

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
VIII Conferencia Regional Sobre la Mujer en América Latina y el Caribe
Lima, Perú, 8-10 de febrero 2000

**EQUIDAD, GÉNERO, Y REFORMA DE LAS POLITICAS DE SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

División de Salud y Desarrollo Humano
Programa Mujer, Salud y Desarrollo
Washington, DC, January 2000



**EQUIDAD, GÉNERO, Y REFORMA DE LAS POLITICAS DE SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Preparado por:

Elsa Gómez Gómez
Asesora Regional
Mujer, Salud y Desarrollo
Organización Panamericana de la Salud

EQUIDAD, GÉNERO, Y REFORMA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Resumen

El ímpetu recientemente adquirido por las reformas de las políticas de salud y seguridad social (RSS) en toda la Región ha provocado un amplio debate con respecto a los efectos de dichas políticas sobre la equidad en la salud y el desarrollo humano. Este debate se ha concentrado, sin embargo, en las dimensiones territoriales y de estrato social sin que, hasta el momento, haya incorporado la dimensión de género. Tal ausencia se ha traducido en un vacío de políticas correctivas con respecto a las inequidades de género creadas o exacerbadas por las RSS, inequidades que no pueden combatirse con las mismas medidas empleadas para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos y regiones geográficas.

Los objetivos de este trabajo son dos: el primero es destacar algunas de las implicaciones más importantes para la equidad de género que se desprenden de las RSS, específicamente en términos de: a) la situación de salud y sus determinantes; b) el acceso, utilización y financiamiento de la atención; y c) el balance entre contribución y beneficio respecto al trabajo en salud. El segundo objetivo es proponer un conjunto de estrategias para identificar problemas, movilizar recursos, e institucionalizar respuestas de manera participativa.

El presente documento está organizado en cuatro secciones: la primera hace referencia a los mandatos y antecedentes institucionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que fundamentan la propuesta de incorporación de la perspectiva de género en los procesos de reforma. La segunda presenta los ejes conceptuales de esta propuesta. La tercera discute algunas de las principales implicaciones para la equidad de género que encierran las políticas de reforma sectorial más frecuentemente implementadas en la Región de las Américas. Finalmente, en la cuarta sección, se señalan los principales retos que plantea el objetivo de incorporar la perspectiva de equidad de género en las políticas de reforma sectorial y se propone una estrategia pluralista para documentar, evitar y corregir las inequidades de género en los procesos de RSS.

ÍNDICE

Página

Introducción.....		3
1. Antecedentes y justificación.....		4
1.1 El marco normativo institucional.....		4
1.2 Antecedentes específicos.....		5
2. Marco referencial para el análisis de la equidad de género en la reforma del sector salud		6
2.1. Ejes conceptuales.....		6
Género		6
Equidad		8
Participación democrática.....		10
2.2 Por qué el énfasis en las mujeres cuando se habla de equidad de género?.....		11
2.3 Equidad y sostenibilidad de la atención informal de la salud.....		16
3. Implicaciones de las políticas de reforma para la equidad de género		17
3.1 Descentralización y estímulo a la participación social.....		19
3.2 Reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios.....		21
3.3 Reestructuración de la gestión de recursos humanos		23
3.4 Ampliación de las opciones de financiamiento de la salud y participación del sector privado.....		24
4. Retos y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en la reforma del sector salud.....		31
4.1. Los retos		31
4.2. Las estrategias		33
Resumen y conclusiones.....		34

Introducción

El ímpetu recientemente alcanzado por las reformas de los sistemas de salud y seguridad social (RSS) en toda la Región ha motivado un intenso debate en el seno de gobiernos, sociedad civil y agencias multilaterales con respecto a los efectos reales y potenciales de estas políticas sobre la equidad en la salud y el desarrollo humano. Esta preocupación se ha concentrado, sin embargo, en las dimensiones territoriales y de estrato social sin que, hasta el momento, haya incorporado la consideración de sus impactos diferenciales sobre las mujeres y los hombres. La ausencia de este último elemento en el discurso sobre reforma se ha traducido en un vacío de políticas correctivas con respecto a las inequidades de género asociadas con estas reformas, inequidades que no pueden ser combatidas con las mismas medidas que se emplean para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos.

El presente documento persigue dos objetivos: el primero es el de destacar algunas implicaciones importantes de las RSS para la equidad de género en el ámbito de la salud, específicamente en: a) la situación de salud; b) el acceso, utilización y financiamiento de la atención; y c) el balance entre contribución y beneficio respecto al trabajo en salud. El segundo objetivo es proponer un conjunto articulado de estrategias para documentar las interacciones entre tales inequidades y tipos de reformas, identificar problemas, potenciar oportunidades y allanar obstáculos para el logro de objetivos de salud para todos.

El énfasis en género no conlleva una visión reduccionista de la realidad. Por el contrario, el análisis y la propuesta parten del reconocimiento esencial de que las desigualdades de género se articulan con otros tipos de desigualdades sociales que afectan los riesgos y las oportunidades para asegurar la salud. Por ende, cualquier estrategia dirigida a reducir las brechas de género deberá abordar ineludiblemente las diferencias de clase, etnia y edad que influyen sobre la índole y magnitud de las inequidades de género. El énfasis que se asigna a género en esta propuesta responde a la necesidad de visibilizar una importante dimensión de inequidad generalmente ignorada, y cuya consideración es crítica para el logro de objetivos de conocimiento, justicia social, eficacia y sostenibilidad de las intervenciones.

Para fines de presentación, este documento se ha dividido en cuatro secciones: en la primera se reseñan los mandatos institucionales y antecedentes específicos que fundamentan esta propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma. En la segunda sección se plantea de manera sumaria el marco conceptual que orienta la propuesta. En la tercera, se discuten algunas de las principales implicaciones para la equidad de género, que encierran las políticas de reforma sectorial más frecuentemente implementadas en la

Región de las Américas. Para finalizar, se señalan los principales retos que ofrece el objetivo de incorporar la perspectiva de equidad de género en las políticas de reforma sectorial y se plantea una estrategia pluralista para documentar, prevenir y corregir las inequidades de género en los procesos de RSS.

1. Antecedentes

1.1 *El marco normativo institucional*

La presente propuesta se enmarca dentro de dos principios rectores de la OPS, la búsqueda de la *equidad* y la *participación conjunta de los países* en la formulación de estrategias y el desarrollo de acciones para la producción de mejor salud para todos en la Región.

La búsqueda de la equidad constituye el eje central y distintivo del mandato de la OPS y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En congruencia con este principio, la reducción de las inequidades en el ámbito de la salud y el desarrollo humano ha sido declarada como el objetivo primordial de la cooperación técnica de la Organización. En su último informe cuadrienal, el Director de la OPS señala inequívocamente que *“el problema dominante de la salud en las Américas sigue siendo la inequidad. Es esta preocupación por la equidad la que enlaza todas nuestras actividades con la meta mundial de salud para todos, de cuyo sistema de valores es parte esencial la equidad”*¹.

Dentro de este contexto, la nueva política de salud para todos en el siglo XXI que aprobó la OPS/OMS destacó como uno de sus valores fundamentales *“la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud”* y enfatizó que la cooperación técnica deberá *“desarrollar las capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en el desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud”*². Reiterando compromisos institucionales que datan desde 1985, el Director enfatizó, también, la necesidad de *“asignar particular importancia a la salud de la mujer y a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y promover la toma de conciencia con respecto a temas de género en todos los niveles”*³.

El tema de las reformas de la salud y la seguridad social está cobrando particular relevancia regional debido a la vinculación de tales reformas con procesos

¹ OPS, *Liderazgo en salud panamericana*. Informe cuadrienal del Director 1994-1997. Washington D.C., OPS, 1998, p.3.

² OPS, Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25a. Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., septiembre 1998. CSP25/8, p.29.

³ OPS, *Liderazgo en salud panamericana*, p. 19.

transnacionales de integración económica y de reforma del Estado en los que, con demasiada frecuencia, están primando las consideraciones de eficiencia sobre las de equidad y derechos humanos. Esta tendencia reviste especial interés para una región que, como las Américas, se caracteriza por las mayores desigualdades económicas y sociales del mundo, y en donde este tipo de reformas ha permeado de una manera u otra todos los países. Como afirma el Director de la OPS, “*la salud no puede ser una víctima de esta reestructuración y reforma...[Las] brechas que son innecesarias e injustas deben ser cerradas*⁴”.

Esta orientación se deriva de la meta institucional de salud para todos, de los mandatos de los Cuerpos Directivos, y de otras disposiciones emanadas de acuerdos Regionales tales como la Cumbre de Presidentes de las Américas, y de convenios mundiales tales como la Cumbre Mundial de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Cumbre de Desarrollo Social, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Tal fundamentación pone de manifiesto que el carácter global de los retos planteados por las reformas torna la acción colectiva en un imperativo mutuamente beneficioso.

1.2. *Antecedentes específicos*

Durante los últimos tres años, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo (MSD) de la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS, ha venido avanzando conceptual y operacionalmente hacia el objetivo de operacionalizar la perspectiva de género en los contenidos y procesos de las políticas de reforma sectorial. A este efecto y, con el importante aval del Subcomité sobre Mujer, Salud y Desarrollo (subcomité especial del Comité Ejecutivo), el programa MSD ha promovido los siguientes tipos de acciones:

- Desarrollo de marcos conceptuales e indicadores para orientar el análisis y la monitoría de los procesos de RSS
- Discusiones técnicas y trabajo inter-programático dentro de la OPS, tanto en la sede como en los países⁵, con el objeto de discutir conceptos y estrategias.

⁴ Alleyne, George A.O., Discurso pronunciado ante la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., Septiembre 1998.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Programa Subregional Centro Americano Mujer, Salud y Desarrollo. Memoria de la reunión interprogramática sobre la incorporación de la perspectiva de género en el proceso de reforma sectorial. San José, Costa Rica, 18-19 agosto 1997. OPS, San José, Costa Rica, 1998.

- Reuniones inter-agenciales⁶ e intergubernamentales⁷ para discutir marcos de referencia, intercambiar experiencias y diseñar estrategias colaborativas.
- Compilación bibliográfica sobre temas relacionados con género, equidad y políticas públicas, con énfasis en RSS.
- Patrocinio de un concurso regional de investigación sobre género y acceso equitativo a la atención que arrojará próximamente resultados significativos en seis países de América Latina y el Caribe (LAC).
- Identificación de investigadores y activistas en la Región trabajando o con interés de en trabajar la temática de equidad, género y reformas de la salud y la seguridad social; y puesta en marcha de una red electrónica de discusión sobre género y reforma con objetivos de difusión de información, intercambio de ideas, abogacía y capacitación.
- Alianzas con redes regionales de mujeres que defienden objetivos de equidad y salud.
- Asesoría directa a los países

Dentro de los logros de esta iniciativa, vale destacar la inclusión de servicios de prevención y atención de la violencia doméstica en el contexto de los nuevos modelos de atención que se están implantando en los países de la Subregión centroamericana.

2. Marco referencial para el análisis de la equidad de género en la reforma del sector salud

2.1 Ejes conceptuales

Tres conceptos mutuamente relacionados y superpuestos constituyen los ejes del trabajo que aquí se presenta. Estos conceptos básicos son: género, equidad y participación.

2.1.1 Género

A diferencia de "sexo", término generalmente usado para designar la diferenciación biológica entre hombre y mujer, el concepto de "género" hace referencia a las construcciones sociales que delimitan y articulan en relaciones de poder, los ámbitos

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Memoria de la primera Reunión del Grupo de Consulta sobre Género y Reforma del Sector Salud, Washington DC, Octubre 6-7, 1998. OPS/HDW, Washington DC, 1999.

