



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 20.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003*

*Punto 6 del orden del día provisional*

MSD20/8 (Esp.)

11 febrero 2003

ORIGINAL: ESPAÑOL

### **ADELANTOS PROGRAMÁTICOS DE LA OPS Y ESTRATEGIAS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**Presentado por el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)**

Los instrumentos metodológicos para el monitoreo y evaluación de las reformas sectoriales desempeñan simultáneamente las funciones de medir los procesos y resultados de los cambios en los sistemas de salud y de orientar la identificación y selección de intervenciones prioritarias, tanto para la formulación de políticas por los Estados Miembros como para la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El presente documento presenta una síntesis de los principales instrumentos metodológicos para el monitoreo y evaluación de las reformas en los sistemas de salud — Perfiles de Sistemas, Análisis Sectorial, Monitoreo del Acceso Equitativo y Medición de la Exclusión en Salud— identificando los indicadores y variables relacionados con el género utilizados por cada uno de ellos, así como sus limitaciones y potencialidades.

El documento propone un papel proactivo de la OPS en la definición y proposición de la adecuación del nivel de desagregación de la información apropiado a la naturaleza de cada instrumento, a través de consideraciones específicas relacionadas con cada metodología y de una triple estrategia: para herramientas de uso universal y generalizado, para instrumentos orientados a asegurar la profundidad del análisis y para los casos de planificación/evaluación de cambios o reformas de gran alcance en el sector salud de un país.

Se invita al Subcomité a que haga recomendaciones para fortalecer el esfuerzo de incorporación de los indicadores y del análisis de género en los instrumentos y procesos de monitoreo y evaluación de las reformas sectoriales, teniendo en cuenta simultáneamente la pertinencia de asegurar la viabilidad y practicabilidad de esas metodologías. Asimismo, se invita al Subcomité a instar a los Estados Miembros a que den cumplimiento de la Resolución CSP26.R21 de la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, sobre la producción y utilización de información desagregada por género, y a que apoyen la diseminación por la OPS y la utilización por los países de la Región de los instrumentos metodológicos mencionados en el presente documento, en especial el Análisis del Sector Salud.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Lineamientos metodológicos para elaboración de perfiles de sistemas de salud y para análisis del sector salud.....	4
“Guía de monitoreo del acceso equitativo a servicios básicos de salud” .....	7
“Metodología de medición y caracterización de la exclusión social en salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe”.....	10
Enseñanzas adquiridas y estrategias de cooperación para la profundización y consolidación de la incorporación de indicadores y análisis de género en el monitoreo y evaluación de los procesos de reforma sectorial.....	14
Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo .....	15

## **Indicadores de género en las metodologías e instrumentos para monitoreo y evaluación de los procesos de reforma sectorial**

### **Introducción**

1. “La Reforma del Sector Salud (RSS) se ha definido como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la **equidad** de sus prestaciones, la **eficiencia** de su gestión y la **efectividad y calidad** de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo determinado de tiempo” y en lo general guiadas por un marco legal y normativo, como quedó expresado en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud celebrada durante la 38.<sup>a</sup> reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2. La realidad en este campo es muy diversa en la Región, pues se observan importantes variaciones tanto en las dinámicas como en los contenidos de los cambios que la mayoría de los países están introduciendo. En unos casos, esos cambios son sustantivos, amplios y planificados, mientras que en otros se han ido introduciendo gradualmente en áreas específicas.

3. El Consejo Directivo de la OPS, en su reunión de septiembre de 1996, analizó los progresos realizados en las actividades de RSS en la Región, teniendo presente el Plan de Acción aprobado por la Cumbre de las Américas de Miami-1994, y expresó en la Resolución CD39.R7 que los países deberían reafirmar su compromiso político con la reforma del sector salud. Asimismo, solicitó que la OPS haga hincapié en el monitoreo continuo y en la evaluación periódica de los progresos realizados y en la identificación de los problemas que afrontan los procesos nacionales de RSS en la Región.

4. En este contexto, en 1997 se lanzó la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, apoyada con los recursos tanto de la OPS como de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). La Iniciativa ha logrado avances importantes hacia el objetivo de apoyar los procesos nacionales de RSS durante su primera fase de ejecución (1997/2002), mediante actividades centradas en el desarrollo de herramientas, la difusión de información, el monitoreo de los procesos de reforma y la formación de redes de actores pertinentes en los países.

