia, territorio geográfico, estrato socioeconómico y raza/etnia, entre otras variables, y se requiere también que esta información sea presentada en una forma fácilmente comprensible para una audiencia amplia.

Un ejemplo del uso de información para la exigencia de cuentas es la constitución de observatorios ciudadanos nacionales y locales, que se han instalado en varios países de la región con el objeto de obtener, analizar y difundir información, existente o generada por los mismos observatorios, en relación con las necesidades de salud de la población y la adecuación de las respuestas políticas e institucionales. Algunos de estos observatorios se han enfocado en temas relacionados con la equidad de género en salud y han logrado incidir sobre la formulación de políticas.

Para el logro de igualdad de género es perentorio (y esto exige información pública debidamente desagregada por sexo como condición para la calidad) que se hagan denuncias sobre las violaciones a los derechos en salud y que existan mecanismos legales y constitucionales para formalizarlas. Dentro de estas denuncias son particularmente importantes las relativas a esterilizaciones forzadas, abusos de procedimientos tales como cesáreas, negación de tratamiento en casos de VIH/sida y uso de tratamientos radicales como la histerectomía en casos que podrían tratarse con otros medios, por ejemplo en la instancia de neoplasias cervicales localizadas.

¹ Instrumento para solicitar información a una entidad pública, la cual debe ser respondida dentro de unos plazos estipulados por la ley.

□ CUADRO 7. La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Participación ciudadana en los procesos de decisión	Los grupos de la sociedad civil, y las mujeres dentro de esos grupos, tienen voz en los procesos de planificación, definición de prioridades y asignación de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha capacitado y orientado a funcionario/as y gerentes sobre procesos de consulta? • ¿Se ha capacitado a los grupos de mujeres, particularmente las pobres, sobre administración y negociación? • ¿Ha convocado el sector a los grupos de sociedad civil y específicamente a los grupos de mujeres para participar en los procesos de definición de prioridades y formulación de políticas en el nivel nacional y el local? • ¿Promueven y fortalecen las políticas vigentes esta participación, particularmente en el nivel local? • ¿Se han desarrollado mecanismos comunitarios que permiten a las mujeres delegar el cuidado de los hijos para poder participar en los procesos de decisión?
Marcos legales para la participación	<p>Se han creado marcos sociales y legales que aseguran la participación y representación en los cuerpos de decisión del sector, de grupos tradicionalmente excluidos como serían los estratos de menores recursos, las poblaciones indígenas y las mujeres.</p> <p>Esta base legal aborda, más allá de cuotas, el imperativo de mejorar las capacidades de liderazgo y negociación de estos grupos, particularmente en los niveles locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué mecanismos de participación han definido las políticas del sector salud? • ¿Se ha creado un marco legal que sustente esos mecanismos? • ¿Se limita esta participación a la consulta, o involucra la representación de los grupos de interesados/as en las decisiones? ¿Se especifica dentro de estos grupos a las mujeres? • ¿De qué maneras se garantiza la participación de los grupos más excluidos? • ¿Están contemplados en la ley mecanismos y recursos de capacitación para los grupos excluidos con el fin de habilitarlos para tal participación? • ¿Está contemplada en la ley la creación de mecanismos que liberen tiempo de trabajo doméstico de las mujeres para su uso en actividades de participación social?
Composición de los cuerpos formales de decisión y monitoreo en materia de salud en el sistema formal y en la comunidad	La sociedad civil, y, dentro de ésta, los grupos de mujeres está representada con voz y voto en los cuerpos directivos y asesores del sector salud, así como en las instancias de formulación y monitoreo de políticas en las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está la sociedad civil representada en cuerpos directivos y/o asesores del sector salud en los niveles nacionales, locales e institucionales? • ¿Que comités asesores existen en el nivel nacional? ¿Para qué temas? • ¿Existen ligas y/o asociaciones de usuarios/as en el nivel de las instituciones prestadoras? • ¿Cuál es la proporción de mujeres en esos comités, consejos y asociaciones? ¿Tienen voz y voto? • ¿Existen instancias nacionales y/o locales de monitoreo de las políticas de salud por parte de la sociedad civil? ¿Incluyen asuntos relativos a la equidad de género en la provisión de atención? ¿Cuál es la proporción de mujeres en esas instancias? • ¿Se hace monitoreo oficial de la coherencia de las acciones del sector con los tratados internacionales sobre la salud de las mujeres y los niños? • ¿Dan cabida estos procesos a la participación de la sociedad civil? ¿Participa el movimiento de mujeres en el monitoreo de los acuerdos sobre la salud de las mujeres?