⁷ Organización Panamericana de la Salud, Informe Final, Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. 18a Sesión, Febrero, 1999

culturalmente definidos como “femeninos” y “masculinos”. Género constituye, pues, el significado social y político que adquiere en el tiempo y en el espacio, la diferencia biológica de sexo.

En las últimas dos décadas la categoría género ha comenzado a alcanzar reconocimiento en las ciencias sociales como uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. Más allá de su relevancia micro-psicológica en la formación de la subjetividad y la estructuración de las relaciones interpersonales, género ocupa un lugar central –**junto con clase y raza**– en el nivel macrosocial de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica.

El centro de atención de los enfoques de género en el desarrollo, en contraste con los de Mujer en el Desarrollo, no es la mujer *per se*, sino las *relaciones de desigualdad* entre mujeres y hombres. Las mujeres, en consecuencia, son tratadas más bien como parte integral de cualquier estrategia de desarrollo, que como grupos aislados de interés especial.

La importancia ordenadora del género en un nivel macro radica en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía. Género asegura, por un lado, la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce, disciplina, y es puesta en circulación (trabajo reproductivo); y condiciona, por el otro, las alternativas de los individuos en el ámbito del trabajo remunerado (trabajo productivo).

En la mayoría de las sociedades, el trabajo reproductivo recae predominantemente sobre las mujeres. El trabajo productivo es realizado por hombres y mujeres, pero dentro de mercados profundamente segmentados por sexo. La especificidad de la experiencia socioeconómica de las mujeres se encuentra en la intersección de esas dos esferas, esto es, en el vínculo interactivo entre sus roles reproductivos y productivos.

La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores de pobreza tiene sus raíces en la centralidad social de su rol reproductivo y en el impacto de esta centralidad sobre la reducción de sus oportunidades de participación en la esfera productiva. De manera predominante, dicho efecto se manifiesta en la desvalorización social del trabajo “femenino” tanto en el mercado laboral como en el hogar. Así, en el sector formal del sistema de salud las mujeres se concentran en las ocupaciones de menor remuneración, prestigio y poder de decisión, y en los ámbitos informales de la comunidad y la familia el trabajo de las mujeres es gratuito.

De lo anterior se desprende que el abordaje de la salud desde una perspectiva de género incluye pero va más allá de una respuesta adecuada a las necesidades asociadas con las diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Exige, además, el reconocimiento y respuesta a las necesidades específicas de cada sexo que se derivan de *las relaciones desiguales de poder* entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos sociales masculinos y femeninos). Demanda, entonces, como pre-requisito un examen y una comprensión

apropiadas de las formas en que estas diferencias de poder sobre los recursos se manifiestan en los perfiles epidemiológicos y en los procesos de “consumo” y “producción” de la salud.

Podría decirse, entonces, que el abordaje de la salud desde una perspectiva de género, incluiría los siguientes elementos básicos:

- a) Énfasis, como objeto de interés, en las **desigualdades** entre hombres y mujeres con respecto a:
 - Distribución de **riesgos y necesidades** en salud derivados de la diferencia biológica, las condiciones materiales de vida, la división sexual del trabajo, y las relaciones de poder entre los sexos.
 - **Acceso y control** sobre los **recursos** necesarios para manejar los riesgos, y para promover y recuperar la salud (incluyendo recursos materiales, informativos, políticos, de servicios y de tiempo).
 - Balance entre **contribuciones y recompensas** 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.
- b) 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 dotación de personal en los servicios, afecten simultáneamente la carga de trabajo informal de atención que recae predominantemente sobre las mujeres.
- c) Fomento del “**empoderamiento**” y de la **participación** activa de las mujeres--y los grupos más desfavorecidos-- en los procesos de cambio dirigidos a lograr una redistribución más justa de las cargas, los beneficios, y el poder para influir sobre el desarrollo de la salud.
- d) Desarrollo de mecanismos de **articulación intersectorial** para la formulación y vigilancia de las políticas pro-equidad, en los cuales se integren representantes de organizaciones de la sociedad civil defensoras de la equidad de género.

El núcleo de la relación entre género y desarrollo es, pues, la visión de una sociedad más equitativa, con una *distribución más justa de los recursos y beneficios* del desarrollo y con una mayor *participación* de las mujeres—especialmente de los sectores menos privilegiados--en las decisiones que afectan el bienestar común.

2.1.2 *Equidad*

La equidad es un concepto ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. Equidad no es lo mismo que igualdad. La noción de inequidad

aceptada por la OMS se refiere a aquellas desigualdades consideradas innecesarias y evitables y, además, injustas⁸. En términos operacionales, la equidad en salud se traduciría en la minimización de disparidades *evitables* en la salud y sus determinantes—incluyendo pero no limitándose a la atención de la salud—entre grupos de personas que poseen diferentes niveles de privilegio social⁹.

Al hablar de salud conviene hacer la distinción entre estado de salud y atención de la salud. El *estado de salud* se refiere al bienestar físico, psíquico, y social de las personas. La *atención de la salud* es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud y se utiliza para referirse a los aspectos principales de los servicios de salud: accesibilidad, utilización, calidad, asignación de recursos, y financiamiento.

Diferentes sociedades manejan diferentes concepciones de equidad. Algunas, por ejemplo, enmarcan sus metas de equidad en el compromiso de lograr un nivel mínimo de salud y atención de salud para todos, sin que esto conlleve la reducción de disparidades una vez que los grupos más desfavorecidos hayan alcanzado ese nivel mínimo. Esta concepción, denominada “libertaria”, prioriza la libertad de los individuos de comprar la atención de salud que se prefiera. Otras sociedades fijan como meta para todos, el logro de los niveles de bienestar alcanzados por los grupos más favorecidos. En tal sentido, los avances de los grupos más favorecidos se toman como parámetros de lo que es posible lograr en esa sociedad particular, y la equidad se ve como una participación amplia en el desarrollo de la salud. Esta concepción denominada “egalitaria” juzga la equidad en términos de como la atención se distribuye de acuerdo con la necesidad y se financia de acuerdo con la capacidad de pago¹⁰.

Desde la perspectiva de OPS/OMS, la equidad en el estado de salud se ve como el logro por parte de *todas las personas* del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. Consecuentemente, la equidad en la *atención de la salud*, significaría que los recursos para la salud fueran asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios fueran recibidos de acuerdo con la necesidad, y el pago por los mismos fuese hecho de acuerdo con la capacidad económica¹¹.

La equidad de *género* en el ámbito amplio de la salud implicaría, entonces:

⁸ Whitehead, Margaret, The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services 22: 429-445, 1992.

⁹ Braveman, Paula, Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries. Geneva, WHO/CSH/HSS/98.1, 1998, p.2

¹⁰ Braveman, Paula, Op. Cit.; Wagstaff, Adam and van Doorslaer, E., *Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions*. En: Equity in the financing and delivery of health care: An international perspective. Edited by van Doorslaer, E., Wagstaff A., y Rutten, F., Oxford, Oxford University Press, 1993.

¹¹ Braveman, Op.Cit, p. 3

- a) En el *estado de salud*: La eliminación de diferencias innecesarias, injustas y *evitables* entre hombres y mujeres, en relación con las oportunidades de disfrutar de salud, y las probabilidades de enfermar, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles.
- b) En el *acceso y la utilización de servicios* de salud: La *asignación* de los recursos (tecnológicos, financieros y humanos), no según un sistema de cuotas iguales entre mujeres y hombres, sino según criterios diferenciales de acuerdo con las *necesidades* particulares de cada sexo. Implica asimismo, que hombres y mujeres no solo tengan acceso teórico sino que *reciban* efectivamente, atención de calidad de acuerdo con sus *necesidades*.
- c) En el *financiamiento de la atención*: Que tanto mujeres como hombres contribuyan de acuerdo con su capacidad económica, y no con sus necesidades. Específicamente, que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres en razón de su mayor necesidad de atención.
- d) En el balance entre *contribuciones y recompensas* en la producción de la salud: Que se reconozca, facilite, valore, y distribuya justamente el trabajo de cuidado de la salud--sea este remunerado o gratuito-- y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en las decisiones sobre asignación de recursos dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

“...más allá del examen de la situación de ventaja o de desventaja que exhiben las mujeres y los hombres, hay una necesidad importante de analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por unas y otros, y 2) las recompensas y los beneficios respectivamente obtenidos. Este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar¹²”.

2.1.3 Participación democrática

Desde una óptica de equidad, la participación social no se concibe de manera pragmática-instrumental, sino como el ejercicio del derecho ciudadano para influir sobre los procesos que afectan el bienestar colectivo. A este respecto es esencial subrayar, como lo destaca el PNUD, que *“en el ejercicio real de poder o de autoridad para la toma*

¹² Anand, Sudhir y Sen, Amartya, Gender inequality in human development: Theories and Measurement. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19, 1995, p.2.

de decisiones, las mujeres son una clara minoría a través del mundo"¹³. El sistema de salud no es una excepción a esta tendencia generalizada. Por el contrario, es en este sector en el cual con mayor frecuencia se observa a las mujeres participando activamente durante la fase de ejecución de programas comunitarios, a tiempo que permanecen excluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos.

Las mujeres, con sus intereses, necesidades, perspectivas y demandas, no han recibido reconocimiento como grupo social que amerita ser representado y ante el cual es necesario rendir cuentas. Las decisiones son generalmente tomadas en nombre de las mujeres bajo la presunción de su consentimiento y de una comunidad de intereses con los hombres. Esta presunción, sin embargo, no corresponde necesariamente a la realidad: cuando se ha consultado a las mujeres, las prioridades que ellas han expresado para sí mismas y sus familias han sido muy diferentes de las prioridades expresadas por sus familiares masculinos más cercanos o por los políticos y burócratas distantes¹⁴. Se ha visto, por ejemplo, que la salud constituye una prioridad más alta para las mujeres, y esta tendencia se evidencia en el uso que hombres y mujeres hacen del ingreso familiar que respectivamente controlan¹⁵, y en el hecho de que las mujeres se organizan más frecuentemente que los hombres alrededor de asuntos de salud¹⁶.

La consideración de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales en la gestión de políticas, así como la rendición de cuentas por parte de sus ejecutores—Estado o sector privado—no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. Dadas las necesidades particulares de las mujeres y la escasa representación de estas en la toma de decisiones políticas, el estímulo a la participación de las organizaciones de mujeres se convierte en requisito inherente a un sistema democrático. Es, también, un elemento indispensable para elevar la prioridad de la salud dentro de las agendas políticas, y asegurar la sostenibilidad del desarrollo humano.

2.2 ¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando se habla de equidad?

Con frecuencia se cuestiona el énfasis en las mujeres dentro del contexto de equidad de género en salud. ¿Por qué las mujeres, se pregunta, cuando son ellas las que sobreviven a los hombres, las que más frecuentemente concurren a los servicios de salud, y las que representan una cuota mayoritaria dentro del personal del sector salud?

¹³ PNUD, Human Development Report 1995, New York, PNUD, 1995, p. 86

¹⁴ Ashworth, Georgina, *Gendered Governance: An Agenda for Change*. New York, UNDP, Gender in Development Monograph Series #3, 1996, p.10.

¹⁵ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington D.C., BM, 1993.

¹⁶ Beall, Jo, *Urban Governance*. Why Gender Matters. New York, UNDP, Gender in Development, Monograph Series #1, 1996, p.12.

Ciertamente, las mujeres tienden a sobrevivir a los hombres. Sin embargo, esa ventaja de supervivencia se ha visto históricamente disminuida, e incluso anulada, en ambientes de pobreza. La evidencia existente sugiere que la pobreza afecta de manera más negativa la salud y la supervivencia de las mujeres que de los hombres. Este fenómeno ha sido observado, no solo entre países de distinto nivel de desarrollo, sino también internamente, entre poblaciones pobres y no-pobres, como lo ilustra la Figura 1.