5. El propósito específico del monitoreo y evaluación de los procesos de RSS es analizar hasta qué punto los cambios pueden estar contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social de los sistemas y servicios de salud. Todos esos elementos permiten juzgar la

direccionalidad de las RSS en curso o planeadas, desde el punto de vista de los objetivos finales proclamados. A su vez, constituyen el marco de referencia conceptual de una serie de variables e indicadores para tratar de medir el impacto de las reformas.

6. Entre las acciones de cooperación técnica de la OPS, ocupan un lugar destacado las que van dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para el diseño, aplicación y uso eficaz de metodologías e instrumentos orientados a identificar y evaluar cambios en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones; a desarrollar la capacidad de análisis, planificación y formulación de políticas; y a fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los ministerios de salud y otras instituciones del sector, tanto en las condiciones habituales de operación como en los procesos de RSS. Los instrumentos metodológicos para monitoreo y evaluación de la RSS cumplen simultáneamente los roles de medir los procesos y resultados de las reformas y de orientar la identificación y selección de intervenciones prioritarias, tanto para el país como para la cooperación técnica de la OPS.

#### **Lineamientos metodológicos para elaboración de perfiles de sistemas de salud y para análisis del sector salud**

7. Hasta 1998 no se contaba en la OPS con un informe del sistema de servicios de salud de cada país capaz de proporcionar, en forma sistematizada, una descripción sintética del contexto en que operan esos servicios, y de su organización, funcionamiento y recursos de los respectivos sistemas de servicios de salud, así como del modo en que les afectan las iniciativas de RSS. La metodología para la elaboración de perfiles de sistemas de salud y monitoreo de las reformas sectoriales surgió como respuesta a esta necesidad.

8. El esfuerzo de monitoreo y evaluación de las RSS, basados en el marco originalmente elaborado por la OPS en 1998/1999 a través de la Iniciativa Regional de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, fue conducido por los países de la Región y se presentó en el 41.<sup>er</sup> Consejo Directivo, que tuvo lugar en San Juan Puerto Rico en 1999. La Resolución CD41.R12 fue aprobada por los Estados Miembros y plantea, en síntesis, lo siguiente:

- El reconocimiento de los esfuerzos de los Estados Miembros y de la OPS para diseñar y ejecutar la “Metodología para el monitoreo y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe”;
- El estímulo a la institucionalización del monitoreo y evaluación de sus procesos de RSS; y

- La solicitud a la OPS para que continúe el proceso para mejorar y adaptar la “Metodología” con la participación activa de los ministerios de salud de la Región.
9. El propósito de los Lineamientos metodológicos para la elaboración de perfiles de sistemas de salud, instrumento metodológico del monitoreo y evaluación de las RSS, es orientar la producción de un **documento sintético sobre la estructura y la dinámica del sistema de servicios de salud de cada país**. Treinta y tres países de las Américas han institucionalizado el monitoreo y evaluación de sus procesos de RSS mediante la aplicación del instrumento. Veintitrés de esos países han preparado dos versiones de los perfiles y todos los 33 perfiles han sido actualizados o revisados durante los dos últimos años. Los análisis regionales se actualizan continuamente y en 2001/2002 se han realizado análisis subregionales para Centroamérica, el Caribe de habla inglesa y los países andinos. Ese conjunto de productos es fácilmente accesible a través la página Web de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe ([www.americas.health-sector-reform.org](http://www.americas.health-sector-reform.org)).
10. Las autoridades de los países pueden tener en cuenta los resultados de estos procesos cuando las políticas están siendo diseñadas y aplicadas, así como para adoptar decisiones informadas sobre el desarrollo de sus sistemas de salud.
11. Las principales variables/indicadores relacionadas con el **género** utilizadas en los perfiles son:
- Sobre el contexto demográfico y epidemiológico: las series temporales de la tasa global de fecundidad y de la tasa de mortalidad materna;
  - Sobre la cobertura de los servicios: el control prenatal realizado por personal adiestrado y el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos;
  - Sobre el derecho a la atención de salud y al aseguramiento en salud, se pregunta: ¿Se han introducido o se están diseñando programas específicos de aumento de cobertura? Si es así, ¿por quién?, ¿para qué grupos (por ejemplo, de edad, sexo, etnia, condiciones sociales o económicas, o patologías específicas)?;
  - Sobre la oferta de servicios y modelos de atención, se pregunta: ¿Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingreso, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación?;

- En la evaluación de resultados de las RSS en relación a la equidad, se pregunta: ¿Existe alguna evidencia de que la RSS haya influido sobre la reducción de brechas en todos o alguno de los siguientes indicadores por unidad territorial: género, edad, raza, nivel socioeconómico y sistema de cobertura; y
- En la evaluación de resultados de las RSS en relación a la eficacia y calidad, se pregunta: ¿Existe alguna evidencia de que la RSS haya influido sobre la reducción de brechas en todos o alguno de los siguientes indicadores por unidad territorial: mortalidad materna; mortalidad por cáncer cervicouterino (entre varios otros).

12. Una iniciativa como la producción de perfiles de sistemas de salud para **todos los países** de las Américas enfrenta diversos problemas metodológicos y algunas limitaciones. En algunos países la información disponible es insuficiente, o poco fiable, o no está disponible con el grado de desagregación requerido y en otros, aun existiendo la información, no se compila y disemina de manera sistemática. La selección de los indicadores más adecuados para medir los cambios de cada variable no es sencilla ni está libre de controversia. La diversidad cultural y de modelos organizativos de los sistemas de salud produce notables diferencias en las definiciones de conceptos y/o en la terminología empleada. Por último, los sistemas de servicios de salud son realidades complejas y dinámicas, en las que la separación entre etapas de continuidad y etapas de cambio acelerado e intencional no siempre puede establecerse con nitidez. Por estas razones **cada perfil debe ser lo más objetivo posible**, basado en datos disponibles en el país, de extensión manejable, fácilmente actualizable y ampliamente accesible. La selección de las categorías y de las variables analíticas debe obedecer a los principios de **simplicidad y generalidad**.

13. Los perfiles son herramientas sintéticas que pueden ser complementadas por el uso de otras metodologías y/o el desarrollo de estudios específicos, como los de medición de la exclusión o monitoreo de acceso equitativo que se detallan en los apartados siguientes, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada país, siempre y cuando la estrategia analítica considere esencial el conocimiento detallado de las características **socioeconómicas, étnicas o de género**, entre otras categorías posibles.

14. En los casos en que el objetivo sea planificar una etapa intensificada de reformas profundas o evaluar el impacto de cambios anteriores de gran relevancia, la experiencia recomienda un proceso intensivo de cooperación técnica de la OPS organizado en el contexto de un ejercicio de **análisis del sector salud**, donde la **perspectiva de género** suele tratarse con suficiente desagregación de los indicadores y profundidad analítica.

15. El **análisis del sector salud** de un país es un **estudio profundo** sobre la **situación del sector**, de la producción o distribución de bienes o servicios, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, cultural, político, económico, social, demográfico y epidemiológico. Los objetivos generales de los análisis sectoriales son: describir situaciones y evaluar políticas; identificar problemas y diagnosticar causas; plantear escenarios futuros; contribuir al diseño de políticas; proponer estrategias de solución; y sugerir modalidades de implementación.

16. En el marco de la nueva generación de reformas que se conforma en los años más recientes, se destaca el rol central del Análisis del sector salud como una herramienta medular para el proceso analítico de planificación sectorial y la toma de decisiones en los países de la Región. Ese instrumento constituye el **eje vertebrador para orientar estrategias y políticas, e inducir el desarrollo de programas y proyectos específicos**. Los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS han insistido en la necesidad de fortalecer en los Estados Miembros la capacidad de análisis del sector salud, de sus recursos y de su operación, a la luz de las necesidades de transformación del sector. La metodología para análisis del sector salud, formulada y aplicada por la OPS en su estrategia de cooperación con los países, está en continua revisión y perfeccionamiento y una nueva versión de lineamientos metodológicos estará disponible a fines del presente semestre. Del Análisis del Sector Salud se pueden derivar, entre otros, planes nacionales de salud, planes maestros de inversiones, proyectos de reforma sectorial, estrategias de organización de redes de servicios, y programas de extensión de cobertura o de garantía del aseguramiento en salud, donde las prioridades definidas por el país en cuanto al género se pueden concretar plenamente.