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Disponibilidad y flujo de información a la ciudadanía	El sector salud produce rutinariamente información y la hace accesible a los distintos grupos interesados, con respecto a (a) la situación de salud de la población, desglosada según sexo y otras variables socioeconómicas y (b) las respuestas políticas, financieras y organizacionales a las necesidades de salud de los distintos subgrupos de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Mantiene el sector público bases actualizadas de información sobre la situación de salud y la respuesta institucional pública y privada a las necesidades de los distintos subgrupos de la población? ¿Son fácilmente accesibles y comprensibles para la ciudadanía en un sentido amplio? • ¿Se difunden activamente a través de medios de comunicación apropiados (medios masivos por ejemplo) las políticas y las acciones que desarrolla el sector salud? • ¿Se asegura la difusión de esta información a los profesionales de la salud? • ¿Cómo se lleva a cabo esta difusión en los niveles locales? • ¿Cómo se satisfacen las necesidades de información de los pobres, particularmente de las mujeres como usuarias principales de los servicios de salud, respecto a opciones de proveedores y tratamientos?
Transparencia en la asignación y uso de recursos	<p>La asignación de recursos para la salud se ha hecho consultando a los grupos interesados de la población y responde a criterios transparentes y susceptibles de ser monitoreados por las instancias públicas respectivas y por la sociedad civil.</p> <p>La información pertinente está accesible con un nivel adecuado de desglose que permita el monitoreo de la respuesta presupuestal a las necesidades comunes y particulares de las mujeres y los hombres, existen mecanismos participativos para realizar este monitoreo y las mujeres participan activamente dentro de tales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen fórmulas para la asignación de recursos en salud y cómo se afectan con la descentralización? • ¿Es esta información accesible al público y en qué forma? • ¿Hay mecanismos de monitoreo interno de la ejecución de los recursos públicos en el sector salud? ¿Distinguen las acciones de atención primaria en salud incluida la SSR y otras áreas relevantes desde la perspectiva de género? • ¿Qué medios existen para que la comunidad y los grupos de mujeres puedan discutir y disputar la asignación de recursos? • ¿Hay iniciativas sobre presupuestos participativos en general y de género en particular? • ¿Hay iniciativas para integrar la dimensión de género en las cuentas nacionales? • ¿Dan cabida estas iniciativas a la participación de la sociedad civil?
Derechos ciudadanos a atención competente y equitativa y a la prevención de abusos	Se cuenta con mecanismos formales para asegurar la calidad y la equidad en el tratamiento de los/as usuario/as y se pone énfasis en garantizar el acceso a estos mecanismos por parte de los grupos más excluidos, reconociendo entre ellos a las mujeres pobres.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe una carta o declaración de los derechos de los/as usuarios/as que se exhiba en los centros de salud y se difunda a través de los medios de comunicación? • ¿Qué esfuerzos se han hecho para asegurar que los grupos más excluidos, entre ellos las mujeres pobres, conozcan sus derechos respecto a la atención en salud, con particular referencia a la salud sexual y reproductiva? • ¿Existe y es fácilmente accesible para las mujeres y los hombres información apropiada sobre los derechos en la atención de la salud, y sobre los medios para denunciar violaciones y exigir restitución? • ¿Se han presentado denuncias sobre mortalidad materna evitable, negación de atención, incluyendo casos de complicaciones por aborto inseguro, abusos en materia anticonceptiva y violación de otros derechos? • ¿A qué cambios en las políticas han conducido estas denuncias? • ¿Se llevan a cabo auditorías o autopsias sociales en los casos de mortalidad materna?

CUADRO 7. (cont.)

Cuestiones	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Derechos ciudadanos a atención competente y equitativa y a la prevención de abusos (cont.)		<ul style="list-style-type: none">• La definición de estándares de calidad en las instituciones, ¿incluye dimensiones sobre derechos de las mujeres?• ¿Existen comités de mortalidad materna en los niveles locales, y participan en ellos las mujeres?• ¿Se han constituido consejos nacionales de VIH/sida con poder sobre las políticas?

CAMPO DE OBSERVACIÓN 8: EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES

Los acuerdos internacionales sobre los derechos de las mujeres y los niños son instrumentos de gran utilidad para exigir a los gobiernos nacionales una rendición de cuentas sobre sus acciones en pro de la salud de estos grupos. El presente campo de observación tiene que ver con el grado en que tales compromisos internacionales se han cumplido por conducto de entidades nacionales y locales, y con la incorporación en este proceso de los grupos de la sociedad civil que defienden la causa de la igualdad de género.

