

Desigualdades ocultas: Género y reforma del sector salud

Por Dra. Mirta Roses

Este artículo apareció en *Le Monde Diplomatique* (Número 43, enero de 2003)

http://www.eldiplo.org/resumen.php3?numero=43&resumen=43/R_13_29

La reforma del sector salud ha sido uno de los procesos de transformación sectorial más extendidos en América Latina y el Caribe en la última década. A pesar de que fue concebida como un medio para incrementar la equidad en la provisión de servicios y satisfacer las necesidades de salud de la población, las consideraciones en torno a las inequidades de género han sido escasamente abordadas.

A mediados de los '90, la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe iniciaron reformas de sus sistemas de salud y extensión de sus programas de seguridad social. La reforma sectorial formó parte del proceso de reforma del Estado y sus políticas se centraron prioritariamente en cambios institucionales y financieros en los sistemas de salud. Sus ejes centrales han sido la privatización, la descentralización y la separación de funciones entre la provisión y la regulación de los servicios.

Estas políticas, aunque en gran medida estandarizadas por las instituciones financieras internacionales, han tenido alcances e impactos diferenciados por país y subregión. La característica común en la mayoría de los países ha sido la limitada inserción de la perspectiva de género para abordar temas cruciales como el de los determinantes de salud, el acceso a servicios, el financiamiento, y el trabajo y la participación social en salud. La observación actual revela que no es posible seguir insistiendo en el potencial impacto de la reforma sectorial para reducir las inequidades si las necesidades y condiciones específicas de hombres y mujeres no se toman en cuenta desde el inicio en su diseño, implementación, financiamiento y monitoreo.

En relación con los determinantes de salud, la información disponible en América Latina y el Caribe muestra las disparidades entre hombres y mujeres en términos de participación social y política, acceso a la vivienda, educación, información, ingreso, protección social, alimentación, saneamiento básico, agua potable. También en otros aspectos como el uso del tiempo libre, riesgos frente a la violencia sexual y doméstica, y la participación en el trabajo doméstico y comunitario. Todos estos factores se presentan de manera distinta según sexo y, por lo tanto, establecen condiciones de vida, riesgos de salud y posibilidades de acceso a recursos y servicios diferenciados entre mujeres y hombres.

Las mujeres están concentradas en los trabajos de menor remuneración y con escasa protección laboral, a pesar de que su nivel educativo se ha incrementado considerablemente en las últimas dos décadas. Según datos de la CEPAL (1999), la relación entre el ingreso per cápita de las mujeres y el de los hombres fue en Bolivia de 45,1%, en Brasil 48,5%, en Costa Rica de 38,6%, en México 32,6% y en Guatemala el 37,6%. Asimismo, la proporción de hogares encabezados por mujeres en los distintos estratos de pobreza es realmente alarmante. Hacia 1999, en Bolivia el 24,4% de los hogares en condición de indigencia estaban encabezados por mujeres, en Argentina el 36,9%, en Costa Rica el 55,8%, en El Salvador el 35,5% y en Honduras el 32,2%.

En este sentido, aunque en la mayoría de las políticas de reforma se establece la población pobre como grupo prioritario, la ausencia de un análisis desagregado por sexo limita el desarrollo de estrategias eficaces que atiendan a la población según sus necesidades. El sexo también se

articula con otras categorías que pueden traer consigo diferentes niveles de vulnerabilidad social como la edad, la etnia, la zona de residencia, entre otras.

Además, el trabajo doméstico no reconocido ni compartido constituye una carga de trabajo adicional para las mujeres y una exposición a riesgos laborales específicos dentro del hogar. Igualmente, la violencia originada por razones de género es uno de los problemas más graves de salud pública. Según datos de las encuestas demográficas y de salud, en Nicaragua (1998), a nivel nacional, el 29% de las mujeres alguna vez en unión ha sido objeto de algún abuso físico o sexual alguna vez en su vida por parte de sus compañeros. En Colombia (2000) el 41% de las mujeres señaló que había sufrido violencia física por parte del esposo y en Perú (2000) el 41% de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero.

En términos de condiciones de salud, la mayor longevidad femenina no implica en ninguna medida mejor salud o calidad de vida. Las complicaciones vinculadas al embarazo y a la capacidad reproductiva continúan apareciendo como causas importantes de muerte. Tal como se señala en el informe de la OPS/OMS *La Salud en las Américas 2002*, en los albores del siglo XXI, el 15% de las madres gestantes en la Región sufrirán complicaciones potencialmente mortales durante el embarazo, el parto y el puerperio y, anualmente, por lo menos 22.000 mujeres en edad fértil de América Latina y el Caribe morirán por esa causa.