#### **“Guía de monitoreo del acceso equitativo a servicios básicos de salud”**

17. La “Guía” ha sido concebida como un complemento a la metodología de monitoreo y evaluación de los procesos de reforma, con el objetivo de permitir el análisis más profundizado de los aspectos de equidad, no cubiertos por el instrumento de uso general. Ese instrumento es una referencia operacional para seguir la evolución de tres áreas principales: el nivel de acceso, su grado de equidad y las políticas, estrategias y mecanismos desarrollados para favorecer dicho acceso. La “Metodología” fue objeto de revisiones y pruebas piloto durante los tres últimos años. Fue discutida en dos reuniones de consulta de expertos internacionales (1999 y 2002) y probada en Brasil, Paraguay y Guatemala. Una nueva versión de la “Guía” está ahora disponible para ser usada por los países de la Región.

18. Este tipo de monitoreo es un proceso de información y análisis para la acción, que sirve de alarma oportuna para apoyar el proceso de adopción de decisiones conforme se detectan variaciones en el seguimiento histórico y se hace necesario frente a las importantes y críticas limitaciones de acceso que existen en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, especialmente en algunos sectores de su población, y de los múltiples esfuerzos que las autoridades de muchos de los países están tratando de hacer para solucionarlas gradualmente. Se pone especial énfasis a las disparidades o brechas de acceso que existen entre los diversos grupos socioeconómicos, donde las acciones para solucionarlas se dan principalmente en dos niveles: ampliar al máximo la cobertura de los servicios de salud, y dar prioridad a aquellos grupos y áreas de la población que, teniendo peores condiciones socioeconómicas, son al mismo tiempo los más vulnerables y necesitados de atención de salud.

19. La “Guía” contiene elementos conceptuales, metodológicos y empíricos. Las definiciones planteadas son operacionales. En la referencia conceptual se describen conceptos y principios pertinentes de acceso, equidad y servicios básicos de salud; los aspectos determinantes de las variaciones en el acceso y uso de los servicios, ya sean factores de la demanda o de la población (incluidos factores socioeconómicos, culturales, de género, de nivel de ingreso, de barreras financieras y geográficas), como de la oferta o institucionales. Como premisa central, se da por sentado que hay equidad en el acceso y uso de la atención de salud cuando el uso se produce según las diferentes necesidades de atención de salud de los diferentes grupos en una población.

20. En sus módulos básico y ampliado, la “Guía” utiliza **pocos indicadores resumidos** y considera, entre otros factores, los de necesidades de servicios de salud, así como determinantes socioeconómicas de salud. Para cada uno de los indicadores seleccionados, la “Guía” indica que de acuerdo con el grado de vulnerabilidad, de pobreza o exclusión social o de mayor necesidad, puede surgir la posibilidad y el interés de evaluar distintos grupos de la población, por ejemplo según la perspectiva de género.

21. Los indicadores básicos en que se puede agrupar la población, incluida la variable de género, son como sigue:

- esperanza de vida al nacer,
- tasa de mortalidad infantil,
- tasa de mortalidad de niños menores de cinco años,
- tasa de mortalidad en la población de 15 a 64 años de edad,
- tasa de mortalidad materna,
- desnutrición infantil,

- enfermedad transmisible traza (debe precisarse en el nivel local),
  - tasa de alfabetización de adultos,
  - años promedio de escolaridad, y
  - ingreso por habitante.
22. En relación al **uso de servicios**, los indicadores propuestos son:
- consultas ambulatorias anuales por habitante (cualquier tipo);
  - hospitalizaciones anuales por 100 habitantes;
  - porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal capacitado durante el embarazo;
  - porcentaje de partos asistidos por personal capacitado; y
  - cobertura de niños menores de un año vacunados contra la difteria, tos ferina y tétanos.
23. En las pruebas piloto ya realizadas con el instrumento, tanto para las consultas ambulatorias como para las hospitalizaciones anuales no se demostró evidencia suficiente que permita inferir la pertinencia del monitoreo de estos indicadores por género. Además, en relación al porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal capacitado durante el embarazo y al porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, esos indicadores definen su enfoque de género *per se*.
24. Respecto al indicador de cobertura de niños menores de un año vacunados contra la difteria, tos ferina y tétanos, reciente información recolectada por las encuestas demográficas y de salud, proveniente de cuarenta y dos países a nivel mundial, muestra brechas y diferencias en las coberturas totales de inmunización basadas en el nivel de ingresos y el género. Por medio de este análisis en función del nivel de ingresos se pudo comprobar que existen brechas entre ricos y pobres en todas las regiones sin excepción. El mismo análisis realizado por género permite observar que prácticamente no existen brechas por género en ninguna región, y que particularmente en el caso de Latinoamérica, las mujeres, con un 50,2% de cobertura, y los varones, con un 48,7%, presentan una brecha, favorable a las mujeres.
25. La “Guía” sugiere el uso de dos fuentes distintas de información: la sistemática administrativa (en que generalmente los países producen y utilizan la información en forma consolidada que no presenta desagregaciones por género) y la que se basa en encuestas de hogar (que en general contiene datos individuales que permiten trabajar las variables relacionadas con el género, etnia y situación socioeconómica). La información sistemática que puede desglosarse por género es la que contiene información individual,

como las defunciones, hospitalizaciones y registro de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.

**“Metodología de medición y caracterización de la exclusión social en salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe”**

26. La exclusión social en salud es una cuestión de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino también como una herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas. A pesar de su importancia como fenómeno social y como problema de políticas públicas, las reformas sectoriales sólo la han tocado de manera indirecta y fragmentaria.

27. Un factor que obstaculiza el enfoque adecuado de la exclusión en salud en los países de la Región es que en la actualidad no se conocen con exactitud su magnitud y sus factores causales, y tampoco está claro cuáles son las intervenciones más eficaces para combatirla, debido a su carácter multidimensional y a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema. El conocimiento de esos factores permitirá identificar los caminos más adecuados para ampliar la protección social sanitaria en diferentes condiciones y contribuir a una adopción de decisiones mejor en este ámbito.

28. La OPS ha hecho suyo el desafío de profundizar la comprensión de este fenómeno, reconociendo su complejidad y su carácter multidimensional. El desarrollo de un protocolo específico para la medición y caracterización de la exclusión social en salud y su aplicación en países seleccionados, con el apoyo de la ASDI, es el primero de una serie de esfuerzos de investigación y desarrollo metodológico que se propone realizar dentro de los próximos años con el fin de obtener un panorama de la situación de la exclusión en salud en la Región, identificar sus factores determinantes y avanzar en la proposición de las estrategias más adecuadas para combatirla.

29. El protocolo utiliza los siguientes indicadores relacionados con el **género**:

- Tasa de mortalidad por cinco principales grupos de edad y por sexo;
- Porcentaje de partos institucionales o no atendidos por personal capacitado;
- Porcentaje de mujeres embarazadas que no disponen de asistencia prenatal;
- Mortalidad materna por quintiles de ingreso;
- Años de vida perdidos por discapacidad por sexo y por quintiles de ingreso;
- Nivel de pobreza por sexo y edad;

- Nivel de pobreza de acuerdo al sexo del cabeza de familia;
- Porcentaje de la población ocupada según sexo y sector de ocupación;
- Composición de la población de trabajadores informales por categoría laboral, sexo y nivel de ingresos;
- Discriminación por sexo en la afiliación a los sistemas de protección de salud existentes (públicos o privados); y
- Discriminación por sexo en la cobertura, el costo y los copagos de los planes de salud disponibles.

30. Los resultados de los estudios piloto de la aplicación del instrumento en cuatro países tienen diversas respuestas, en relación al **género**:

- La respuesta a la pregunta ¿Quiénes son los excluidos de los servicios de salud?, sistemáticamente involucra a las mujeres, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1 -¿Quiénes son los excluidos de los servicios de salud?**

<b>País</b>	<b>Excluidos</b>
Ecuador	- Los pobres - Las personas de origen indígena - Los que viven en la zona rural
Guatemala	- Los pobres - Las personas de origen indígena - Las mujeres, en especial si son cabezas de familia - Los que viven en la zona rural - Los desempleados, subempleados y trabajadores informales
Paraguay	- Los que se encuentran en el quintil más bajo de ingresos - Los que hablan sólo guaraní - Las personas de entre 6 y 29 años y los mayores de 50 años - Los que no tienen seguro médico - Las personas que no han recibido enseñanza oficial o la han recibido sólo en el nivel primario - Los desocupados - Los obreros privados - Las empleadas domésticas - Los trabajadores del sector agrícola y de la construcción
República Dominicana	- Los pobres - Los inmigrantes de origen haitiano - Los niños menores de cinco años, las adolescentes y los mayores de 65 años - Las mujeres, en especial las pobres, cabezas de familia y embarazadas - Los trabajadores agrícolas e informales

- Las razones de la exclusión en salud en el caso de las mujeres tienen que ver principalmente con barreras determinadas por la condición del empleo, siendo el

desempleo, el subempleo y el empleo informal las variables más importantes de exclusión. En todas esas variables, las cifras son sistemáticamente más altas para las mujeres (cuadros 2 y 3).

**Cuadro 2. Informalidad en el empleo**

País	Porcentaje de la población económicamente activa que trabaja en el sector informal (%)		Año
	Varones	Mujeres	
Ecuador	nd	nd	-
Guatemala	61,5	66,8	1998
Paraguay	29,8	42,1	1999
Rep. Dominicana	nd	nd	-

**Cuadro 3. Desempleo**

País	Tasa de desempleo total (%)		Año
	Varones	Mujeres	
Ecuador	10,8	19,6	1999
Guatemala	nd	nd	-
Paraguay	11,7	22,3	2000
Rep. Dominicana	9,2	23,9	1999

- Estas variables se asocian fuertemente con un menor nivel de ingresos y con la pobreza, que constituyen determinantes muy importantes de la exclusión en salud. Las mujeres sufren mayor exclusión en salud cuando pertenecen al medio rural y son de origen indígena.
- Los indicadores de mortalidad, partos no institucionales y mujeres embarazadas sin asistencia prenatal señalan que existe una clara situación de mayor exclusión en salud en las mujeres pobres/rurales/de origen indígena en relación con sus pares no pobres/urbanas/de origen no indígena.

- Los porcentajes de afiliación a seguros y las preguntas referidas a la discriminación por sexo en la afiliación, costo y cobertura de los planes no muestran diferencias significativas entre varones y mujeres, tal vez porque en los países estudiados en general la afiliación a seguros es muy baja y la diferencia más notable se da entre pobres y no pobres, independientemente de la variable género.
31. Las conclusiones de las cuatro pruebas piloto apuntan a otros indicadores de género que se podrían agregar en el protocolo y a otras variables a considerar, conforme la disponibilidad de información de los países:
- Tiempos de espera para la atención de salud: el estudio realizado en el Ecuador muestra que existen diferencias en los tiempos de espera entre varones y mujeres y también entre el medio rural y el urbano, siendo mayores los tiempos de espera en el medio rural y para las mujeres, como puede observar en el cuadro 4.

**Cuadro 4 – Tiempo de espera promedio (minutos) - Ecuador**

Región	Tiempo de espera promedio			
	Hombres		Mujeres	
	Campo	Ciudad	Campo	Ciudad
Costa	31	33	35	44
Sierra	32	39	40	38
Promedio	32	36	37	41

- Gasto en salud por habitante, según el sexo del principal proveedor del hogar: el gasto en salud por habitante incide directamente en la asistencia sanitaria recibida, en particular cuando no existen sistemas de aseguramiento eficaces. Los resultados del estudio en el Ecuador revelan que el gasto en salud por habitante varía de acuerdo con el sexo del principal proveedor del hogar, siendo más alto cuando éste es una mujer. En este contexto, el hecho de que la mujer sea la principal proveedora del hogar actuaría como factor protector de la familia en cuanto a hacer efectiva la demanda en salud de sus miembros.
- Tasa de cobertura sanitaria de acuerdo a la demanda de asistencia según sexo, grupos de edad y quintiles de ingreso.
- Tasa de cobertura sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo a la demanda de asistencia según sexo, grupos de edad y quintiles de ingreso.
- Demanda insatisfecha según género y grupos de edad.

**Enseñanzas adquiridas y estrategias de cooperación para la profundización y consolidación de la incorporación de indicadores y análisis de género en el monitoreo y evaluación de los procesos de reforma sectorial**

32. Las lecciones aprendidas, la experiencia acumulada y las evidencias generadas por la aplicación concreta por los países de las varias metodologías referidas enseñan que la variable género juega un rol importante en el desarrollo de fenómenos ligados a la exclusión en salud y a la inequidad en el acceso a la atención de salud. Este rol es complejo y no se reduce a la discriminación de la mujer en cuanto a variables demográficas, laborales y de uso de servicios, sino que tiene que ver con la importancia que se les asigna a hombres y mujeres en las sociedades en las distintas etapas de la vida. De este modo, así como en la mayoría de los países de la Región aún persiste claramente una organización de los sistemas de salud centrada en el binomio madre-hijo, en virtud de la cual la mujer en edad reproductiva y especialmente la gestante recibe una atención mucho mayor que sus pares masculinos en el mismo estrato etéreo, así también la medicina laboral está fuertemente centrada en un modelo de atención orientado a los trabajadores masculinos, que no presta atención a las necesidades de salud específicas de las mujeres trabajadoras.

33. Reconociendo esta situación, la OPS propone realizar esfuerzos adicionales para incorporar los temas de género, así como otros definidos como prioritarios por los Estados Miembros, en las diversas metodologías usadas para evaluar los procesos y resultados de la RSS, en particular en las áreas de caracterización de la exclusión en salud y en los análisis de acceso equitativo. Esta estrategia deberá reforzarse gradualmente, en la medida en que los países también aumenten la producción y utilización de información desagregada por género, en cumplimiento del compromiso expresado en la Resolución CSP26.R21.

34. Para apoyar este esfuerzo y al mismo tiempo asegurar la viabilidad y practicabilidad de los diversos instrumentos de monitoreo y evaluación de las reformas y/o cambios intensificados en los sistemas de salud, la OPS deberá desempeñar un papel proactivo en la definición y proposición de la adecuación del nivel de desagregación de la información apropiado a la naturaleza de cada instrumento.

35. Además de las consideraciones específicas relacionadas con cada uno de los instrumentos ya referidas en sus respectivos apartados se recomienda una triple estrategia:

- Para herramientas de uso universal y generalizado, basadas en datos secundarios ampliamente disponibles en cada país, y que requieren objetividad, síntesis y actualización frecuente, como son los perfiles de sistemas de salud, la

- desagregación de variables relacionadas con el género debe ser la mínima considerada indispensable.
- Cuando el objetivo del uso de cada instrumento es asegurar la profundidad del análisis, las variables de género suelen trabajarse en forma detallada según las prioridades de cada país, como es el caso de la “Guía de monitoreo del acceso equitativo a los servicios básicos de salud” y de la “Metodología de medición y caracterización de la exclusión social en salud en países seleccionados de América y el Caribe”.
  - Cuando se trate de la planificación/evaluación de cambios o reformas de gran alcance en el sector salud de un país, el conjunto de informaciones producidas y de análisis generados por la aplicación de las herramientas ya referidas se puede armonizar e integrar con otros estudios específicos, en un análisis del sector salud, donde la perspectiva de género, así como otras categorías pertinentes, suele expresarse plenamente. El Análisis del Sector Salud se destaca al añadir los componentes prospectivo y analítico al abordaje mayormente retrospectivo y descriptivo de diagnóstico situacional que caracteriza las metodologías previamente descritas, pues incluye la construcción de hipótesis y la formulación de lineamientos de políticas para planes, estrategias y programas, al tiempo que asegura amplia y total posibilidad de incorporación de la perspectiva de género en el proceso de monitoreo del desempeño de los sistemas de salud y de los resultados de sus cambios o reformas.

### **Intervención del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo**

36. Se invita al Subcomité a que haga recomendaciones para fortalecer la incorporación del análisis de género en los instrumentos y procesos de monitoreo y evaluación de las reformas sectoriales y estimule a los Estados Miembros a dar cumplimiento a la Resolución CSP26.R21 de la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana sobre la producción y utilización de información desagregada por género.

37. Asimismo, se invita al Subcomité a apoyar la disseminación por la OPS y la utilización por los países de la Región de los instrumentos metodológicos referidos en el presente documento, en especial el análisis del sector salud.