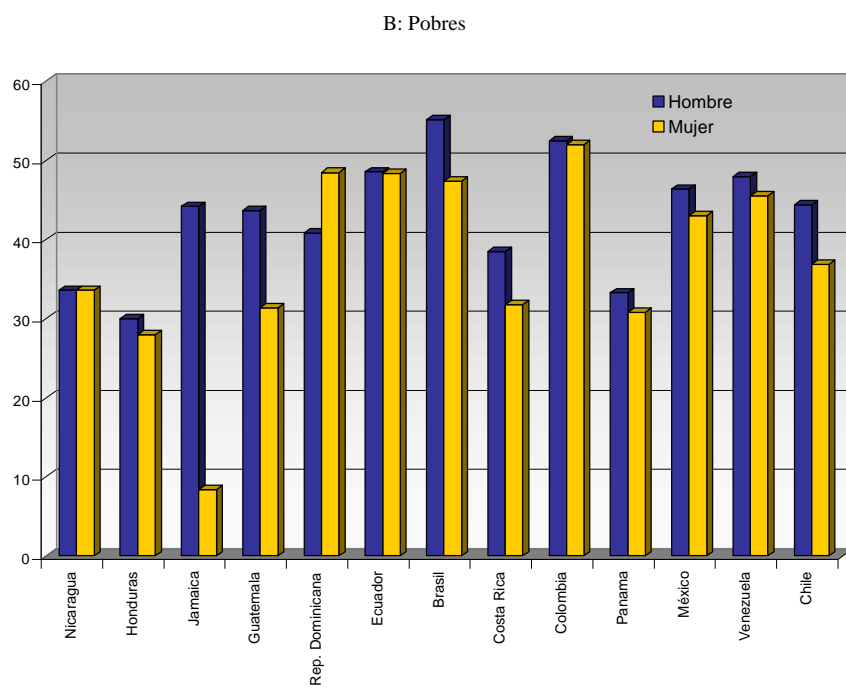
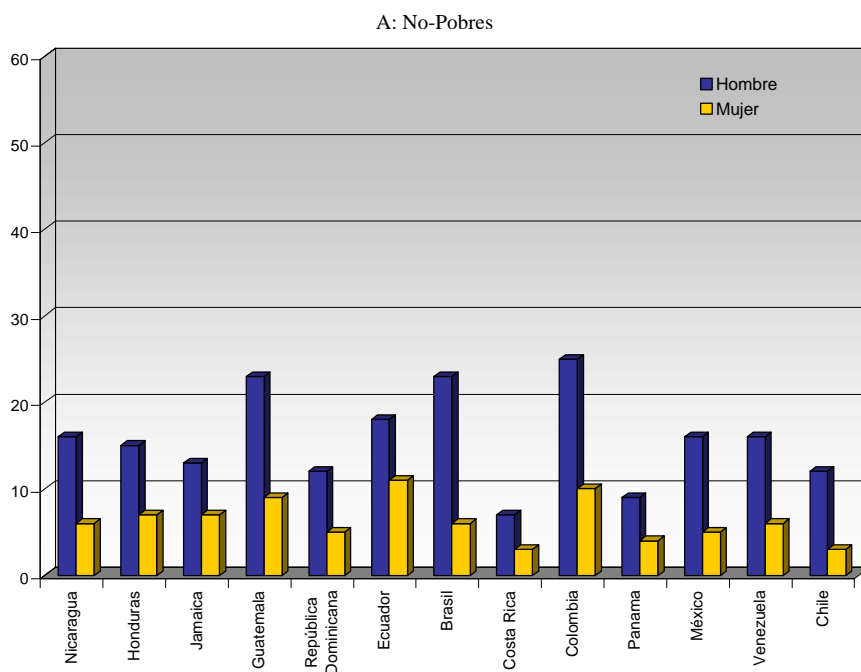
Por otra parte, la mayor longevidad no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos a lo largo de la vida, mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo, particularmente durante las edades avanzadas. Las encuestas de hogares realizadas en LAC en los últimos años sugieren prevalencias femeninas de condiciones agudas y crónicas, significativamente mayores que las masculinas. Esta diferencia se mantiene a través de los países y de los distintos estratos sociales, y como lo han demostrado otros estudios, tal diferencia responde a condiciones objetivas y no, simplemente a diferencias de percepción o declaración.¹⁷

Este factor de mayor morbilidad femenina, conjugado con los requerimientos exclusivos de la función materna, hacen que la necesidad de servicios de atención de las mujeres exceda, con mucho, la de los hombres. El reconocimiento de estas diferencias es básico dentro de la visión de equidad que implica correspondencia entre necesidades y utilización de servicios y supone, por ende, una mayor oferta y utilización de servicios dirigidos a las mujeres. En este sentido valga resaltar que, aunque en efecto existe una tendencia general hacia la mayor utilización de servicios por parte de las mujeres, se han registrado instancias en países en desarrollo y en estratos de pobreza, donde tal utilización es menor que la de los hombres, cuando se toma en cuenta el factor necesidad.

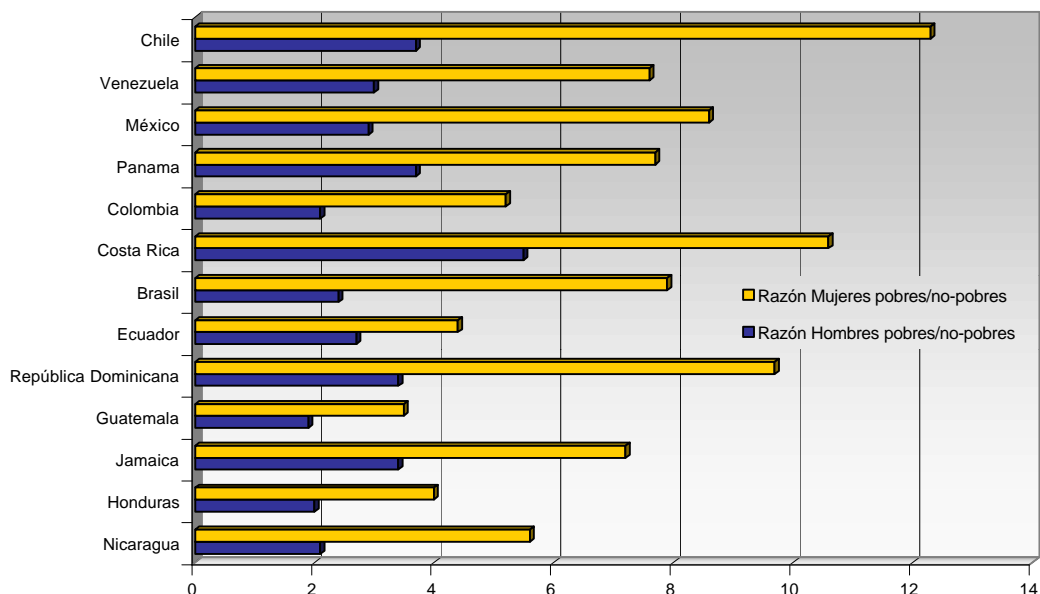
Y, finalmente, aunque las mujeres constituyen más del 80 por ciento del personal formal de salud, es importante señalar que permanecen mínimamente representadas en los niveles de decisión del sector.

¹⁷ Datos preliminares del estudio OPS/BID/BM, "Access, Utilization and Private Spending on Women's Health: An analysis of household surveys in 6 countries", Washington D.C., OPS 2000.

Figura 1: Probabilidad de morir (por 100) para hombres y mujeres, entre 15 y 59 años de edad



C: Razón entre pobres/no-pobres en la probabilidad de morir para hombres y mujeres (por 100) entre 15 y 59 años



Preparado por HDW/HDP/OPS con datos de la OMS - The World Health Report 1999

El énfasis en las mujeres deviene, entonces, del reconocimiento de que mujeres y hombres ocupan posiciones diferentes frente a la utilización y a la provisión de atención de la salud y a la necesidad de enderezar la balanza entre necesidades y recursos y entre contribuciones y beneficios. El reconocimiento de la desventaja generalizada de las mujeres en cuanto al acceso a recursos está en la base de los argumentos de las agencias internacionales y los gobiernos para focalizar la población femenina. *“Ningún país del mundo trata tan bien a sus mujeres como a sus hombres”* (UNDP)¹⁸

Este énfasis, sin embargo, responde no solo a un imperativo moral de justicia social, sino también a consideraciones pragmáticas de eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones. Tales consideraciones parten de un amplio número de estudios recientes que han demostrado de manera concluyente, que las inversiones en mujeres (particularmente en educación, salud y nutrición), producen mayores réditos que las inversiones en los hombres, en términos de eficiencia, costo-efectividad, e impacto sobre la salud y el bienestar de la siguiente generación.¹⁹

En síntesis, las razones para el énfasis en las mujeres son las siguientes:

¹⁸ PNUD, 1995, Op. Cit.

¹⁹ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington D.C., BM, 1993.

- a) Las mujeres tienen una **mayor necesidad de servicios de salud** que los hombres--derivada particular pero no exclusivamente, de su rol biológico en la reproducción, y de su mayor longevidad. Se ha estimado que un 34% de la carga de enfermedad de las mujeres se debe a problemas de salud reproductiva.
- b) Las mujeres se encuentran **desproporcionadamente representadas entre los pobres**, y por ello, tienen menor acceso a remuneración y a otros recursos para la salud, incluyendo servicios de salud y seguridad social en el largo plazo.
- c) Las mujeres se hallan en una **posición de desventaja dentro del sistema de salud**: predominan en los escaños de más baja 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 el desarrollo de la salud.
- d) Las mujeres son las **principales proveedoras de atención** dentro de la familia y sobre ellas recae mayormente la **carga de trabajo** en relación con tal cuidado, resultando las más afectadas por el aumento o reducción de servicios públicos.
- e) También por ser las mujeres **las principales gestoras de la salud de la familia**--particularmente de los niños(as)--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.

Este énfasis en las mujeres de ninguna manera actúa en detrimento de la aplicabilidad del enfoque de género a la salud del hombre. Por el contrario, en los últimos años ha comenzado a tomar fuerza una importante corriente de estudios sobre las construcciones de la masculinidad y su impacto sobre la salud de los varones. Resultaría absurdo continuar ignorando los factores de género inmersos en la desventaja de supervivencia masculina. De manera indiscutible, las mayores diferencias por sexo en la mortalidad por causas comunes a ambos sexos, se concentran alrededor de causas evitables ligadas a comportamientos de riesgo culturalmente considerados masculinos. Esta sobremortalidad masculina alcanza proporciones dramáticas en la Región (5 a 10 veces mayor) en relación con causas externas tales como accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados; y es también notable con respecto a enfermedades tales como cáncer de pulmón (10 veces mayor), cirrosis hepática (4 veces mayor), y SIDA (3 veces mayor) Cabe destacar, asimismo, las mayor carga de enfermedad en los hombres que en las mujeres por dependencia de sustancias tóxicas tales como alcohol (7 veces mayor) y droga (3 veces mayor), y el impacto más perjudicial que ejercen el desempleo y la jubilación sobre la salud mental y la autoestima de los varones. Valga, entonces, enfatizar que--aunque con manifestaciones diferentes según el sexo--la relación desigual de poder entre hombres y mujeres y las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder

masculino, ejercen también efectos claramente negativos sobre la integridad física y psíquica de los hombres e, incluso, sobre su conducta de búsqueda de atención.

2.3 *Equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención informal de la salud*

Como lo destaca el *Informe de Desarrollo Humano 1999* los estudios del impacto de la globalización sobre las personas, se han concentrado en los temas de empleo, ingresos, educación y otras oportunidades. Menos visible, y con frecuencia ignorado, ha sido el impacto de estos procesos sobre la atención informal, esto es, sobre la tarea de proveer cuidado a los niños, los enfermos, los ancianos, y al resto de la población que requiere mantener y reponer su salud y energía para el trabajo. Este cuidado, denominado reproducción social, es esencial para la sostenibilidad económica.²⁰

Este importante informe del PNUD dedica un capítulo entero al tema del cuidado, destacando los efectos inquietantes que sobre esta función esencial están teniendo los procesos de globalización. La globalización está comprimiendo el cuidado por varias vías: a) los cambios en las formas en que las mujeres y los hombres usan su tiempo reducen la porción del mismo disponible para el cuidado; b) las presiones fiscales sobre el estado se traducen en recortes del gasto público en servicios; y c) la brecha salarial entre los sectores de intercambio y no intercambio desincentivan la oferta de servicios de cuidado en el mercado. El género es un factor central en todos estos impactos debido a que-- como se ha reiterado en este documento-- las mujeres detentan la principal responsabilidad por estas actividades, la mayor parte de su carga, y la menor remuneración por las mismas. Así, el trabajo de cuidado en el hogar no es remunerado, en la comunidad es voluntario, y en el mercado percibe un salario bajo relativo a las calificaciones requeridas²¹.

Se ha estimado que las mujeres, además de trabajar más horas que los hombres, gastan 2/3 de esas horas en trabajo no remunerado (los hombres gastan solo 1/4), y la mayor parte de esas horas es para trabajo de cuidado.²² (Cuadro 1)

El sector salud, tal vez más que ningún otro sector, se ha apoyado históricamente en los roles de género asignados a la mujer y en su trabajo no remunerado. Más del 80% del trabajo de diagnóstico temprano y de promoción y cuidado de la salud, se realiza fuera de los servicios formales. Sin embargo, con la creciente participación de las mujeres en la fuerza de trabajo remunerado, la provisión continuada de este cuidado gratuito no es plausible en el largo plazo. Este previsible déficit adquiere mayores proporciones cuando se considera que las reformas del sector están apuntando hacia la reducción de los servicios públicos y la privatización de los mismos.

²⁰ UNDP, *Human Development Report 1999*. New York, Oxford University Press, 1999, p. 77

²¹ Ibid.

²² UNDP, *Human Development Report 1995*. New York, Oxford University Press, 1995.

Cuadro 1: La mayor parte del trabajo de la mujer permanece no-remunerado, no-reconocido y subvalorado.

Distribución del tiempo de trabajo.				
		Tiempo de trabajo (minutos por día)	% en cuentas nacionales	% fuera de cuentas nacionales
Colombia	Mujer	399	24	76
(zona urbana)	Hombre	356	77	23
Guatemala	Mujer	678	37	63
(zona rural)	Hombre	579	84	16
Venezuela	Mujer	440	30	70
(zona urbana)	Hombre	416	87	13

Fuente: PNUD – Informe de Desarrollo Humano, 1995.

En el pasado, la provisión de este cuidado se aseguró con una división del trabajo por género, mediante la cual la labor de cuidado se constituía en una obligación para las mujeres (y en una opción para los hombres). A futuro, la dudosa efectividad y sostenibilidad de este sistema de atención en el largo plazo, así como el posible colapso del mismo, no comienzan aún a visualizarse seriamente debido, en gran parte, a la misma invisibilidad del trabajo no remunerado de las mujeres.²³ Las tendencias observadas, sin embargo, señalan la urgencia de que el costo real de la provisión de atención, sea confrontado explícitamente y distribuido justamente entre **hombres y mujeres**, y entre la **familia** o la comunidad, el **estado**, y el **mercado**. El desafío clave para el futuro estriba en encontrar los incentivos y las retribuciones que aseguren una oferta de servicios de cuidado que reconozca la equidad de género y la distribución justa de las cargas y los costos entre estos actores.²⁴

3. Implicaciones de la reforma del sector salud para la equidad de género

Idealmente la reforma del sector salud se ha concebido como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión, y la efectividad de sus actuaciones, para con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”²⁵. La equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social son los criterios rectores de la cooperación técnica de la OPS en esta área. El reto central planteado por estas reformas es el de lograr una coexistencia entre la equidad y la eficiencia sin que, en ningún caso, la equidad se subordine a la eficiencia.

²³ Harrington, Mona, *Care and Equality*. New York, A.A. Knopf Publishers, 1999.

²⁴ UNDP, Op. Cit., 1999, p. 82-83.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*. Washington D.C., OPS, 1998, p.13.

A mediados de la década de los 90 casi todos los países de LAC habían iniciado o estaban considerando iniciar, reformas de los sistemas de salud y seguridad social. Enmarcadas dentro de los procesos amplios de globalización y reforma del Estado, estas reformas se han caracterizado por tres grandes tendencias: fortalecimiento de las fuentes privadas de financiamiento, descentralización de los servicios, y fortalecimiento de la prestación de servicios a través de medios privados. Valga resaltar, que pese a la existencia de importantes denominadores comunes, los procesos de reforma no son totalmente homogéneos, sino que exhiben modalidades y características propias que se derivan del contexto político y económico en que se insertan.

Ciertas formulaciones de política sanitaria que parecieran neutras en materia de género con frecuencia ocultan importantes sesgos de género. La base de tales sesgos es la ya señalada desvalorización del trabajo de las mujeres y el no-reconocimiento de la contribución económica que representa su trabajo no remunerado dentro del hogar. Así, mientras la economía se define principalmente en términos de bienes y servicios de mercado, aquellas actividades esenciales para la salud que no conllevan remuneración—tales como la crianza de niños, el acarreo de agua y de combustible, el procesamiento y preparación de alimentos, la limpieza y administración del hogar, y el cuidado de los familiares ancianos, enfermos y discapacitados—no figuran en las cuentas nacionales.

En consecuencia, formulaciones aparentemente neutras, como "reducción de costos", "eficacia", "eficiencia", y "descentralización", 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 para proveer asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos y los discapacitados. Ausentes de estas políticas está cualquier consideración relativa al impacto que las expectativas de disponibilidad y gratuidad del tiempo de las mujeres ejercen sobre su situación de empleo, remuneración, gasto, y desgaste físico y emocional. Ausente, está también en la mayor parte de los casos, la consideración de estructuras de apoyo a la provisión de atención en el hogar. Estos vacíos ponen en riesgo no solo la salud de la cuidadora sino, también, la de aquellos que supuestamente debieran recibir su cuidado.

Desde una perspectiva de género, las preguntas más generales con respecto a la RSS serían las siguientes: ¿Contribuye la RSS a reducir, exacerbar o perpetuar las desigualdades de género existentes en la salud, la atención de la salud, y la participación en las decisiones que afectan el sistema de salud? Y de manera más específica, ¿En qué

medida facilita o dificulta la RSS el ejercicio ciudadano del derecho a la salud, particularmente el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres?

En este tipo de examen es esencial reiterar que, pese a la presencia de ciertos comunes denominadores de desventaja socioeconómica de las mujeres, las categorías derivadas de la dimensión de género no son homogéneas. Por el contrario, existen importantes diferencias entre las mismas mujeres que se derivan de factores tales como edad, clase, raza, nacionalidad, y que exigen que tales factores se incorporen explícitamente en el análisis y las intervenciones.

A continuación se presentarán de manera esquemática algunos de las consideraciones que, desde una perspectiva de género, deberían ser planteadas con respecto a las políticas o componentes de la RSS de más frecuente implantación en la Región²⁶. Estos componentes se han clasificado de la siguiente manera: 1) descentralización y estímulo a la participación social; 2) reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios; 3) reestructuración de los sistemas de desarrollo y administración de los recursos humanos; y 4) reestructuración de los sistemas de financiamiento, incluyendo la participación del sector privado. Valga resaltar que existen grandes áreas de superposición entre estas categorías, razón por la cual, algunos temas aparecen en más de un componente.

Estas políticas se miran desde la triple perspectiva de su **contenido, proceso, e impacto**. Los contenidos se refieren a las metas y actividades (p.e., descentralización, privatización del financiamiento, focalización), los procesos tienen que ver con las relaciones entre los actores institucionales y la forma como estos actores definen metas y actividades; y los impactos aluden a la manera como los actores reaccionan o son afectados por tales actividades. Desde la perspectiva de género, el énfasis en procesos e impactos es fundamental porque nos permite examinar críticamente la forma como la reforma es afectada y afecta las relaciones sociales y económicas entre los sexos.

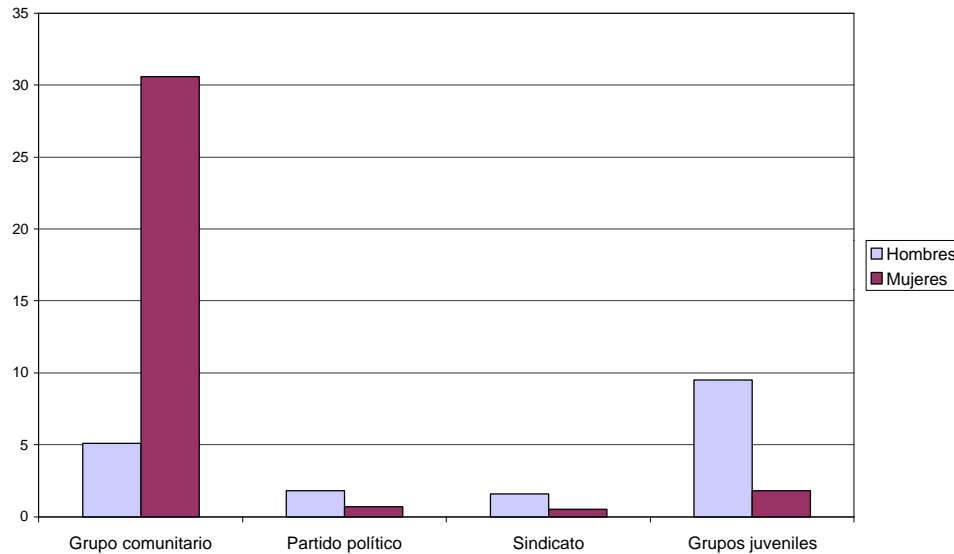
3.1 Descentralización y estímulo a la participación social

En el área de descentralización, la preocupación por la equidad, se ha dirigido fundamentalmente a las desigualdades inter-regionales que se originan o se afianzan en las inequidades geográficas preexistentes en cuanto a distribución de recursos. Muy limitada hasta ahora ha sido la preocupación por los procesos internos de la comunidad y por el problema medular que constituye la identificación de las circunstancias en las cuales los sistemas descentralizados contribuyen a mejorar el acceso o a marginar más aún a los grupos vulnerables.

²⁶ Este esquema se basa, fundamentalmente, en el trabajo desarrollado por Hilary Standing, 1997, Op. Cit.

El tema de la descentralización reviste múltiples implicaciones para la equidad y el género en el ámbito de la salud. Esta sección se limitará a destacar que, dependiendo de la forma como se diseñe e instrumento, la descentralización puede tener efectos opuestos sobre la cantidad y la calidad de la participación de las mujeres en los niveles locales. Así, como la descentralización puede constituirse en la ventana de oportunidad para aumentar la participación de las mujeres en las estructuras de poder local, puede resultar también en una mayor marginación de los grupos tradicionalmente sin poder—entre los que se cuentan las mujeres—e, incluso, llegar a traducirse en un aumento desproporcionado de la cuota femenina de trabajo no remunerado²⁷.

Figura 2: Participación comunitaria
Cisne Dos, Guayaquil, Ecuador - 1992



Fuente: Moser, Caroline, *Household Responses to Poverty and Vulnerability*. Washington D.C., The World Bank, 1997

En el contexto de representatividad es importante reiterar que, aunque las mujeres son quienes más activamente se involucran en las actividades de salud comunitaria, los “voceros” de la comunidad tienden a ser predominantemente hombres, quienes no necesariamente consultan o representan los intereses de las mujeres (Figura 2). Por esta razón, mientras no se creen mecanismos dirigidos a estimular y a apoyar de manera afirmativa la participación de los grupos tradicionalmente excluidos de las estructuras de poder—entre los cuales se cuentan los indígenas y las mujeres—la descentralización corre el peligro de significar un simple traspaso de poder, de las elites nacionales a las

²⁷ Wuest, Judith, Institutionalizing women’s oppression: the inherent risk in health policy that fosters community participation, *Health Care for Women International*. 14:407-417, 1993

locales, traspaso que se agrava, además, por un menor desarrollo de sistemas institucionalizados de arbitraje en casos de inequidad en el nivel local.

La modalidad de descentralización que conlleva la transferencia de la carga del financiamiento de la atención desde el gobierno central a la comunidad local puede presentar efectos adversos para la mitigación de la pobreza. Tal tipo de estrategia plantea una problemática más amplia en la cual se vincula la recuperación de costos con el uso de la descentralización como herramienta para elevar la participación de la comunidad en la prestación de servicios de salud. Dentro de este contexto, es importante subrayar que el trabajo gratuito de provisión de atención que realizan las mujeres en las familias y las comunidades ha sido frecuentemente utilizado como variable de ajuste financiero.

Desde una perspectiva de equidad de género sería importante preguntarse, entonces: ¿Qué representación tienen las mujeres en las estructuras de poder comunitario? ¿Participan en los niveles de decisión, esto es, en la identificación de prioridades, en la planificación de programas, en la asignación de recursos? ¿Quiénes se benefician, y quiénes pierden en esas decisiones? ¿Cuáles son las necesidades de respaldo organizacional que fortalecerían las estructuras comunitarias decisoras y generarían una mayor participación de grupos tradicionalmente subrepresentados, tales como los indígenas y las mujeres? ¿Qué mecanismos podrían instrumentarse para aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sin con ello aumentar su carga de trabajo? ¿Cuáles son los mecanismos de arbitraje que entrarían a funcionar ante decisiones inequitativas de asignación interna de recursos comunitarios?

En el caso de que se haya operado una transferencia de responsabilidades por servicios del estado a la comunidad, ¿Ha implicado esta transferencia un aumento para las mujeres de su cuota de atención en el hogar (de dependientes, enfermos, ancianos, y discapacitados físicos y mentales)? ¿Qué estructuras existen para apoyar la provisión de atención en el hogar? Se ha considerado o investigado el efecto de esta carga adicional sobre las personas que prestan la atención y sobre las que la reciben? ¿Cuál es el efecto de tal recargo sobre la eficacia y la sostenibilidad del cuidado en el hogar?

3.2 Reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios

Una preocupación básica sobre equidad es la relacionada con la definición de prioridades y de costo-efectividad de las intervenciones. En este sentido resulta esencial determinar cómo se identificaron las necesidades de salud dentro de la población amplia y de grupos especiales, qué tipos de necesidades se definieron como prioritarios y de acuerdo con qué criterios. Importa asimismo verificar si los modelos y los paquetes “integrales” de atención efectivamente contienen servicios promocionales, preventivos, curativos y rehabilitativos, si articulan atención física, mental y social, y si integran actividades previamente separadas.

Desde la perspectiva de género, resulta imprescindible indagar, en primer lugar, en qué medida la redefinición de modelos y determinación de paquetes básicos de servicios responde a las necesidades y derechos de salud particulares de las mujeres. En este sentido resulta imprescindible enfatizar que el carácter particular de tales necesidades y derechos se refiere, no solo a la dimensión biomédica de la reproducción, sino que integra, también, la dimensión social de género y abarca todas las etapas del ciclo de vida.

La incorporación de la dimensión de género en los modelos de atención implica que en la planificación del contenido y proceso de prestación de los servicios se consideren los riesgos, oportunidades y restricciones que se derivan de los roles diferencialmente asignados a las mujeres, de la creciente frecuencia con que tienen que desempeñar una doble jornada (laboral y doméstica), y de las relaciones desiguales de poder entre los sexos. Algunos ejemplos de este tipo de incorporación serían, entre otros: programas relacionados con violencia doméstica, y con la promoción del ejercicio libre e informado de los derechos sexuales y reproductivos dirigidos a ambos sexos; y organización de la provisión de los servicios de manera que considere las limitaciones de ciertos grupos de mujeres en cuanto a horarios, movilidad geográfica, información, independencia para tomar decisiones respecto a ciertas intervenciones, *taboos* en cuanto al examen por personal masculino, y baja prioridad asignada a sus propias necesidades.

La valoración del tiempo de las mujeres constituye un elemento central para la promoción de la equidad en el ámbito de los servicios. Tradicionalmente éstos han funcionado bajo supuestos de gratuidad y elasticidad del tiempo de las mujeres, tanto en la búsqueda de atención para ellas mismas o sus hijos, como en el seguimiento de esa atención en el hogar. En este sentido, habría que verificar, por ejemplo: ¿En qué medida se ha logrado una articulación entre los servicios de salud materno-infantil? ¿Existen programas de apoyo para la atención en el hogar?. ¿Se focalizan las intervenciones en salud reproductiva, violencia doméstica, y crecimiento y desarrollo de los niños(as) exclusivamente en las mujeres, o incorporan de alguna manera a los varones? Finalmente, cabe preguntarse si existe conciencia de que las reducciones en ciertos servicios públicos pueden transferir una carga demasiado onerosa a la economía reproductiva no remunerada, al aumentar el tiempo que las mujeres gastan en proporcionar atención a los miembros de familia que la demandan.

En segundo lugar, el cuestionamiento se dirige a los procesos de formulación de necesidades y prioridades. Interesa precisar en qué medida las mujeres fueron consultadas y participaron, tanto en la identificación de necesidades como en la negociación con respecto a la determinación de prioridades de atención; y si en estos procesos intervinieron las agencias de gobierno encargadas de asuntos de la mujer, las ONG que trabajan por la equidad de género, y los grupos organizados de mujeres. Importa indagar qué instrumentos metodológicos fueron utilizados para la determinación de prioridades

(AVISAS o DALYS²⁸, por ejemplo), y qué sesgos de género pueden contener tales instrumentos.

En tercer término, en cuanto al impacto de las políticas de reorganización de servicios, es necesario verificar la existencia de mecanismos para evaluar el impacto de los nuevos modelos y paquetes sobre la satisfacción de las necesidades de salud de la población y de grupos con necesidades particulares, incluyendo las mujeres. Crucial para fines del cumplimiento de principios de equidad resulta la participación de la sociedad civil y, en este caso particular, de las organizaciones de mujeres.

3.3 Reestructuración de la gestión de recursos humanos

La reestructuración de la gestión de recursos humanos que incluye, entre otros elementos, reducciones de personal, modificación de sistemas de remuneración, escalafón y evaluación, redefinición de cargos y entrenamiento, reviste importantes implicaciones para la equidad de género por tres razones principales.

a) El empleo femenino en este sector es particularmente vulnerable a cualquier reducción significativa de los niveles de personal, dada la preponderancia de las mujeres en algunas ocupaciones específicas y en las jerarquías más bajas de poder.

b) La evidencia de muchos países en desarrollo sugiere que las mujeres tienden a utilizar ciertos servicios de salud si las proveedoras son mujeres y, en algunos casos, los utilizarían únicamente en tales circunstancias. Por consiguiente, el mantenimiento de niveles apropiados de personal femenino se convierte en un factor muy importante para la utilización de tales servicios.

c) Como consecuencia de la interacción entre las esferas formales e informales de atención de la salud, las políticas que ejercen un impacto sobre la dotación de personal en los servicios afectan simultáneamente el tamaño de la carga informal de atención que recae predominantemente sobre las mujeres.

Desde la perspectiva del impacto sobre la equidad de género, cabe examinar ¿Qué efectos han tenido las políticas de recursos humanos de la RSS sobre la composición por sexo del personal en diferentes niveles de decisión de los sectores público y privado del sistema? ¿Qué profesiones han sufrido mayores cambios? ¿Han tenido estas reformas repercusiones diferentes sobre hombres y mujeres en niveles comparables de estatus

²⁸ El cálculo de los DALYs y su utilización para la asignación de recursos han sido severamente criticados por su sesgo economicista y la subestimación de la carga de enfermedad de las mujeres. Para una interesante revisión de esta crítica ver: WHO, DALYs and Reproductive Health: *Report of an Informal consultation*. WHO/RHT/98.28, Geneva, 1999; Hanson, Kara, *Measuring up gender, burden of disease and priority setting techniques in the health sector*. Cambridge, Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series 99.12, 1999.

ocupacional, p.e., en políticas de incentivos y de educación continua? Y retomando el tema de la interdependencia entre las esferas formal e informal de la atención, ¿En qué medida, las reducciones en la dotación de personal en los servicios están siendo compensadas con el trabajo no remunerado de promotores de salud comunitarios (frecuentemente mujeres) y/o de mujeres en el hogar?

3.4 *Ampliación de las opciones de financiamiento de la salud y participación del sector privado*

Dentro del componente de financiamiento de la atención, los temas que han suscitado mayor debate en el contexto de equidad han sido los relacionados con la recuperación de costos en el sector público y la privatización del financiamiento de la atención.

El debate ha girado fundamentalmente alrededor del impacto de estas medidas sobre el acceso de los sectores populares a los servicios. La evidencia indica que el acceso y la utilización de servicios por parte de los grupos con menores recursos son afectados por las diferentes modalidades de financiamiento. Es un hecho establecido, por ejemplo, que la mayor parte de los sistemas de aseguramiento en los países en desarrollo tiende a beneficiar desproporcionadamente a las clases medias urbanas y a ciertos grupos de trabajadores²⁹. Asimismo, el fortalecimiento del financiamiento privado de la atención en desmedro del financiamiento público, tiene repercusiones negativas sobre el acceso a atención y la carga del gasto en salud que recae sobre las comunidades, los hogares y los individuos con menores recursos.

Sin embargo, pese a la constatación de algunas tendencias generales, continúa prevaleciendo la escasez de estudios que identifiquen los grupos más afectados y evalúen el impacto diferencial de distintas modalidades de financiamiento sobre estos grupos.

Desde una perspectiva de equidad de género es imperativo considerar que las medidas de recuperación de costos pueden afectar de manera particular a las mujeres, especialmente las pobres, en virtud de su mayor necesidad de servicios, su menor acceso a ingresos por remuneración, y su rol social como principales cuidadoras de la salud de sus hijos(as).

a) Necesidades y gasto

Las mujeres experimentan una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, particularmente, en razón de su rol reproductivo. Esta mayor necesidad se asocia frecuentemente, especialmente en sistemas privatizados no-solidarios, con un mayor gasto en salud. Así:

²⁹ Standing, Hilary, 1997, Op. cit., p.12.

- En algunos países, debido a su riesgo de embarazo, las mujeres en edad reproductiva tienen que pagar primas de aseguramiento más altas que los hombres de la misma edad; tal es el caso, por ejemplo, de Chile donde las primas de las mujeres entre 18 y 44 años son más de dos veces mayores que las de los hombres de la misma edad.³⁰.
- En estas mismas edades, el gasto de bolsillo en salud de las mujeres con frecuencia es considerablemente más alto que el de los hombres. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, las mujeres pagan en gasto de bolsillo para su salud 68% más que los hombres del mismo grupo de edad³¹. En la región de las Américas, las encuestas de hogares sugieren que el gasto de bolsillo promedio en salud de las mujeres es entre 15 y 43% mayor que el de los hombres (Cuadro 2).

Cuadro 2: Gastos de bolsillo en salud para hombres y mujeres en países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Gasto en Salud en dólares americanos	
	\$ US	Diferencia Porcentual
Brasil 1996-97		
Mujeres	239.51	40.0
Hombres	171.08	
Paraguay 1996		
Mujeres	381.95	27.4
Hombres	299.77	
Peru 1997		
Mujeres	100.31	41.5
Hombres	70.91	
Rep. Dominicana 1996		
Mujeres	162.52	14.9
Hombres	141.48	

Fuente: Encuestas LSMS para Brasil, Paraguay y Peru. Encuestas DHS para Rep. Dominicana

³⁰ Ver: Base de gastos en ISAPRES y Ramírez, Apolonia, "Situación de la mujer trabajadora en el sistema ISAPRES". En: Fernández, Margarita (Ed), Economía y trabajo en Chile. Informe Annual No. 7, 1997-1998, Santiago, 1998.

³¹ Women's Research and Education Institute, Women's Health Care Costs and Experiences. Washington, D.C., 1994, p.2.

- Los gastos en servicios de salud reproductiva representan un tercio de todos los gastos de salud de las mujeres en este grupo de edad. Esto es debido básicamente a los altos costos de los servicios obstétricos y al hecho de que, por el énfasis en lo curativo, los planes de seguros no cubren los servicios de planificación familiar³² y otras medidas de naturaleza preventiva.
- Debido a su mayor longevidad, las mujeres sufren la mayor cuota de exclusiones en los seguros privados de salud por causa de enfermedades crónicas y eventos de salud catastróficos³³, teniendo que recurrir para su atención a los servicios públicos.

b) Capacidad de pago y acceso a servicios

Este mayor nivel de necesidad y de gasto contrasta con la menor capacidad de pago de las mujeres, derivada de su subordinación social y económica, particularmente de su inserción desventajosa en el mercado de trabajo. Así:

- En razón de la primacía cultural asignada a los roles familiares, la mayoría de las mujeres (más del 50% en la Región) está fuera del mercado de trabajo remunerado (Figura 3). Adicionalmente, la tasa de desempleo femenino es sistemáticamente más alta que la masculina (Figura 4). Este hecho constituye una barrera para el acceso directo a sistemas de seguridad social en salud.
- Las mujeres que se encuentran empleadas, perciben menores salarios que los hombres (Figura 5): En las Américas el ingreso de las mujeres equivale, en promedio, a un 71% del ingreso de los hombres³⁴, hecho que, adicionalmente obstaculiza el acceso a coberturas amplias de beneficios dentro de los esquemas de seguros de salud
- En respuesta a la presión de compatibilizar los roles domésticos y los laborales, las mujeres constituyen una proporción mayoritaria en los empleos de tiempo parcial (70%-90% a través del mundo occidental³⁵) y en el sector informal de la economía, categorías ambas que usualmente no se encuentran cubiertas por la seguridad social y los seguros de salud (Figura 6).
- Los embarazos y la crianza de los hijos interrumpen la historia laboral de las mujeres, dificultando la acumulación del tiempo requerido para poder asegurar atención de la salud en el largo plazo. Tal dificultad puede verse acentuada por la frecuente disposición legal con respecto a una menor edad de retiro para las mujeres.

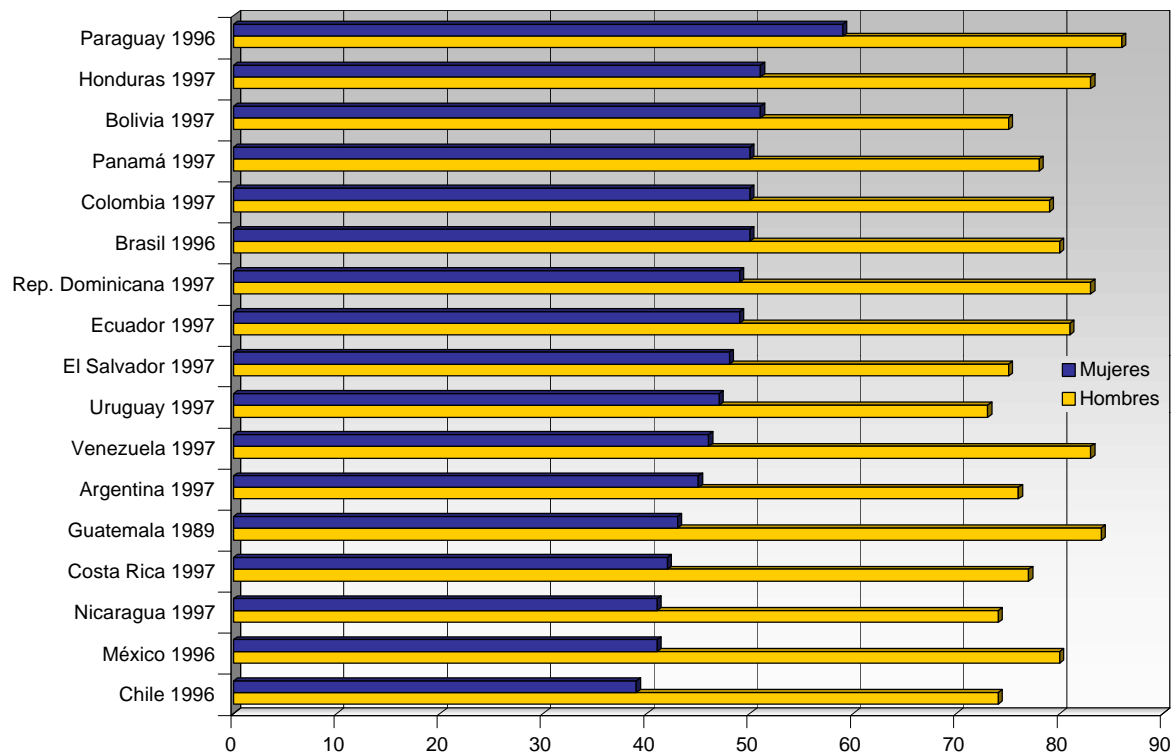
³² Women's Research and Education Institute, 1994, Op. cit. p.3.

³³ Ramírez, Apolonia, 1998, Op. cit.

³⁴ Banco Mundial, "Workers in an Integrating World—World Development Indicators" en World Development Report 1995, Washington, D.C., 1995.

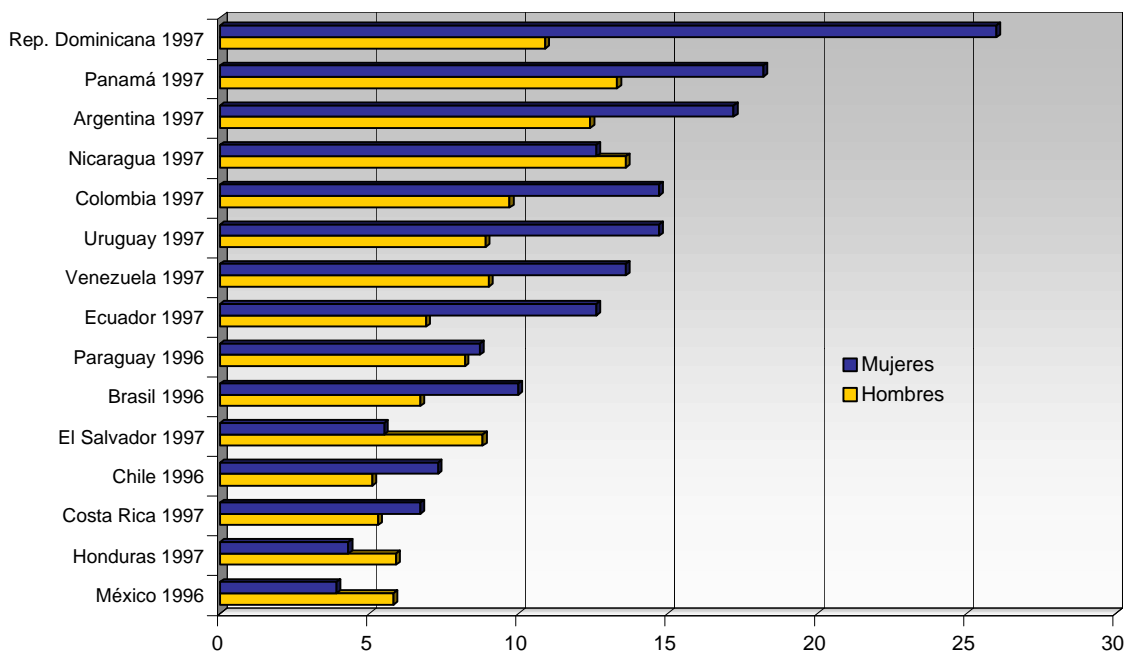
³⁵ The Economist, "A Survey of Women and Work", July 18, 1998

Figura 3: Tasa de participación de hombres y mujeres en la actividad económica en zonas urbanas



Fuente: CEPAL - Panorama Social de América Latina 1998

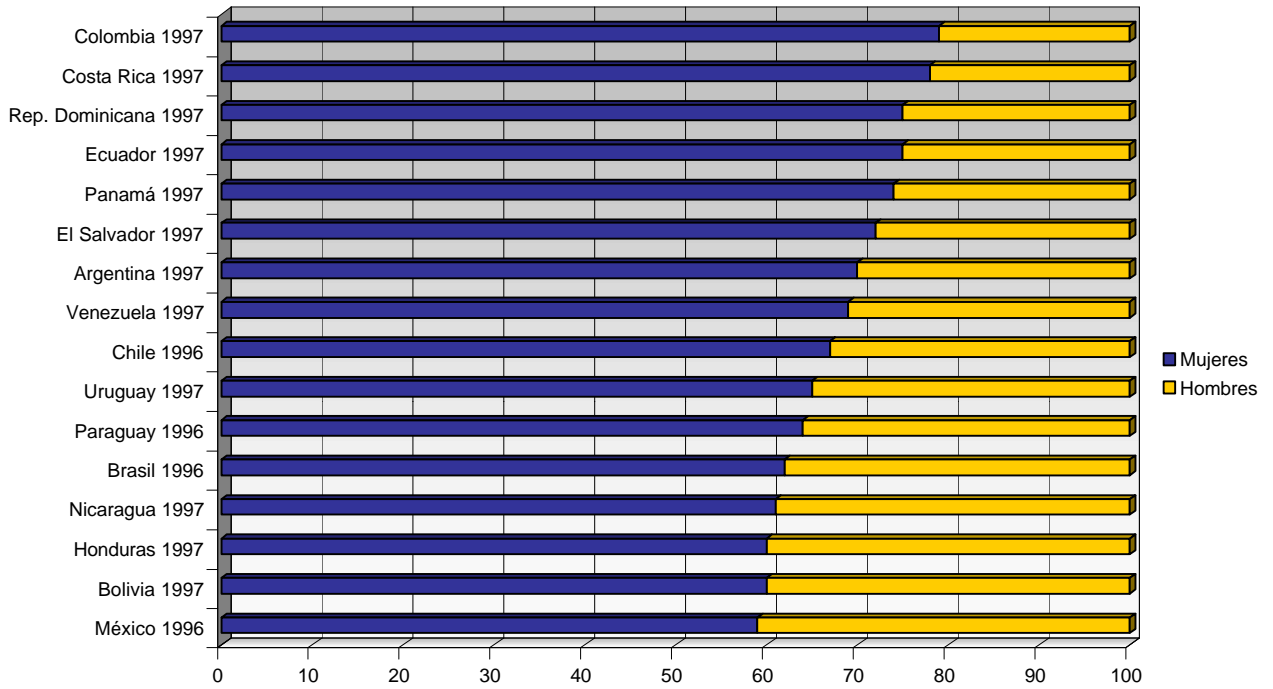
Figura 4: Tasas de desempleo abierto en zonas urbanas por sexo



Fuente: CEPAL - Panorama Social de América Latina 1998

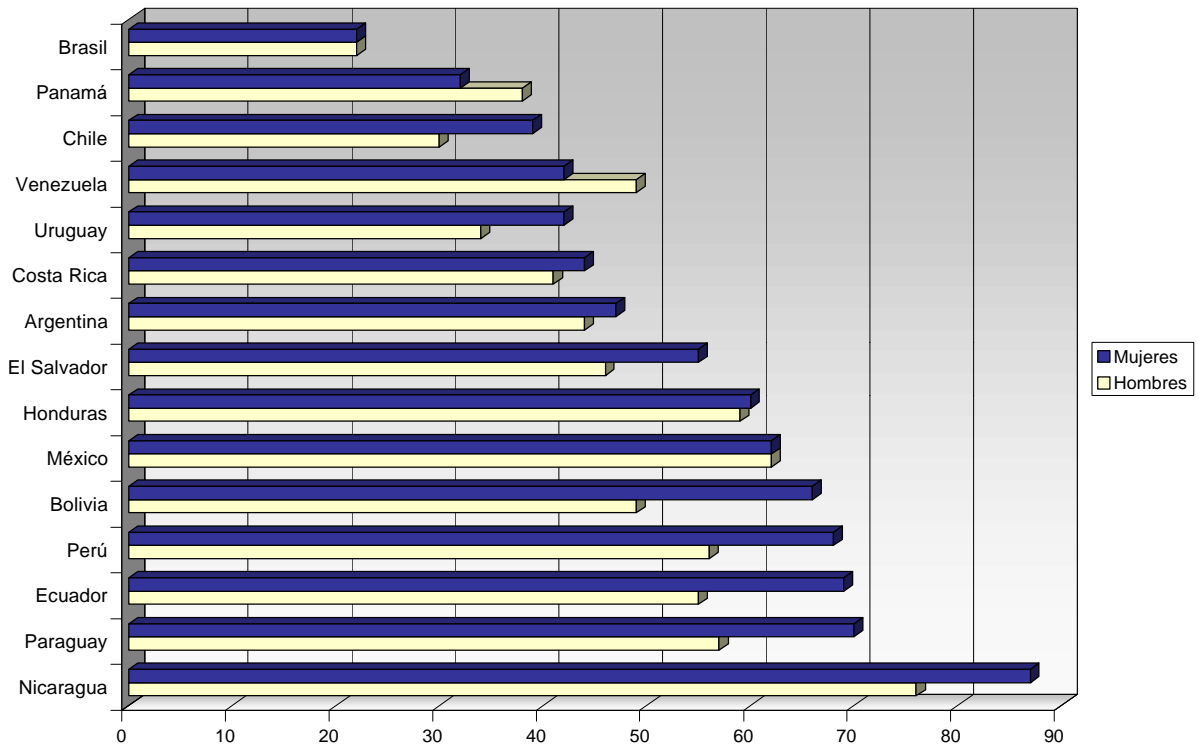
Datos ordenados según la tasa de desempleo total en cada país

Figura 5: Ingreso de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres en zonas urbanas



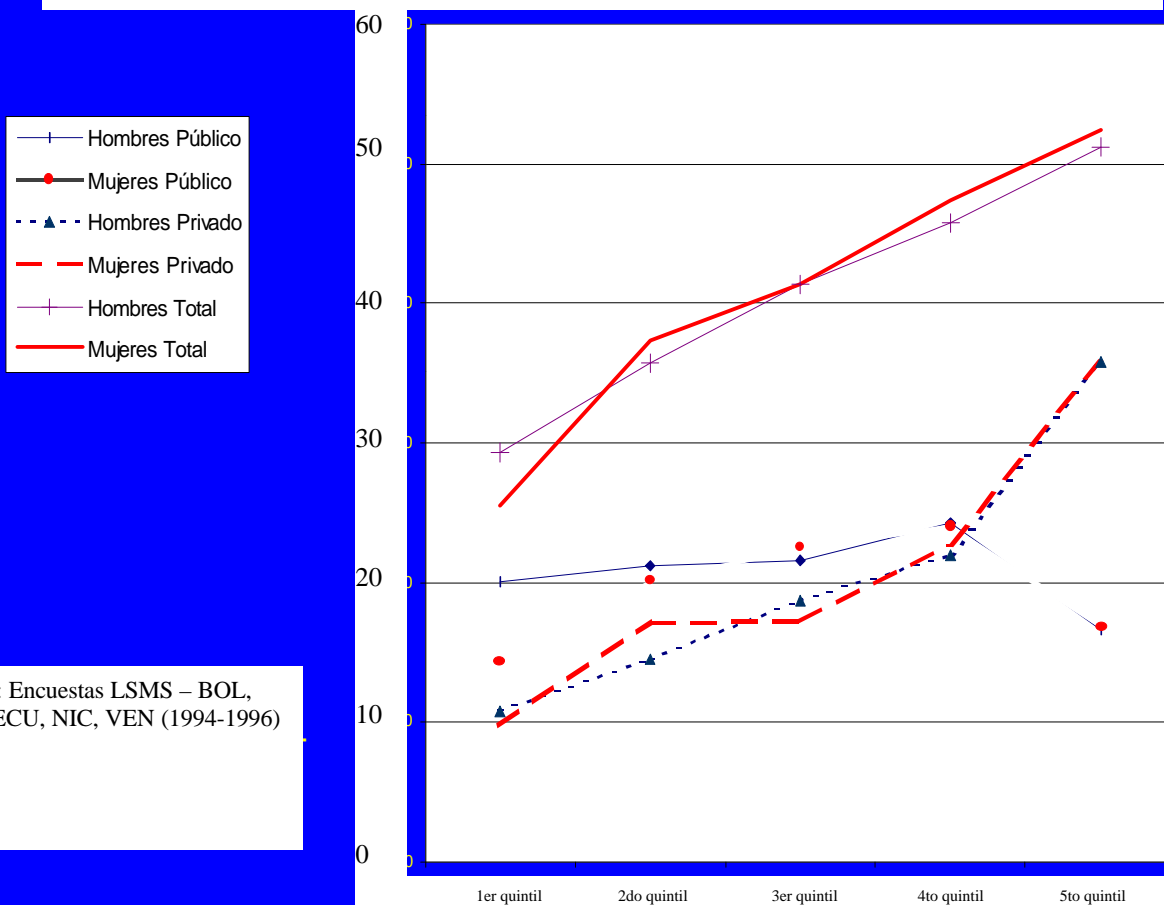
Fuente: CEPAL - Panorama Social de América Latina 1998

Figura 6: Tasa de participación laboral masculina y femenina (entre 25 y 45 años) en el sector informal - circa 1995



- En condiciones de amplio acceso de la población a la atención de la salud, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres. Sin embargo, cuando las condiciones económicas restringen tal acceso, la relación entre sexo y utilización de servicios es menos clara. Por ejemplo, recientes encuestas de hogares en cinco países de la Región indican que, en caso de enfermedad, los pobres utilizan los servicios con menor frecuencia que los ricos y también que en los estratos pobres, particularmente dentro de sistemas privados de atención, las mujeres utilizan los servicios menos que los hombres.³⁶ (Figura 7)

Figura 7: Porcentaje de personas que buscaron atención de salud por sexo y por quintiles de consumo familiar y tipo de servicios



³⁶ Casas, J.A., "Economic, Social and Health Inequalities in Latin America and the Caribbean". Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Anual de FICOSSER, Instituto Nacional de Salud de México, Cuernavaca, México, 1998.

c) Responsabilidad económica por la atención

La responsabilidad cultural de las mujeres por la atención de la salud de los miembros de su familia no se restringe a la contribución en especie de su trabajo no remunerado. Cada vez más frecuentemente significa, también, egresos para cubrir la atención médica, particularmente de sus hijos(as) y crecientemente, de los padres ancianos. En este contexto es importante tener en cuenta que tal responsabilidad no se comparte en un importante número de casos ya que, por ejemplo, la proporción de hogares encabezados por mujeres supera el 30% e, incluso, el 40%, en los países latinoamericanos y del Caribe. La vasta mayoría de las leyes que obligan a los padres a contribuir para el mantenimiento de sus hijos es totalmente inefectiva. Numerosos estudios han comprobado que las contribuciones de los padres ausentes son mínimas y que los mecanismos para hacerlas efectivas son muy limitados y muy onerosos en tiempo de las madres³⁷.

d) Consideraciones

Algunas consideraciones centrales, desde la perspectiva de equidad de género, en relación con el tema de financiamiento y participación del sector privado en la atención serían, por tanto, las siguientes:

- ¿Ha desarrollado el gobierno marcos regulatorios que fijen normas para la provisión de servicios por parte del sector privado? ¿Se dirigen estas regulaciones a mejorar la equidad o a contrarrestar las inequidades existentes o potenciales en la provisión de servicios? ¿Abordan estos marcos, de manera explícita, las necesidades de salud de las mujeres y las inequidades de género en el acceso?
- ¿Cómo se financian los servicios de salud reproductiva—planificación familiar, atención prenatal, atención del parto, licencia materna, amamantamiento? ¿Sobre quiénes recae tal costo—sobre los gobiernos a través de mecanismos redistributivos de impuesto, sobre los empleadores, los donantes, otros actores, o sobre las mismas mujeres? ¿Qué servicios de salud reproductiva son excluidos o están total o parcialmente subsidiados en distintos tipos de planes de aseguramiento? En este contexto resulta de particular relevancia la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador, que fue modelada a partir de la experiencia de Bolivia.
- ¿En qué medida los distintos sistemas de financiamiento proporcionan acceso a servicios preventivos y contribuyen al logro de objetivos de salud pública? En este sentido es importante enfatizar que tal tipo de intervenciones son de especial

³⁷ Inter-American Development Bank, Women in the Americas: Bridging the gender gap. Washington D.C., IDB, 1995, p. 36.

relevancia para las mujeres, primero, en razón de sus necesidades particulares de planificación familiar, atención prenatal y detección de cáncer cérvico uterino, y, segundo, como se ha enfatizado a lo largo de este documento, son las mujeres quienes absorben la carga adicional del cuidado impuesto por enfermedades ambientalmente inducidas, como serían, por ejemplo, las diarreas infecciosas de los niños.

Valga llamar la atención aquí sobre la prioridad fundamental que representa el disponer de información lo suficientemente desglosada como para permitir la identificación de los grupos más afectados y la medición y monitoría de los impactos de distintos tipos de financiamiento de la atención.

4. Retos y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en la reforma del sector salud

4.1. Los retos

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de RSS debe responder a los siguientes retos fundamentales³⁸:

- Generación de información sobre la situación de desigualdades de género en salud y su relación con las políticas de reforma en los niveles nacionales y subnacionales de la Región
- Facilitar el acceso a esta información a los grupos de interés relevantes en los gobiernos y la sociedad civil.
- Abogacía política, a partir de esta información, en apoyo de ciertas prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud.
- Apoyo a los actores interesados (“stakeholders”) en los gobiernos y la sociedad civil para la definición de mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse y mantenerse dentro del proceso de gestión de políticas.

Generación y difusión de información

En el momento actual la discusión sobre equidad de género y reforma se apoya en una base empírica fragmentaria y en “principios” generales. La carencia de una base informativa sólida que fundamente la formulación de políticas es particularmente acuciante con respecto a la discusión sobre impacto de las reformas. Esta carencia no es

³⁸ Adaptación de la clasificación propuesta por Standing, Hilary, en: Reflections on Gender and Health Reforms in the Context of Severe Health Inequalities. Trabajo presentado en la reunión del Grupo Consultivo sobre Equidad de Género y Reforma, Washington, D.C., OPS/HDW, Octubre, 1998.

prerrogativa de la dimensión de género, sino que se extiende a todo el tema de las desigualdades sociales. Sin embargo, en el caso de género esta dificultad se agudiza por la escasez de información desagregada por sexo que predomina en el sector salud. Es importante resaltar, no obstante, que aunque el sector salud rutinariamente no obtiene ni publica datos desagregados por sexo—excepto en el área de mortalidad—existe información relevante derivada de encuestas de hogares en un número importante de países de la Región. Esta información, actualmente subutilizada por el sector salud, permitiría medir y dar seguimiento en el tiempo a las desigualdades en salud, acceso y financiamiento de la atención.

La primera necesidad dentro de este contexto de generación de información es el desarrollo de indicadores (indicadores sensibles al género e indicadores de inequidad de género³⁹) e instrumentos de evaluación y monitoría. Algunos de estos indicadores serán aplicables regionalmente, otros serán contextualmente específicos. Paralelamente con tal desarrollo metodológico, se hace urgente estimular y apoyar la producción y desagregación rutinaria de información relevante, el análisis de situación y la investigación que documente el impacto diferencial de las reformas sobre distintos grupos sociales, y sobre las mujeres y los hombres dentro de estos grupos.

La información generada por los medios anteriores se traducirá a lenguajes apropiados para distintas audiencias, enfatizará su relevancia para los derechos humanos, y se hará fácilmente accesible, a fin de orientar la toma de decisiones político-técnicas, “empoderar” a los grupos involucrados de la sociedad civil, y crear conciencia en la opinión pública.

Abogacía política e institucionalización de cambios

La producción de información, obviamente no es suficiente para provocar cambios en las políticas. La utilización del conocimiento en la producción de tales cambios requerirá la sensibilización de las esferas de decisión política y el robustecimiento técnico en los niveles de planificación en relación con la temática y el análisis de género. Este componente de “capacitación” es esencial dentro del objetivo de apoyar técnicamente la función rectora del Estado en la definición de políticas y en la constitución de marcos regulatorios de la participación del sector privado.

Más decisivo aún para el logro de estos objetivos de promoción de la equidad de género en las políticas, es el fortalecimiento de las capacidades técnicas y de abogacía de la sociedad civil, particularmente de los grupos organizados de mujeres. La experiencia demuestra que la distribución de recursos públicos en la sociedad es un reflejo de la distribución de poder entre los grupos que la integran. La articulación política y el “empoderamiento” los grupos que defienden la equidad de género constituye un

³⁹ Anand y Sen, Op. cit., 1995.

ingrediente esencial para empujar una redistribución más justa de recursos y beneficios, y lo que es más importante, para asegurar la sostenibilidad y el control social de los cambios logrados.

El plan de trabajo que se propone desarrollar la OPS se dirige a enfrentar este conjunto de retos para promover la equidad de género en las RSS, haciendo uso de su inserción institucional en dos tipos de escenarios: En primer lugar, los escenarios nacionales, en los cuales se apoyará el fortalecimiento de la construcción de capacidad local para el análisis, evaluación y vigilancia de las políticas de RSS. Y en segundo lugar, el escenario internacional, en el cual se facilitarán el intercambio de experiencias y el trabajo colaborativo que estimule la producción, adaptación y aplicación del conocimiento generado en los países. El componente de acción colaborativa entre países es particularmente importante dentro de este esfuerzo, en virtud de la oportunidad que ofrece para evaluar distintas alternativas políticas, aprender recíprocamente de éxitos y errores, y sinergizar cambios de alcance regional.

4.2 Las estrategias

Este proyecto busca fomentar el diálogo y la articulación de acciones entre los equipos técnicos y los representantes de sectores relevantes del gobierno y la sociedad civil con el objetivo de promover concertadamente la equidad de género en las políticas y procesos de las RSS. La acción conjunta de estos actores girará en torno de la realización de diagnósticos, la identificación de prioridades, la formulación de políticas correctivas y la implantación de medios para vigilar su cumplimiento.

En una primera etapa, las acciones se cumplirían el nivel regional y en un número reducido de países, posiblemente tres. Estos países se seleccionarían sobre la base de los siguientes criterios: desarrollo sostenido de procesos de RSS que permitan evaluar efectos, interés de las autoridades nacionales en integrar la perspectiva de equidad de género dentro de los contenidos y procesos de reforma, y presencia de un movimiento organizado de mujeres con interés en participar en la formulación de políticas públicas.

Las actividades que se desarrollarían en el nivel regional serían fundamentalmente las siguientes:

- Desarrollo de indicadores básicos y guías analíticas para identificar, medir y vigilar las inequidades asociadas con la RSS, asignando un énfasis substantivo a las inequidades de género;
- Construcción de una sub-base de datos regionales sobre la salud de las mujeres y las diferencias por sexo en el ámbito de la salud;
- Articulación de acciones con otras agencias internacionales a fin de complementar y reforzar líneas de trabajo comunes, y movilizar recursos financieros y técnicos para el logro de los objetivos propuestos;

- Diseminación de información utilizable para fines de abogacía y planificación;
- Coordinación técnica y logística de actividades multicéntricas;
- Facilitamiento del intercambio de conocimientos y experiencias entre países;
- Consolidación de resultados de investigación y recomendaciones para la acción;

En el nivel de país, las actividades principales serían las siguientes;

- Desarrollo de talleres sobre género y salud dirigidos a políticos, planificadores, y organizaciones no gubernamentales;
- Revisión y adaptación de los indicadores básicos regionales y desarrollo de nuevos indicadores específicos de país;
- Establecimiento de alianzas intersectoriales que incluyan como mínimo, ministerios de salud, oficinas de la mujer, direcciones de estadística, instituciones de investigación y grupos organizados de mujeres;
- Conducción de análisis de situación y evaluación de políticas de RSS;
- Celebración de foros nacionales para discutir los resultados del análisis;
- Identificación de necesidades y determinación de prioridades de acción, con la participación de los grupos interesados;
- Formulación concertada de políticas
- Definición de mecanismos gobierno/sociedad civil de vigilancia del cumplimiento de las políticas

Resumen y conclusiones

El presente trabajo intentó identificar, desde una perspectiva de género, las implicaciones más importantes de la reforma del sector salud (RSS) para la equidad. Específicamente se examinaron las relaciones entre la RSS y a) la situación de salud y sus determinantes; b) el acceso, utilización y financiamiento de la atención; y c) el balance entre contribución y recompensa respecto al trabajo en salud. .

El análisis se apoyó en el trípode conceptual de equidad, género y participación, destacando la imbricación mutua de estos tres conceptos. Se enfatizó que no todas las desigualdades constituyen inequidad, reservándose este término para aquellas consideradas evitables, innecesarias e injustas. Se precisó que el objeto mismo de análisis en el enfoque de género son las relaciones desiguales de poder entre los ámbitos sociales femenino y masculino, llamando la atención sobre la visión orientadora de este enfoque que es la de una sociedad equitativa en la *distribución de los recursos* y beneficios del desarrollo y en la *participación* de sus integrantes en las decisiones que marcan ese desarrollo. Se enfatizó que el carácter de la participación no es instrumental, sino referido al ejercicio del derecho ciudadano de influir y exigir rendición de cuentas sobre los procesos que afectan su bienestar. Se enfatizó, a lo largo del trabajo, que el enfoque de género no apunta de manera reduccionista a las desigualdades generales de poder entre

mujeres y hombres, sino a la articulación sistemática de estas desigualdades, con las de clase, raza, edad, y residencia geográfica.

Por su mayor frecuencia de implantación en América Latina y el Caribe, se examinaron las implicaciones para la equidad de género de los siguientes cuatro tipos de políticas de reforma: a) descentralización y estímulo a la participación social; b) reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios; c) reestructuración de los sistemas de desarrollo y administración de los recursos humanos; y d) reestructuración de los sistemas de financiamiento, incluyendo la participación del sector privado. Dicho examen puso en relieve los siguientes elementos:

1. El sesgo conceptual que permea las políticas económicas haciendo que se ignore la contribución económica del trabajo reproductivo de las mujeres y se desvalorice su trabajo remunerado.
2. La importancia de reconocer la interacción existente entre las esferas de provisión formal e informal de atención de la salud, y su impacto desigual sobre los sexos.
3. La necesidad de entender las diferentes posiciones de mujeres y hombres, tanto en el ámbito de la producción como en el del consumo de bienes de salud.
4. Los efectos diferenciados por sexo de las políticas de asignación de recursos, gasto público y financiamiento de la atención, sobre el bienestar físico y económico y de la población y la distribución de la carga de cuidado.
5. Las implicaciones que revisten para la salud de toda la población, las desigualdades de género en el control sobre los recursos y en la toma de decisiones.

La meta de minimización de diferencias evitables, innecesarias e injustas en la salud y sus determinantes, tropieza con tres grandes obstáculos: a) la falta de información y conocimiento adecuados que permita identificar los efectos de las políticas y los grupos más afectados; b) el predominio en el debate público de los intereses de eficiencia económica, la ausencia de consideraciones de género dentro del debate sobre justicia social y derechos humanos; c) la falta de representatividad de los grupos menos privilegiados, entre ellos las mujeres, en los sectores de poder donde se definen prioridades y se asignan los recursos públicos y privados para la salud.

Con el fin de enfrentar estos obstáculos y buscar la incorporación de la perspectiva de equidad de género en los procesos de RSS, se propuso una estrategia pluralista que incluye los siguientes componentes básicos:

1. Mejoramiento de la disponibilidad y calidad de la información rutinaria sobre salud y sus determinantes, y desglose de esta información por sexo, edad y grupo socioeconómico
2. Análisis de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en la producción y el consumo de salud, enfatizando las diferencias en materia de necesidades, riesgos, contribuciones, acceso y poder sobre los recursos para la salud (identificación de los grupos más afectados y medición y monitoría de los impactos de los distintos tipos de reformas).
3. Transmisión focalizada de esta información con miras a orientar la formulación de políticas en los niveles de decisión y planificación, y a “empoderar” los grupos implicados de la sociedad civil.
4. Fomento de la participación activa de los grupos menos oídos de la sociedad, y particularmente de las mujeres, a fin de que tales puedan tener **voz** en la generación de soluciones y en la vigilancia de su cumplimiento.
5. Estímulo y apoyo a un trabajo intersectorial que responda a los múltiples determinantes sociales de la equidad en salud, y que involucre los distintos sectores del gobierno y los grupos de la sociedad civil que defienden la equidad de género.

En suma, y reconociendo la importancia del logro de objetivos no solo de equidad sino también de eficiencia en el sector salud, se reafirma, en primer lugar, la preeminencia de los valores éticos de justicia social y derechos humanos. Y dentro de este contexto, se reafirma, también, que el derecho a acceder y disfrutar de los recursos que aseguran la salud es un derecho que el Estado (el sector público) directa o indirectamente debe garantizar. Asimismo, que esta garantía debe ser extendida, no a una colectividad teórica en términos promedios, sino a los grupos reales que conforman esa colectividad, y a las mujeres y los hombres que hacen esos grupos. Finalmente, se llama la atención sobre la urgencia de hacer operativo el principio de equidad a fin de que éste concepto salga del nivel de retórica y denuncia y se vuelque en propuestas y acciones transformadoras.