Entre los instrumentos que han marcado hitos históricos en la generación de acuerdos internacionales para avanzar hacia los objetivos de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres con referencia explícita a la salud se destacan los siguientes: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (1979); la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belén do Pará, 1994); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995); las metas de igualdad de género en la Declaración de la Cumbre de Presidentes de las Américas (Quebec, 1992) y la Declaración de Desarrollo del Milenio (2000), uno de cuyos ocho objetivos fue específicamente el de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Para los propósitos de esta guía resulta muy importante, entonces, determinar el grado en que los acuerdos suscritos por los gobiernos han sido efectivamente incorporados en las políticas de reforma y “contrarreforma” del sector de la salud, o si alguna de las decisiones tomadas a este respecto contradicen el espíritu de estos acuerdos. De antemano es posible afirmar que la escasa interacción que han tenido los grupos que

Principales compromisos internacionales en materia de igualdad de género y salud

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979
- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 1993
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belén do Pará, 1994
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, 1994
- IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, 1995
- Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000
- Declaración de la Cumbre de Presidentes de las Américas, Quebec, 2002

abogan por la igualdad de género con las instancias nacionales e internacionales a cargo de los procesos de cambio en el sector de la salud ha sido un factor limitante del avance de estos compromisos en el contexto de las políticas de salud.

A continuación se plantean algunas de las principales áreas de compromiso relacionadas con la salud que debieran, por tanto, permear las reformas políticas de este sector. Aunque cada uno de estos temas se discutió en mayor detalle en capítulos anteriores, se mencionan de nuevo en este componente para resaltar que su cumplimiento es un deber adquirido por los estados y, por ende, exigible. El acento en este campo de observación se situará en la conducta de los gobiernos frente al endoso formal de tales acuerdos y al desarrollo de planes para su ejecución dentro del sector de la salud, así como sobre la participación de la sociedad civil en el desarrollo de tales planes, en el caso de que los últimos existan. Para el

examen particular de la concordancia entre las políticas y estas áreas de compromiso se remite al lector a los capítulos respectivos.

La atención primaria de salud y el acceso a los servicios

(Ver principalmente Campo de observación 2: El acceso al sistema de salud; Campo de observación 3: La intersectorialidad de los beneficios; y Campo de observación 4: La calidad de la atención, bajo el acápite de las redes de servicios.)

Pese a los notables avances registrados en materia de salud pública en todos los países durante los últimos 30 años, muchos grupos de población continúan soportando una carga desproporcionada de morbilidad y mortalidad prevenibles que se asocia con la desigualdad socioeconómica extrema característica de América Latina. La mortalidad materna, instancia emblemática de la inequidad social, subsiste como problema de salud pública que adquiere enormes dimensiones en ciertos grupos socioeconómicos, geográficos y étnicos. En atención a este tipo de situaciones, la consolidación de los sistemas basados en la atención primaria de la salud —la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades— se constituyó en un compromiso internacional cuyo logro depende de una asignación apropiada de recursos que responda a las desigualdades existentes entre esos grupos.

Dentro del mandato amplio de la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, estos instrumentos reconocen la salud como un derecho cuya concreción incluye el acceso a servicios y hacen hincapié en la importancia estratégica de la salud sexual y reproductiva (SSR) como uno de los ámbitos de la vida humana que son decisivos para lograr tal igualdad. La autonomía reproductiva se considera un aspecto del empoderamiento de las mujeres que es fundamental para el ejercicio de sus demás derechos. Asimismo, la carga física y social que recae

sobre las mujeres como consecuencia de la reproducción determina que la SSR constituya el ámbito de mayor diferenciación entre los sexos en materia de necesidades de atención, así como también de mayor generación de demanda de servicios. Estos hechos, unidos a la importancia cardinal de la reproducción saludable, no sólo para las mujeres, sino para la sociedad como un todo y las futuras generaciones, hacen que el tema de la SSR amerite una consideración particular en las políticas de salud y los procesos de reforma.

Las contradicciones que se plantean entre estos compromisos y algunas decisiones en el marco de las reformas del sector de la salud, tales como los esquemas de recuperación de costos o de privatización de los servicios que erigen barreras —a menudo infranqueables— para que las mujeres accedan a los servicios de SSR, deben ser objeto de atención por parte del sector. En este contexto es necesario llamar la atención sobre el hecho de que los compromisos adquiridos desde el nivel nacional no se reflejan necesariamente en la ejecución local de los programas de SSR. Cuestiones tales como los derechos sexuales de las mujeres, el acceso de los adolescentes de ambos sexos a los métodos anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, el tratamiento humanitario de las complicaciones del aborto inseguro y la prevención y el manejo de la violencia doméstica y sexual, se pasan por alto al establecerse las prioridades, cuando no se excluyen explícitamente en respuesta a las actitudes conservadoras de las autoridades locales. Valga resaltar con respecto al aborto, el asunto más controversial, que dos elementos básicos fueron acogidos en estos instrumentos: la garantía de servicios en aquellos contextos donde el aborto es legal y, en todos los casos, el manejo de las complicaciones del aborto inseguro.

Los sistemas de información

(Este es un asunto transversal en todos los campos de observación, pero se destaca especialmente en los siguientes: No. 1, La intersectorialidad, bajo el acápite de información estadística; No.2, La integralidad de los beneficios, bajo el acápite de la definición de las prioridades de atención; y No. 7, La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento, bajo el acápite de la disponibilidad y el flujo de información a la ciudadanía).

Siendo la generación de información confiable un proceso esencial en la formulación y el monitoreo de las políticas, otro de los compromisos más importantes adquiridos en estas conferencias fue el de recopilar, analizar y difundir información desglosada por sexo y otras variables socioeconómicas, con destino a apoyar la toma de decisiones, la planificación y la evaluación de políticas. Esta tarea convoca el esfuerzo de diferentes actores, entre ellos el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y los centros de estudio e investigación, para elaborar indicadores y métodos de investigación adecuados que permitan avanzar en los análisis de género.

El fomento de la participación

(Esta es una cuestión transversal en todos los campos de observación, pero se destaca específicamente en el séptimo, La participación, la rendición de cuentas y el empoderamiento, bajo el acápite de la disponibilidad y el flujo de información a la ciudadanía).

Estos compromisos no sólo consignan objetivos específicos para el logro de la igualdad de género, sino que definen un horizonte de acción que apunta a la consolidación de políticas de estado afianzadas en la participación de la sociedad civil. Tal tipo de logro exige que la más alta voluntad política se exprese en una apertura que garantice la participación amplia y efectiva de la población y en la creación de condiciones que propicien una participación orientada no hacia la realización de tareas prescritas por otros, sino hacia la construcción de las agendas políticas de salud y el control social de su ejecución. De ahí que los asuntos y parámetros identificados en este

componente estén estrechamente relacionados con los procesos de participación y empoderamiento y constituyan requisitos para el cumplimiento de los compromisos internacionales. La creación de institutos u oficinas para fomentar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres se ha designado como una estrategia crítica para la obtención de estos resultados. Existe el acuerdo de que estas instancias deben situarse en el más alto nivel del Estado y contar con autonomía administrativa y financiera. La coordinación del sector de la salud con tales instancias es de importancia neurálgica para fortalecer la inclusión de la igualdad y la equidad de género en los procesos de debate y desarrollo de políticas.

Educación

(Ver especialmente: Campo de observación 1, La intersectorialidad, bajo el acápite de la educación; y Campo de observación 6, La gestión de recursos humanos, bajo el acápite de la capacitación).

Un elemento importante de estos compromisos es el reconocimiento de las desventajas que crean para las mujeres la reproducción de estereotipos de género en la instrucción desde el nivel primario hasta el universitario, y consecuentemente, de la necesidad de incorporar cambios en los currículos de las escuelas y universidades en dirección a: a) ampliar el conocimiento sobre el impacto de las construcciones culturales de género y las relaciones desiguales de poder entre los sexos sobre el acceso a los recursos y servicios, la autonomía de las mujeres en cuanto a su salud, y el bienestar de la colectividad; b) mejorar la equidad y la eficiencia en la práctica profesional de la investigación y la atención de la salud; y c) contribuir a una gestión más equitativa de los recursos humanos del sector mediante la identificación y el afrontamiento de las desigualdades en oportunidades y obstáculos que enfrentan los hombres y las mujeres en su carrera profesional.

El trabajo no remunerado

(Ésta es también una cuestión transversal en todos los campos de observación, pero se destaca fundamentalmente en los siguientes: 1. La intersectorialidad, bajo el acápite de información estadística; 5. El financiamiento del sistema de atención, bajo el acápite del cuidado no remunerado de la salud en el hogar; y 6. La gestión de los recursos humanos, bajo el acápite de los recursos humanos no remunerados).

Reconociendo la importancia económica y social de la contribución del trabajo no remunerado de cuidado en los ámbitos doméstico y comunitario, particularmente el primero, los gobiernos se comprometieron a idear métodos apropiados dirigidos a: a) medir y valorar el aporte del trabajo no remunerado a la economía; y b) reflejar con exactitud ese valor en las cuentas satélite u otras cuentas oficiales que fuesen compatibles con las cuentas nacionales centrales. En el caso del sector de la salud este compromiso adquiere una especial relevancia, dadas la significativa proporción y la importancia de los cuidados de la salud que se prestan en el hogar y la comunidad, fundamentalmente por acción de las mujeres, así como también por los riesgos “ocupacionales” para la salud que conllevan el cuidado de los enfermos y discapacitados en el hogar, y la doble carga del trabajo doméstico y remunerado.

Transversalizar el enfoque de género

(Por definición, principio orientador del análisis en todos los campos de observación)

Esta área de compromiso atañe a todos los sectores del gobierno y se dirige a la puesta en práctica de procesos para ponderar las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluyendo legislación, políticas o programas, en cualquier área y en todos los niveles. Esta estrategia se encamina a lograr que los intereses y las experiencias, tanto de los hombres como de las mujeres, se constituyan en una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación

de las políticas y programas en las esferas políticas, económicas y sociales, de manera tal que la desigualdad entre las mujeres y los hombres no se perpetúe. La meta última es lograr la igualdad de género. Este compromiso fue reafirmado por los Estados Miembros de la OPS al adoptar la Política de Género (2005), mediante la cual los Estados y la Secretaría se comprometen a incorporar una perspectiva de género en todas las acciones de cooperación técnica y de desarrollo de políticas y programas en los países. La OMS se encuentra actualmente en el proceso de diseñar un plan de acción dirigido a poner en práctica la “Estrategia de integración del análisis y las acciones de género en el trabajo de la OMS”, aprobada por los Estados Miembros en 2007.

□ CUADRO 8: El cumplimiento de los compromisos internacionales

Asunto	Parámetros para evaluar la equidad de género en las políticas	Preguntas
Firma de acuerdos	Los gobiernos han suscrito y ratificado los acuerdos internacionales relacionados con la igualdad de género y la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha firmado el gobierno los principales convenios internacionales en materia de igualdad de género y salud (ver recuadro)? • ¿Existen leyes, políticas, planes o programas nacionales (o estatales en sistemas federales) cuya formulación se apoye en los contenidos de estos instrumentos? Cuáles? ¿Incluyen la dimensión de salud? • ¿Se ha instruido a los funcionarios del sector salud sobre su rol en el cumplimiento de estos convenios?
Procedimientos para la implementación de los convenios	Se han desarrollado planes de acción y/o procedimientos para implementar los convenios internacionales suscritos por los gobiernos dentro del campo específico de la salud, y en el contexto de las políticas sectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué esfuerzos se han hecho y qué procedimientos se han instalado con el objeto de implementar en las políticas de salud los aspectos pertinentes a la salud de estos convenios? • ¿Existe en el ministerio de salud una instancia responsable por el seguimiento de estos acuerdos? • ¿Se hace mención específica a estos convenios en el planteamiento de algunas políticas de salud? ¿A qué convenios y en qué políticas? • ¿Se plantea la salud sexual y reproductiva bajo la visión integral propuesta por Cairo? • ¿Se alude a estos convenios en el planteamiento de las políticas de reforma del sector salud? • ¿Qué avances (o retrocesos) respecto a áreas específicas de compromiso pueden señalarse en la formulación, implementación y monitoreo de las políticas sectoriales?
Participación de la sociedad civil en la implementación de los convenios	El sector salud cuenta con el aporte de grupos de sociedad civil con conocimiento y experticia en temas de igualdad de género y salud, para la toma de decisiones y desarrollo de planes que den cumplimiento a los acuerdos internacionales suscritos por los gobiernos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha convocado el sector salud a ONGs y centros académicos y de investigación reconocidos por su experticia en los temas de género y salud, para el desarrollo de planes y/o procedimientos que den cumplimiento a alguno/s de estos convenios internacionales? • ¿Han participado estas instancias de la sociedad civil en alguna o todas las etapas de formulación, implementación y monitoreo de estos planes y procedimientos?
Coordinación intersectorial	El sector salud ha coordinado con los sectores respectivos (p.e., estadísticas, educación, seguridad social) y particularmente con los ministerios u oficinas a cargo de asuntos relacionados con el adelanto de la mujer y la igualdad de género.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha coordinado el sector salud acciones con otros sectores para dar cumplimiento a los convenios internacionales en áreas específicas? ¿Con qué sectores? ¿Con qué objetivos? • ¿Existe coordinación y de qué tipo entre el sector salud y las oficinas de asuntos de la mujer para el desarrollo de planes y procedimientos que den cumplimiento a tales convenios internacionales?

REFERENCIAS

Bruce J., Quality of Care. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Family Planning*, 21 (2), 1990. pp. 61-91.

Daniels N, Bryant J, Castano R.A, Dantes O.G, Khan D.S, Pannarunothai, S., *Benchmark of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries*. Medford, MA, 2001.

Daniels N, Flores W, Pannarunothai, Ndumbe P, Bryant, J.H, Ngulube T.J y Wang Y., An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health-sector reform in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 83 (7), 2005.

Daniels N, Light D, Caplan R., *Benchmarks of fairness for Health Care Reform*, New York, Oxford University Press, 1996.

Durán M.A., *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid, Fundación BBVA, 2003.

Gómez Gómez, E. “La valoración del trabajo no remunerado: un instrumento de cooperación técnica de OPS para el logro de la igualdad de género”. En: OPS, CEPAL, CSIC (Eds), *La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington DC, OPS. En prensa.

Gómez Gómez, E. Género, equidad y salud: Retos para la acción, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), OPS, 2002a.

Gómez Gómez, E. Género, equidad y acceso a los servicios: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), OPS, 2002b.

Gómez Gómez, E., *Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe*, Contribución de la OPS a la Octava Sesión de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe, convocada por la CEPAL, Lima, Perú, 8-10 de febrero de 2000.

León M., Las mujeres y el poder. *Revista de PROFAMILIA*. 17 (33). Bogotá, 1999.

León M., *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1997.

Luciano, D., Indicadores para monitorear la equidad de género en las reformas del sector salud. Documento de trabajo. Programa de salud Internacional/Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington DC, 1998.

Naciones Unidas, *Plataforma de Acción, IV Conferencia Internacional sobre la Mujer*, Beijing, 1995.

Nechas, E. y Foley, D., *Unequal Treatment*, New York, Simon & Schuster, 1994.

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

OPS, “Adelantos en la incorporación de un enfoque de género en un área de cooperación técnica de la OPS: Las Cuentas Nacionales de Salud”. 21ª Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, Washington DC, marzo 2005.

OPS, *Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS, Washington DC, 2005.

OPS, *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. OPS, Washington, 2004. Documento de trabajo.

OPS, Unidad de Género, Etnia y Salud. *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. OPS, Washington, 2004.

OPS, Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Washington DC, 2003.

OPS, *Discriminación de las mujeres en el sistema de instituciones de salud provisional. Regulación y perspectiva de género en la Reforma*, OPS, Santiago de Chile, 2002.

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 de noviembre, 1986.

Ravindran, S., Understanding health sector reforms and sexual and reproductive health services; a preliminary framework. *Reproductive Health Matters*, 10 (20), Londres, Elsevier Sciences, 2002.

Reproductive Health Matters, 10 (20), 2002. (Número especial sobre “Health sector reforms: Implications for sexual and reproductive health services”).

Standing H., Gender – A Missing Dimension in Human Resource Policy and Planning for Health Reforms, *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*, 4 (1), 2000.

Standing H., Gender impacts of health reforms. The current state of policy and implementation. Trabajo presentado en la reunión de ALAMES, Habana, Cuba, julio 2000.

Standing H, *Framework for understanding gender inequalities and health sector reform: An analysis and review of policy issues*. Cambridge, Harvard Center for Population and Development Studies, 1999.

Standing, H., Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, 12 (1): I-IB, 1997.

Temas de salud reproductiva, (1), 2003. (Número especial sobre “Reformas en el sector salud”) . Edición condensada en español de *Reproductive Health Matters* 10 (20), 2002. Movimiento Manuela Ramos, Lima.

Vega, J. y cols., Equidad, género y salud, Proyecto de investigación, OPS, Washington DC, 2001.

WHO Commission on the Social Determinants of Health, Challenging Inequity through Health Systems. Final Report of the Knowledge Network on Health Systems. 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

WHO Commission on the Social Determinants of Health. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper. Geneva 2005.



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC. 20037

www.paho.org