Por otro lado, la utilización de los servicios de salud se asocia a diversas variables como el estrato socioeconómico, la edad y el tipo de servicios. Las mujeres tienden a utilizar más los servicios preventivos, mientras que los hombres recurren con más frecuencia a los de urgencia, y las diferencias son variables en cuanto a servicios hospitalarios. Por su función reproductiva, las mujeres tienen mayor necesidad de utilizar los servicios de salud.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, habitualmente las mujeres pagan más que los hombres por su salud y participan con enormes desventajas en el sistema formal e informal de prestación de salud. Por éstas y otras razones, resultan más afectadas cuando hay variaciones en los servicios públicos y cuando hay dificultad para acceder a ellos.

Esta situación de discriminación negativa de las mujeres, contrasta enormemente con su rol como productoras de salud. Está comprobado que en los países de las Américas, las mujeres son las principales gestoras de salud familiar para todos los grupos de edad: niñas y niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se sabe también que las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral remunerada en salud (aunque con muy escasa presencia en puestos de toma de decisión), y que representan el 90% del voluntariado comunitario en salud, además de ser las principales protectoras de la salud familiar, en donde ocurre el 80% de los actos de detección oportuna y atención primaria de la salud.

Como indica el informe de la OPS, uno de los principios más básicos y generales de la reforma de los sistemas de salud expresa el concepto más democrático de que las políticas públicas abren espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en la forma de satisfacerlos. Cuando se habla de sistemas de salud no sólo se incluye a los establecimientos y redes, sino también a todos los que cumplen una función de provisión de cuidados de salud a las personas, “sin importar su naturaleza jurídica o económica”. ¿Tiene entonces la mujer, en este marco, la posibilidad de ocupar un lugar mejor?

Los cambios en los modelos de gestión deben incluir a la mujer, piezas clave en promoción de salud, de una forma más dinámica y contundente. Pero persisten muchos interrogantes al

respecto. Cabe preguntarse, ¿incluyen estas reformas medidas para reducir brechas injustas? ¿Consideran impactos diferenciales para mujeres y hombres de distintos grupos sociales? ¿La gestión de los recursos humanos incluye la participación femenina?

Un punto clave de este proceso, la descentralización, que aparece como una oportunidad para consolidar la participación de la mujer, también puede dar resultados negativos. Lo que podría ser un mecanismo canalizador de la voz femenina puede resultar en un efecto atomizador, relegando esas voces tan sólo a los niveles locales de discusión. Además, ¿proponen las plataformas de estas reformas mecanismos de inclusión para las mujeres de estratos sociales más pobres? Los laberintos de la exclusión pueden ser infinitos.

Las palabras pueden variar su sentido según cómo sean aplicadas. Políticas aparentemente neutras como “reducción de costos”, “eficiencia” y “descentralización” pueden reflejar, como señala Elsa Gómez, consultora del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS, profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía basada en el trabajo no pago de las mujeres, que son las principales proveedoras y promotoras del cuidado de salud en el hogar.

La mayoría de los países garantizan expresamente el derecho de los habitantes a los cuidados de salud, muchos de ellos en sus constituciones. Pero, curiosamente, no hay información accesible para que cada ciudadano conozca, ejerza y exija este derecho. Muchas veces las prestaciones básicas (ofrecidas en forma de paquetes) no son suficientes. La mujer es la principal afectada por estos problemas, entre otras cosas, por su mayor morbilidad y longevidad.

No cabe duda de que no existe neutralidad de género en las políticas sobre el sector salud. El proceso todavía está abierto. Las políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.

Incorporar la mirada de género garantiza la solidez de las políticas desarrolladas en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Es imperativo documentar las inequidades de género y diseminar estratégicamente esta información para fortalecer estrategias para este análisis. También propiciar mayor diálogo e interacción entre la sociedad y sus Gobiernos para poder abrir el juego a mayores y mejores propuestas integradas, plurales e iguales. Aún la agenda sobre género y reforma tiene varias asignaturas pendientes. Se necesita revisar el tema de la salud como derecho humano, que no se agota en el acceso a los servicios y aspectos como la dignidad y privacidad deben ser operacionalizados más allá de arreglos institucionales sobre problemas técnicos y de infraestructura, incorporando a las personas como sujetos sociales en la gestión en salud.

Por otro lado, los procesos de globalización han transformado el mapa laboral en América Latina y el Caribe, generando nuevas condiciones de trabajo y nuevos retos vinculados a la migración, el tráfico de personas, particularmente de mujeres y la explotación sexual, entre otros aspectos. En este sentido, la reforma del sector salud debe ser analizada más allá de los componentes institucionales y/o sectoriales, colocándola en un marco amplio de políticas públicas, en donde la salud sea entendida y atendida como un producto social.

Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles y se actúa para eliminarlas. Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables.