

***Reforma del sector salud y derechos sexuales y derechos
reproductivos.
Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género.***

**Documento Final de Trabajo
(versión 3.6)**

**REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS
REPRODUCTIVOS.
UN ENFOQUE INTEGRADO DE DERECHOS HUMANOS, SALUD PÚBLICA Y GÉNERO.**

**Marzo 2004
VERSIÓN PRELIMINAR. NO CITAR.**

Preparado por: Ana Güezmes

**Con comentarios de: Elsa Gómez, Dinys Luciano, Rosa Dierna (OPS)
Anna-Britt Coe (CHANGE)**

Dirigir aportes y comentarios a: aguezmes@consorcio.org

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. COMPROMISOS ORIENTADORES

1. Los derechos humanos como herramienta de cambio
2. Género y salud
3. Equidad en salud
4. Equidad de género en salud
5. Salud sexual y salud reproductiva
6. Derechos sexuales y derechos reproductivos
7. Participación como derecho ciudadano en salud

II. LAS METAS ORIENTADORAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA CIPD

III. LOS PROCESOS DE REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

1. El contexto de las reformas
2. Los contenidos de las reformas
3. Implicaciones de la promoción y defensa de la salud sexual y la salud reproductiva en las reformas del sector salud

IV. APROXIMACIONES A IMPLICACIONES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Financiamiento
2. Descentralización y estímulo a la participación y rendición de cuentas en salud
3. La priorización y el paquete básico en salud reproductiva y salud sexual y la integración de servicios

V. REFLEXIONES FINALES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

“ Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables”

Mirta Roses, Directora de la Organización
Panamericana de la Salud, 2003¹

“El verdadero descubrimiento no es descubrir nuevos paisajes, es tener nuevos ojos”

M Foucault, 1978²

“Si queremos tomarnos verdaderamente en serio los derechos y necesidades de la mujer, no basta con la reforma lenta y parcial que hemos visto en el pasado. La igualdad en todos los campos: la salud, la educación, el medio ambiente y la economía es fundamental para que la mujer pueda protegerse a sí misma frente al VIH y el SIDA”

Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, 2000³

“Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer 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 explorar”

Sudhir Anand y Amartya Sen, 1995⁴

¹ Roses, M. (enero del 2003) *Le Monde Diplomatique*, Número 43. Buenos Aires

² Foucault, M. (1978). “La voluntad de saber” en *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI

³ Peter Piot, (junio del 2000) Director Ejecutivo de ONUSIDA en discurso ante la Asamblea General de la ONU en aplicación de las resoluciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Nueva York.

⁴ Anand, Sudhir y Sen, Amartya, (1995) *Gender inequality in human development: Theories and Measurement*. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19, p.2. En <http://www.undp.org/hdro/oc19a.htm>

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante la Unidad de Género y Salud (anteriormente denominada Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo), impulsa una iniciativa encaminada a promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud de la Región. Esta iniciativa se originó durante una consulta regional con personas expertas en materia de género y política, convocada por la OPS en octubre de 1998, la cual cristalizó en un plan de trabajo regional que fue aprobado en febrero de 1999 por el Subcomité Especial sobre Mujer, Salud y Desarrollo del Comité Ejecutivo de la OPS.

La primera etapa de esta iniciativa recibió financiamiento de las Fundaciones Ford y Rockefeller en el año 2000 y se está llevando a cabo en Chile y Perú, con un conjunto de actividades a escala regional. El eje central del proyecto es la producción y utilización de la información como instrumento de cambio en favor de la equidad de género en salud. En el marco de este eje se producen evidencias sobre las disparidades evitables e injustas entre hombres y mujeres en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y en la participación en la toma de decisiones dentro del sistema de salud. Un énfasis particular, pero no exclusivo, se asigna a las disparidades en salud sexual y reproductiva.

En la Región de las Américas se está incrementando el diálogo, interacción y búsqueda de consensos entre quienes toman las decisiones, profesionales, investigadores, organizaciones de la sociedad civil y la comunidad de donantes. Estos esfuerzos, están contribuyendo a *un cambio en el pensamiento y la práctica* entre los actores clave de modo que los desafíos de la política y de la gobernabilidad, los derechos humanos, las preocupaciones sobre equidad y las cuestiones técnicas y de políticas en materia de salud se consideren cada vez más como relacionadas integralmente

El documento **“Reforma del sector salud y derechos sexuales y derechos reproductivos. Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género”** que se presenta a continuación es parte de este esfuerzo para apoyar y fortalecer los vínculos entre la generación del conocimiento y su utilización en la toma de decisiones en materia de salud pública y reformas del sector salud.

Sus objetivos son a) desarrollar los compromisos- obligaciones de los estados con la equidad de género y obligaciones con los derechos sexuales y derechos reproductivos- como parte de un marco conceptual para una mejor comprensión de los vínculos entre las reformas del sector salud y el derecho a la salud y b) analizar a partir de evidencia disponible los impactos que las reformas están teniendo en materia de género, y salud sexual y reproductiva.

La metodología seguida para la elaboración del documento ha incluido la revisión bibliográfica de: a) las obligaciones de los estados con relación al derecho a la salud y con relación a los derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción; b) los documentos de las Naciones Unidas en el campo de la salud sexual y reproductiva, en especial el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y los monitoreos de su implementación; c) los marcos de análisis desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para una mayor comprensión de la equidad de género en las reformas sanitarias; d) recomendaciones del cuerpo directivo de la OMS y OPS; y e) una selección de investigaciones y documentos analíticos sobre el efecto de las reformas sectoriales en la salud sexual y reproductiva.

El documento está dirigido a quienes toman las decisiones en el campo de la salud, a los y las profesionales, investigadores, y activistas del estado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad de donantes. Para las personas trabajando en las reformas de la salud, el documento ayuda a comprender las implicancias de género y en la salud sexual y reproductiva. Para funcionarios, activistas trabajando en el campo de la salud sexual y reproductiva, contribuye a entender los procesos sistémicos de reforma del sector salud. Para ambas “comunidades”, el documento otorga un conjunto de herramientas conceptuales centradas en los compromisos de derechos humanos. Se pretende así elevar el nivel de debate sobre la importancia de integrar el enfoque de género, salud pública y derechos humanos en los procesos de reforma del sistema de salud.

Es preciso señalar algunas limitaciones de partida, tanto políticas como metodológicas para desarrollar este estudio:

- a) La CIPD, está produciendo un cambio paradigmático en la manera de abordar las políticas de población, que incluye la propia conceptualización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la redefinición de obligaciones del sector salud al respecto. Si bien todos los gobiernos de América Latina y El Caribe son signatarios del programa de acción de la CIPD, su implementación en términos de promoción y garantía de derechos de las personas como lo plantea el propio programa es incipiente y heterogénea. Se ha encontrado que muchos países siguen con paradigmas pre-Cairo enfocando la salud reproductiva como planificación familiar, considerando como únicas beneficiarias a las mujeres en edad reproductiva, o con persistencia de metas demográficas, entre otros ejemplos.
- b) Los estudios con evidencia empírica acerca del impacto de reformas de la salud sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) son muy escasos. Una dificultad adicional es dada por las características diferentes de las reformas aplicadas en la región por lo que los

resultados documentados son difícilmente comparables y en ocasiones contradictorios. Los efectos de las reformas dependen del contexto en que se aplican y de la capacidad rectora y reguladora de los Ministerios de Salud con efectos diferentes en cada país como ocurre en la revisión de los procesos de descentralización. Asimismo, por ejemplo, la utilización de la priorización de necesidades en salud, ha llevado en algunos países a la elaboración de paquetes de servicios, que han restringido las prestaciones de salud reproductiva como es el caso de Perú en el SIS (seguro integral de salud); mientras que en otras ocasiones ha servido para ampliar las respuestas a los problemas de salud tradicionalmente no incorporados como la violencia basada en género o ha permitido cambios sustantivos en el modelo de atención como es el caso de Brasil.

- c) Las dinámicas nacionales en este nuevo siglo requieren ser ubicadas como parte de un proceso global. Dos son los procesos que han impactado con fuerza en el mundo y en América Latina: el proceso de globalización y el ajuste estructural que impuso el modelo neoliberal. Los procesos de ajuste han aumentado en forma dramática la exclusión y pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. La globalización -un verdadero cambio de época⁵ ha transformado los horizontes referenciales de las ciudadanías. Ha producido reducción y fragmentación del estado, el traspaso de sus obligaciones al ámbito privado (con las mujeres en el centro), y una creciente falta de autonomía para decisiones políticas y, especialmente, económicas. También ha alimentado formas nuevas de organización de los movimientos sociales, cuyas formas de existencia y de articulación han variado. Las reformas de la salud se ubican en este contexto, y su estudio no puede hacerse aislado del conjunto de políticas públicas.

La relación entre el efecto de procesos de reforma desarrollados en este contexto global y los vacíos en el ámbito de la investigación hacen evidente la necesidad de una agenda cuyos estudios permitan delimitar en profundidad la forma en que se organiza y el impacto que produce cada reforma sanitaria -tanto desde el punto de vista de las intervenciones realizadas como desde las no desarrolladas- a fin de clarificar las relaciones de los distintos tipos de reformas con las alternativas de intervención en salud sexual y salud reproductiva.

El presente documento está organizado en cuatro capítulos y un conjunto de reflexiones finales. En el primer capítulo, se presenta una descripción de los

⁵ Lechner afirma que no estamos viviendo una época de cambios intensos, sino más bien un "cambio de época", como lo fue la revolución industrial, o el descubrimiento de la rueda y cuyos impactos en las subjetividades son enormes.

principales compromisos orientadores con los que poder analizar las reformas de la salud y los enfoques implícitos en ellas. En forma de cuadros-resumen se ha definido los contenidos de estos conceptos desde un enfoque de derechos humanos: así se revisa los principios del derecho a la salud, el enfoque de género y las obligaciones que en esta materia tienen los estados, así como sus implicancias en el campo de la salud, la equidad en salud y la equidad de género, la salud y los derechos sexuales así como la salud y los derechos reproductivos. El aporte específico del enfoque de derechos humanos es considerar que estos principios no son ejercicios teóricos sino que tienen implicancias concretas, en algunos casos de carácter inmediato, para la forma como los gobiernos y la sociedad organizan, manejan y evalúan su política de salud.

Si bien es importante que las personas que toman las decisiones de políticas públicas, y la sociedad en general conozcan con detalle los planes de acción que comprometen éticamente a nuestros estados, así como las obligaciones de carácter vinculante, en el capítulo segundo se sistematizan las metas que todos los países se comprometen a conseguir, en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer, y del desarrollo social antes del 2015. Se consideran así las metas establecidas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el año 1994, así como en su revisión cinco años después, y en la Declaración del Milenio del año 2000.

En el capítulo tercero se introducen las reformas en el sector salud describiendo el contexto de América Latina y el Caribe en la que estos procesos están teniendo lugar; se describen los principales desafíos a los que estas se enfrentan y que son frecuentemente argumentados como razones para iniciar las reformas sanitarias, sus principales componentes y su evolución en la última década. Desde un marco de derechos humanos, se cuestiona como se ha asumido acríticamente que los países de medianos y bajos ingresos deben aceptar la idea de proteger sólo aspectos básicos o mínimos de los derechos sociales. Se propone una tercera generación de reformas con voluntad política clara y concertación nacional y regional para que las necesarias reformas de muchos sistemas sanitarios de la Región se inserten en una lógica de políticas públicas de estado para la consecución del derecho a la salud.

En el cuarto capítulo se elige cuatro componentes principales de las reformas con importantes implicancias en la equidad de género y en la salud sexual y la salud reproductiva: las formas de financiación del cuidado de la salud y el impacto de la privatización; el desarrollo de la participación ciudadana, la descentralización de los sistemas de salud y la priorización de las necesidades de salud de las poblaciones que determinan los paquetes de intervenciones y servicios en el contexto de la redefinición de seguros sociales o subsidios de salud a través de sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.

El documento concluye en la necesidad de desarrollar evidencia, conocimiento, movilización política y políticas públicas que incorporen e imbriquen los enfoques de salud pública, de género y derechos humanos y en una voluntad para preparar y formar a los y las profesionales de salud y ciudadanos y ciudadanas, en general, para el desafío de enfocar la multidimensionalidad de la exclusión y sus raíces estructurales; y analizar lo que ocurre en los sistemas públicos, privados y domésticos del cuidado de la salud. Si la salud es un derecho humano y la información sugiere que existen obstáculos estructurales para el goce de este derecho entonces las reformas de la salud son procesos claramente políticos ya que hablan directamente sobre cuestiones de democracia y de justicia social.

I. COMPROMISOS ORIENTADORES

A continuación se presenta los principales compromisos orientadores con que poder analizar las reformas de la salud y los enfoques implícitos en ellas.

Es importante diferenciar los compromisos vinculantes de los que no lo son. Por ejemplo, las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas (como la CIPD o la Declaración del Milenio), no son vinculantes, tienen por finalidad conocer a profundidad un problema común a muchos países y que éstos se comprometan para atender dicho problema. Constituyen acuerdos con gran valor político y ético, pues forman parte de la agenda internacional construida y consensuada al interior de las Naciones Unidas.

Los textos legales o normas de Derecho Internacional, son las Convenciones, Tratados o Pactos sobre derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Estos acuerdos son de carácter vinculante, cuando el país los ha ratificado; son mandato de obligatorio cumplimiento para los Estados,

En términos generales, cuando los Estados ratifican un tratado de derechos humanos, se comprometen a: promover los derechos establecidos en él, garantizar que son para todos y traducirlos a políticas y estrategias, impedir que sean violados y ofrecer reparaciones a las víctimas en caso de que se violen. Estas obligaciones son de aplicación a los actos cometidos por personas que actúan en nombre del Estado, instigadas por él o con su consentimiento.

En las Américas, quien organiza el debate entre los gobiernos es la Organización de Estados Americanos. En 1969, estos gobiernos adoptaron el acuerdo regional denominado Convención Americana de Derechos Humanos, bajo cuyo amparo hoy operan una Comisión y una Corte Interamericana de Derechos Humanos que fiscalizan la implementación de sus disposiciones. La Convención cuenta además con un Protocolo que permite fiscalizar violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas. Sólo unos pocos países del hemisferio - entre ellos Canadá y Estados Unidos - no han suscrito la Convención Americana.

1. El derecho a la salud

- **La importancia del marco de derechos humanos en las reformas de salud**

Actualmente se discute sobre las relaciones entre economía, derechos humanos y salud. Uno de los problemas principales que emerge es la manera de distribución de los recursos que los gobiernos destinan a la atención sanitaria. Se discuten las prioridades en salud, pero pocas veces se debate la propia prioridad de la salud en las agendas políticas nacionales e internacionales. La conceptualización de la salud entendida y defendida como derecho humano provee de herramientas y mecanismos para posicionar la salud de manera amplia como prioridad en América Latina, al involucrar que:

- 1) Los estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud en forma universal e interdependiente con el resto de los derechos humanos.
- 2) Un marco de derechos humanos, provee de una herramienta importante para aumentar la responsabilidad de los gobiernos, del sector privado, de la cooperación internacional y de la sociedad en general con la salud.
- 3) Un marco de derechos humanos nos obliga a centrarnos en las inequidades. En América Latina, región caracterizada por las profundas brechas económicas, sociales, de género, donde los promedios nacionales ocultan profundas diferencias, un enfoque de derechos humanos puede ayudar a identificar y revelar las disparidades, señalar los problemas de discriminación y de exclusión social y movilizar recursos para atender las necesidades de las personas, grupos o de las poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas.
- 4) Los exámenes del cumplimiento de los estándares de derechos humanos, se centran en la revisión de normas, políticas y presupuestos como expresiones de voluntad política; en la promoción de medidas adecuadas para el logro de la equidad, y la eliminación de patrones discriminatorios, contenidos en las políticas o como resultado de su aplicación.
- 5) En la última década, principalmente en el marco de las Naciones Unidas, se ha abierto una oportunidad en el campo internacional de derechos humanos tradicionalmente centrado en los derechos civiles y políticos, para colocar mayor énfasis en los efectos de la pobreza, el deterioro ambiental, las consecuencias de las políticas macroeconómicas, la discriminación de la mujer; y en general, en los derechos económicos, sociales y culturales como aspectos esenciales de las políticas públicas.
- 6) La incorporación del enfoque de derechos humanos no es un ejercicio teórico conducido por especialistas en el campo del derecho sino que tiene implicancias concretas para la forma como los gobiernos y la

sociedad organizan, manejan y evalúan su política de salud. Norberto Bobbio, citado por Sinesio López⁶, señala que el problema actual de los derechos humanos y ciudadanos no reside en su fundamento, sino en las garantías que los estados deben ofrecer para darles concreción y vigencia.

- **El contenido del derecho a la salud**

Desde la propia constitución de la OMS⁷ se establece que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*. La Declaración Universal de Derechos Humanos⁸, establece en su artículo 25 que *“1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”*⁹

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el *“derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”* (Artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado. El derecho a la salud se refleja también en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

⁶ López, S. (1997) *Ciudadanos reales e imaginarios: concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. Lima: IDS- Instituto de Diálogo y Propuesta.

⁷ La Constitución fue adoptada en Nueva York, el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Institucional de la Salud. Fue firmada por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las Reformas adoptadas por la 26°, 29° y 39° Asambleas Mundiales de la Salud, se han incorporado al presente texto. Estos principios fueron reafirmados en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención de Salud Primaria) en 1978.

⁸ Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948

La salud es considerada además como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo. Junto con la educación y el ingreso, es uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas y ha ganado una amplia aceptación como un marcador mejor de desarrollo que los indicadores puramente económicos como el ingreso per cápita. De hecho, *“la salud es el derecho humano que en la práctica marca más visiblemente las diferencias de raza o de condición económica y social”* (Booker & Minter, 2001).

Paul Hunt, relator Especial del Derecho a la Salud del Sistema de Naciones Unidas (2003) desarrolla algunas observaciones iniciales sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud:¹⁰

“La atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Libertades y derechos. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud, en particular el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud (esto es, atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud) que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Derechos más concretos. El derecho a la salud es un concepto amplio que puede desglosarse en derechos más concretos como los derechos a:

- *la salud materna, infantil y reproductiva;*
- *la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- *la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos;*
- *el acceso al agua limpia y potable.*

¹⁰ E/CN.4/2003/ 58. En C:\WINDOWS\TEMP\E-CN.4-2003-58.htm Artículos 22-32

No discriminación e igualdad de trato. La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente, entre ellos el estado de salud, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud.

Obligaciones inmediatas. Aunque está supeditado a su paulatina realización y a limitaciones de recursos, el derecho a la salud impone diversas obligaciones de efecto inmediato. Entre estas obligaciones figuran las garantías de no discriminación e igualdad de trato, así como la obligación de tomar medidas deliberadas, concretas y encaminadas a la plena realización del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia nacional y de un plan de acción en materia de salud pública. La realización paulatina significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

Asistencia y cooperación internacional. Los Estados tienen la obligación de tomar medidas, tanto a título individual como por medio de la asistencia y la cooperación internacional, para lograr la plena realización del derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados Partes están obligados a respetar el disfrute del derecho a la salud en otras jurisdicciones, velar por que ningún acuerdo o política internacional menoscabe el derecho a la salud y que sus representantes en organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta este derecho, así como la obligación de asistencia en todos los asuntos de formulación normativa.

Asistencia humanitaria. Los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar para proporcionar ayuda en caso de catástrofe y asistencia humanitaria, entre otras cosas ayuda médica y agua potable, en situaciones de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados internos.

Responsabilidades de todos los agentes. Si bien los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, todos los agentes sociales - particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, profesionales de la salud, empresas privadas y otros agentes- tienen responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud.

Interdependencia. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales

enunciadas en los principales tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, a la participación, al acceso a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación.

Limitaciones. *Los Estados suelen utilizar a veces cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. Esas limitaciones deben estar en consonancia con el derecho, incluidas las normas internacionales de derechos humanos y que son estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática, proporcionales, sujetas a revisión y de duración limitada.”*

El derecho a la salud es un derecho humano, universal, integral e interdependiente con el resto de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los estados tienen obligaciones concretas para respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud. El análisis de la realización del derecho a la salud puede ordenarse en tres grandes áreas¹¹:

- **El más alto nivel de salud alcanzable**. Incluye el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en las colectividades: los avances y problemas en relación con mortalidad, enfermedad y discapacidad, indicadores demográficos, de salud reproductiva, de estilos de vida, etc. De esta área se obtienen los resultados e indicadores, que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o aquellos que sufren mayor discriminación.
- **La organización del estado para atender sus obligaciones**: Incluye la identificación de las acciones del estado; que hace y como, para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. Dentro de esta área se analizan el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, atención, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades con problemas de salud, la orientación de los recursos económicos sociales, así como el desarrollo y aplicación de las políticas y programas públicos.
- **La existencia de un entorno económico, social, ambiental y político saludable**. Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que garantizan finalmente el ejercicio del derecho a la salud, dentro de la visión de integralidad e interdependencia. Dentro del entorno, se consideran las políticas económicas que favorecen el capital humano y social, las políticas intersectoriales, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo sostenible.

¹¹ Adaptado de: Ríos, M., Arroyo, J., Chávez, S.; Cáceres, E. (2004) *Vínculos entre salud pública y derechos humanos en la investigación en Perú*. Lima: CIES, APRODEH, UPCH, Flora Tristán.

2. Género y salud

- **Antecedentes**

A mediados del siglo XX pioneras del feminismo como Simone de Beauvoir o Margaret Mead llamaron la atención sobre la construcción social de las diferencias sexuales y denunciaron la idea de naturalizar los mecanismos de subordinación social de las mujeres. Beauvoir subrayó en su obra *El segundo sexo* (1970) que “la mujer no nace, se hace”. Mead (1973, 1994) a través de su investigación en diferentes culturas destacó como los roles y atributos para hombres y mujeres variaban de unas culturas a otras; en contra de la idea de la determinación biológica.

En los años 70”, se inicia una creciente búsqueda desde las ciencias sociales para explicar la subordinación de las mujeres que no podía ser explicada desde las diferencias socioeconómicas, la estratificación social o las diferencias étnicas. En esta búsqueda surge el concepto de género como una categoría de análisis que en lo social corresponde al sexo biológico.

El enfoque de género es el cuerpo teórico que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Para el análisis de género se analizan además los roles sociales que hombres y mujeres desempeñan en economías de mercado, las que se refieren a las funciones productivas, reproductivas y de gestión de la comunidad (Moser, 1993).

Este enfoque incluye la necesidad de revisar los contextos sociales, políticos y económicos para poder abordar aspectos como la salud; y advierte sobre la necesidad de estudiar las relaciones humanas en contextos y en periodos históricos específicos y poder abordar las diferencias entre mujeres y hombres a lo largo del ciclo de vida. Se cuestiona también el abordaje de “la mujer” o “el hombre” como una categoría homogénea y se plantea estudiar las relaciones mujer-hombre, hombre-hombre y mujer-mujer de manera específica en cada contexto.

Joan Scott (1996) define el género como *“un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos”*; y como *“una forma primaria de las relaciones significantes del poder”*. Distingue cuatro elementos principales del género, a saber: 1) los símbolos y los mitos culturalmente disponibles; 2) los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, expresados en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, 3) las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política y 4) la identidad.

Estos enfoques pusieron de manifiesto las jerarquías de género expresadas en desigual valoración de lo masculino y lo femenino, una desigual distribución de poder, recursos y oportunidades entre hombres y mujeres y sus consecuencias en vulnerabilidad, exclusión o discriminación de las mujeres y niñas. En un segundo momento a partir de los estudios sobre masculinidades se abordaron las implicancias del sistema de género para los hombres.

De todas formas, la separación rígida entre sexo y género, si bien ha sido sumamente útil en la acción política, comporta también problemas en el análisis de la salud. Uno de los principales es la idea de que el sexo (biología) es algo estático, invariable y que el género (cultura) es lo que se construye. En la actualidad se busca hacer un acercamiento más dinámico de las relaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural.

Los modelos "ecológicos integrados" para estudiar la violencia (desarrollados por Heise, 1997) que proponen estudiar los factores que actúan en cuatro ámbitos diferentes: individual, familiar, comunitario y sociocultural permite organizar heurísticamente las evidencias existentes. Lo novedoso del modelo aplicado a la salud es entenderla como un fenómeno multifactorial y atravesado por relaciones de poder y sistemas. El reto es no usar este marco para seguir pensando en elementos tradicionales de causalidad epidemiológica sino en profundas y complejas interrelaciones que generan mayor o menor probabilidad de sociedades, comunidades y personas saludables. Este modelo interpela a la epidemiología clásica ubicada en muerte, morbilidad y riesgos individuales y plantea la necesidad de abordajes multisectoriales e interdisciplinarios de la salud. También es más cercano a la idea de integralidad de derechos humanos en su doble vertiente de libertad y justicia.

- **Los sistemas de género**

Gayle Rubin, plantea la existencia de un sistema de sexo-género que corresponde a un *"conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas"*. Este sistema es la parte de la vida social en la que radican la opresión de las mujeres, las minorías sexuales y algunos aspectos de la personalidad humana en los individuos.

Los sistemas de género se refieren a las dinámicas de poder que jerarquizan las capacidades, necesidades, características y roles de hombres y mujeres, situadas en tiempos y espacios concretos y que permean (aunque se invisibilicen o minoricen), al estado, las leyes, al mercado, las escuelas, los hogares, los medios de comunicación, la comunidad. Esta propuesta implica un abordaje sistémico al señalar la importancia de poder estudiar la construcción de las inequidades y de la exclusión tomando en cuenta un

conjunto de determinantes como edad, sexo, etnia, situación socioeconómica, condición de ruralidad, etc. En salud implica además tomar en cuenta las diferencias biológicas en el análisis. En este sentido, un ejemplo claro es la feminización de la epidemia del VIH/SIDA que tiene que ver tanto con factores de vulnerabilidad biológica como con construcciones socio - culturales de la sexualidad femenina.

- **Las obligaciones con la equidad de género**

En tiempos donde muchas veces hay reticencias de los tomadores de decisión para trabajar con enfoque de equidad de género, o gran confusión sobre lo que este enfoque significa, necesitamos tomar en cuenta que el enfoque de género es algo más que una perspectiva de análisis en la medida que tiene validez y vigencia jurídica en el ámbito internacional y nacional, ya sea porque los países han suscrito y ratificado diversos Pactos, Tratados o Convenciones Internacionales que lo incorporan, o porque ya está incluido en leyes, políticas y otros dispositivos nacionales. Desde esta perspectiva, existe un amplio corpus jurídico, que ha adoptado la comunidad internacional, el mismo que debe traducirse en las legislaciones nacionales.

En términos de políticas públicas podemos hablar entonces de obligaciones con la equidad de género que implica responsabilidades de los estados para eliminar las inequidades de género, e incluye, por ejemplo, políticas específicas de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, generación de información estadística desagregada por sexo y otras variables, compromisos para erradicar la violencia basada en género, compromisos para generar entornos habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, compromiso con el análisis de género en los reportes de país ante instancias internacionales¹², entre otros aspectos que ya son vinculantes para nuestros estados. Tener claridad sobre estos

¹² Algunos ejemplos son la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, adoptada en Belém Do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, que define la violencia basada en género y un conjunto de medidas para hacerle frente; la Carta Democrática Interamericana aprobada en Lima, Perú el 11 de Septiembre del 2001, durante el vigésimo octavo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, que señala: Artículo 9º .- “(...) La eliminación de toda forma de discriminación especialmente de la **discriminación de género**, étnica y racial, y de las diversas formas de intolerancia, así como la promoción y protección de los Derechos Humanos de los pueblos indígenas y los migrantes y el respeto a la diversidad étnica, cultural y religiosa de las Américas, contribuyen al fortalecimiento de la democracia y la participación ciudadana”. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 que señala en su Artículo 12: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la **discriminación contra la mujer** en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

marcos, puede ayudar a que los gobiernos, la cooperación internacional y los movimientos sociales utilicen los instrumentos de derechos humanos como “cartas dirimentes” en las pugnas frecuentes en la elaboración de políticas públicas referidas, aunque no exclusivamente, al terreno de la sexualidad.

El enfoque de género es el cuerpo teórico que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Este enfoque puso de manifiesto las jerarquías de género expresadas en desigual valoración de lo masculino y lo femenino, una desigual distribución de poder, recursos y oportunidades entre hombres y mujeres y sus consecuencias en vulnerabilidad, exclusión o discriminación de las mujeres y niñas.

Las **obligaciones de equidad de género** se refieren a las responsabilidades que los estados han asumido en compromisos y tratados internacionales de derechos humanos de carácter vinculante y en sus leyes nacionales. Algunos ejemplos son la obligaciones estatales para eliminar toda forma de discriminación y violencia contra la mujer, también en el campo de la provisión de servicios, promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y, desarrollar evidencia y políticas públicas adecuadas.

3. Equidad en salud

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Algunas perspectivas identifican la equidad sólo como disminución de brechas o disparidades, sin duda importante en nuestra región. En otros casos se une la equidad con lograr un nivel mínimo de salud, a través de paquetes básicos de salud. Estas son las nociones más frecuentes en los supuestos de las reformas de la salud.

Desde una perspectiva de derechos humanos, se agrega una línea normativa de valores asociada a la justicia social; que atribuye responsabilidad al sufrimiento innecesario. Así la OMS define la equidad como “*el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos*”. Consecuentemente, la equidad en la *atención de salud* significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecho de acuerdo con la capacidad económica¹³.

¹³ Braveman, Paula. (1998) *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries*. Geneva. WHO-Organización Mundial de la Salud.

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, atención de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la atención de la salud es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud¹⁴; las obligaciones estatales incluyen las responsabilidades del estado como primer responsable y del resto de actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Para abordar la equidad es importante:

- a) partir de las necesidades colectivas y específicas de las poblaciones, comunidades y personas. Es importante destacar que la noción de necesidades está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.¹⁵
- b) Considerar la multidimensionalidad de la exclusión. Las reformas del sector salud, se han centrado en el análisis de la exclusión socioeconómica. Si bien la pobreza es uno de los principales limitantes para el desarrollo, no es suficiente para explicar la exclusión de las mujeres, de los y las adolescentes o de los pueblos indígenas de los sistemas de salud. Se requiere abordar en simultáneo todos los macro-determinantes de la salud, y sus relaciones, asegurando que los ciudadanos / as y los grupos en estado de vulnerabilidad o excluidos por razones de situación socioeconómica, género, sexo, etnia, raza, ubicación geográfica, idioma, edad, discapacidad, orientación sexual, opinión política o de otra índole, vean satisfechas sus necesidades específicas de salud y cuenten con mecanismos de participación plena en el sistema de salud.
- c) El derecho a la salud implica un progreso adecuado continuo y deliberado de las políticas públicas, así como de los presupuestos destinados y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Sin embargo los estados tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por sus ciudadanos/as en los canales nacionales o internacionales de exigibilidad de derechos. Estas obligaciones inmediatas incluyen las garantías de no discriminación e igualdad de trato.

¹⁴ Gómez, Elsa (2000) *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

¹⁵ *Ibidem*.

4. Equidad de género en salud

La búsqueda de la equidad constituye el eje central y distintivo del mandato de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, dentro de este contexto, la equidad de género ha sido destacada como un valor fundamental en la política de salud para todos.

En referencia específica a la equidad de género en las políticas, la actual Directora de la OPS ha afirmado que las *“Políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.... Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables”*¹⁶.

La noción de equidad en salud, reiterando lo anteriormente expresado, se asienta en una visión de la salud como derecho humano fundamental dónde los estados tienen obligaciones para proteger, promover y garantizar la equidad de género. Los instrumentos de derechos humanos, junto al principio de igualdad y no-discriminación, consideran la importancia del principio de relevancia. Este principio aplicado en términos de género implica tener en cuenta aquellas diferencias y desventajas que afectan a todas las mujeres o a grupos determinados de mujeres o de hombres, que al no ser consideradas en una política de salud, por ejemplo, contribuyen a mantener las desigualdades o propician daños y riesgos particulares.

Bajo el principio de relevancia se considera legítimo adoptar medidas de acción afirmativa¹⁷ tendientes a eliminar estas disparidades. Estas medidas se han aplicado por ejemplo en el campo de la educación (programas específicos para evitar la expulsión o deserción escolar de las niñas o adolescentes); en el campo de la representación política (cuotas en las candidaturas a elecciones, o acción positiva para puestos de decisión); en el campo de la salud, sin embargo, existe menor experiencia de este tipo de medidas. Estas medidas tienen vocación de temporalidad, para eliminar las inequidades. Se trata de llegar a situaciones dónde las diferencias por diferentes razones ya no sean pertinentes de ser tomadas en cuenta al haber logrado políticas adecuadas de eliminación de desventajas, de desigualdad y por tanto, dónde las diferencias no sean fuente de vulnerabilidad o de discriminación.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se insta a los países a promover el empoderamiento de la

¹⁶Roses, M. *Le Monde Diplomatique*, Buenos Aires, Número 43, enero de 2003

¹⁷ Anteriormente denominadas de discriminación positiva

mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la eliminación de todas las formas de discriminación de la niña y la promoción de la participación masculina en los ámbitos de la familia, y la salud sexual y reproductiva. La equidad de género apunta a *“sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos...”*, mientras que el empoderamiento alude tanto a *“la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como al fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político en favor de una efectiva igualdad de derechos y de oportunidades”* (Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, 1999).

La equidad de género en salud implica considerar¹⁸:

- a) *En el estado de salud y sus determinantes: La eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.*
- b) *En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo a las necesidades. Incluye los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres que se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.*
- c) *En el financiamiento de la atención en acuerdo con la capacidad económica, y no con relación a necesidades o riesgos. Involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.*
- d) *En el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea este remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisión dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.*

¹⁸ Gómez, Elsa (2000) *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

- **Las dimensiones de la inequidad de género en el ámbito de la salud**

La OPS (Gómez, 1998, 2000, 2001) analiza las dimensiones de la inequidad de género. Se proponen una serie de consideraciones :

- a) Hombres y mujeres presentan diferencias en salud: esperanza de vida, prevalencia de enfermedades y daños, carga de enfermedad, utilización de servicios, responsabilidades financieras, provisión de salud, poder de decisión, y necesidades particulares en el ámbito de la salud. Estas diferencias son, a menudo, fuente de desigualdad, exclusión o discriminación; que afecta principalmente a las mujeres.
- b) La interacción de diferentes formas de desigualdad en salud se da en contextos determinados. El análisis de género no puede estar aislado de los análisis socioeconómicos, étnicos, etc., y se requiere profundizar estas intersecciones y articulaciones como determinantes claves de la desigualdad de oportunidades en el acceso y el poder sobre los recursos y servicios que propician la salud.
- c) Se requiere también tomar en cuenta que en las sociedades, y en las diferentes culturas existen diferentes formas de entender los procesos de salud-enfermedad, diferentes acercamientos a las manifestaciones corporales. En este sentido los aspectos de interculturalidad son esenciales para entender las dinámicas entre los sistemas de salud y la sociedad.
- d) Frecuentemente se demuestra que las mujeres utilizan más los servicios de salud, interpretando inadecuadamente esta situación como una ventaja y desconociendo que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, de su más alta morbilidad y su mayor longevidad. Se estima que el 34% de la carga de enfermedad se debe a problemas de salud reproductiva.
- e) Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría. Así, aunque parezca inconcebible en esta época, las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina durante las edades reproductivas en la región. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres y reconocida como uno de los marcadores del compromiso de los estados con el derecho a la salud.
- f) Los factores de género influyen en la desventaja de supervivencia masculina. Esta sobremortalidad masculina¹⁹ alcanza proporciones

¹⁹ *Ibíd.*.

dramáticas (5 a 10 veces mayores) en relación con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados ; o la mayor dependencia a sustancias como el alcohol (7 veces mayor) o la droga (3 veces mayor). La relación desigual de poder entre hombres y mujeres y las exigencias sociales asociadas a los roles y atributos de la masculinidad tienen efectos claramente negativos sobre la integridad no solo de las mujeres sino también, de los hombres.

- g) En materia de prestación de salud sigue siendo más difícil incluir a los hombres adultos, en general por las actitudes culturales de género de los hombres o la inexistencia de programas que incorporen a los hombres. Esta situación tiene impacto en su salud, y en la de las mujeres que a menudo tienen una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños, ancianos, discapacitados, o tienen que asumir con limitado apoyo social aspectos que corresponden a ambos sexos como ocurre en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- h) Las familias o los hogares no pueden constituirse en la unidad mínima de análisis estadístico o de intervención. La titularidad de los derechos humanos es individual, por tanto es la persona la unidad de la que se debe partir. Es necesario considerar la asimetría en la asignación de recursos dentro del hogar, a fin de identificar las desigualdades intrafamiliares en términos de acceso, poder y control sobre los recursos para el disfrute de la salud.
- i) La pobreza²⁰ ejerce un efecto más negativo sobre la salud y la supervivencia de las mujeres, que sobre la de los hombres. En efecto, la mayor esperanza de vida femenina, característica hoy de los países industrializados, no ha sido ni es siempre la regla en los países pobres ni en los grupos de menores ingresos. Las condiciones sociales pueden disminuir e, incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina. Por ejemplo, cifras recientes para 13 países indican que, en los grupos de mayores ingresos, el riesgo de muerte prematura es claramente más alto para los hombres que para las mujeres. Sin embargo, entre los grupos pobres, este diferencial por sexo se reduce considerablemente e, incluso, desaparece. Esto en razón de que, mientras la pobreza multiplica por 2 y hasta por 5 el riesgo de muerte prematura entre los varones, entre las mujeres lo multiplica por 4 y hasta por 12.
- j) La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Paradójicamente la percepción de necesidad de atención y la utilización de servicios es menor en aquellas circunstancias donde la necesidad de servicios es comparativamente la más alta, así existe una brecha general entre pobres y no pobres y es el grupo de pobres dónde la brecha entre hombres y mujeres es mayor.

²⁰ Gómez, Elsa (2001) *Equidad, Género y Salud*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

- k) Las distinciones de género en el trabajo reenumerado se asocian con una consistente subvaloración del trabajo de las mujeres, y con menores niveles de ingreso para las mismas actividades. Por ejemplo, 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 el ámbito informal de la comunidad y la familia el trabajo de las mujeres es gratuito y no figura en las cuentas nacionales.
- l) Existe una interdependencia entre los ámbitos formal e informal de la atención de la salud. Así, las políticas que afectan la dotación de personal en los servicios, afectan simultáneamente la carga de trabajo informal de cuidado de la salud que recae predominantemente sobre las mujeres.
- m) Las mujeres contribuyen más al financiamiento de la atención en sistemas no solidarios. Esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales, al tomar en cuenta las mayores necesidades y menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.
- n) Las mujeres tienen mayores responsabilidades menor poder en la producción de la salud. Las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% del cuidado de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Pese a esta contribución, las mujeres permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud, dado que: predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud; sus puestos de trabajo son más inestables, permanecen sub-representadas en las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para la salud; desempeñan con poco reconocimiento o apoyo social el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.
- o) El análisis de las reformas de salud desde la perspectiva de género puede introducir sesgos. El sesgo de género, -al analizar la situación de la salud, el financiamiento, el acceso a servicios, etc.- se produciría: a) al partir de la suposición de que las diferencias para hombres y mujeres no son relevantes; b) al considerar que existen diferencias cuando estas no son relevantes y c) al desconocer que existen diferencias que pueden ser fuente de desigualdad, ya sea por falta de evidencia o de análisis de la información y d) abordar la diferencia social o cultural sin tener en cuenta la diferencia biológica.

La incorporación de la dimensión de género en la formulación y monitoreo de políticas obedece, por tanto, a mandatos explícitos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, con base en las obligaciones emanadas de los compromisos internacionales de carácter vinculante o no vinculante adoptados en el seno de las Naciones Unidas.

La **equidad** es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social; que lleva asociada responsabilidad estatal frente al sufrimiento innecesario.

La **equidad en salud** es el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecha de acuerdo con la capacidad económica. OPS

La **equidad de género en salud** implica, al menos, considerar cuatro dimensiones (Gómez 2001). OPS:

- a) En el estado de salud y sus determinantes: La eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.
- b) En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo a las necesidades. Incluye los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres que se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.
- c) En el financiamiento de la atención en acuerdo con la capacidad económica, y no con relación a necesidades o riesgos. Involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.
- d) En el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea este remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisión dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

5. Salud sexual y salud reproductiva

Como resultado de una acción creciente en visibilidad y construcción de alianzas de los movimientos de mujeres, y de los movimientos preocupados por la expansión de la epidemia del SIDA los asuntos relacionados a la sexualidad lograron una mayor preocupación por parte del sistema de las Naciones Unidas. No es sorprendente que, con frecuencia, las diferencias extremas hayan acompañado este proceso, como así lo demuestran los debates y preocupaciones que marcaron la preparación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo²¹.

A pesar de las exclusiones discursivas, el Documento del Cairo es indiscutiblemente una de las declaraciones más progresistas que ha surgido recientemente a través del consenso global al reconocer la actividad sexual como un aspecto positivo de la sociedad humana. El Programa de Acción de la CIPD resultante reconoce la salud sexual y reproductiva de la siguiente manera:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. (Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994).

La OMS, OPS y la Asociación Mundial de Sexología definieron en manera más amplia la salud sexual (2000) como: *“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”*

²¹ Las controversias y negociaciones del Cairo y las implicancias de las decisiones tomadas han sido discutidas de manera provocadora por Copelon y Petchesky en el artículo “Hacia un Enfoque Interdependiente de los Derechos Reproductivos y Sexuales como Derechos Humanos: Reflexiones sobre la CIPD y el Futuro”.

A partir del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo se definieron los elementos esenciales a incorporar en la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud²²:

- Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.
- Información y acceso a métodos de planificación familiar que sean apropiados, seguros, efectivos, accesibles económicamente, y aceptados como consecuencia de una decisión informada.
- Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.
- Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto, y acceso a servicios en los casos en que no es ilegal.
- Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/ SIDA y otras afecciones como cáncer de mama o del sistema reproductor
- Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia sexual o el tráfico sexual
- Generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las mujeres en todos los niveles del sistema de atención de salud.
- Alentar la responsabilidad masculina en todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva sociedad civil y de la comunidad en general, brindando especial apoyo al empoderamiento de la mujer en la defensa de sus derechos reproductivos.
- Desarrollar programas innovadores para adolescentes y hombres adultos

En el documento se agrega la necesidad de avanzar hacia la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad como las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo

En términos de equidad de género es imprescindible reconocer que solo las mujeres pueden experimentar los riesgos directos de salud por el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto y que además otras condiciones relativas a la salud sexual y reproductiva, tales como las infecciones del aparato reproductor, incluidas las infecciones de transmisión sexual, por lo general tienen efectos más graves y a más largo plazo sobre las mujeres y por ello es imprescindible que se consideren sus necesidades como prioritarias en las políticas y programas.

²² Capítulo VII, Párrafo 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.11 Programa de Acción, CIPD, 1994.

También se requieren esfuerzos crecientes para involucrar a los hombres y adolescentes en el cuidado, responsabilidad y participación en estos aspectos; y desarrollar programas específicos que respondan a sus necesidades actuales y futuras.

6. Derechos sexuales y derechos reproductivos

Bajo el término *derechos sexuales y derechos reproductivos*, en conjunción o como expresiones independientes, quedaron condensadas hacia fines de la década de los '70, diversas exigencias orientadas a hacer frente a desigualdades y experiencias de adversidad forjadas en torno a las esferas de la sexualidad y la reproducción.

Bajo el influjo de las estrategias y campañas de organizaciones y activistas por la protección de tales derechos, algunos Estados plasmaron o desarrollaron determinados contenidos al respecto invocando derechos humanos internacionalmente reconocidos, a través de sus políticas, textos constitucionales, decisiones judiciales y normas de diverso nivel. Sin embargo, en la mayoría de países, los poderes públicos eludieron sistemáticamente el marco de los derechos y libertades fundamentales para tratar las cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción.

Esta constatación llevó a las expresiones organizadas en torno a la promoción, protección y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos a plantear, en el marco de los consensos internacionales de los '90, la incorporación explícita de enunciados que comprometieran a los Estados a ajustar sus desempeños e interrelacionar sus políticas a los derechos humanos reconocidos internacionalmente, lo que incluía en forma destacada los derechos humanos de las mujeres.

En acuerdos internacionales anteriores sobre cuestiones de población se plantearon metas demográficas para limitar la población mundial con énfasis en los servicios anticonceptivos como medio principal para alcanzar esas metas. En pronunciado contraste, a lo largo de los Principios y Programa de Acción formulados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo-CIPD (El Cairo, 1994) se ubica las políticas de población, las cuestiones de salud reproductiva y sexual y los derechos al respecto, en el contexto más amplio de las políticas macroeconómicas, el desarrollo sostenible y las cuestiones de derechos humanos. El Programa resultante es así receptor de un fuerte lenguaje de derechos que luego seguiría influenciando sobre los consensos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer –CMM (Beijing, 1995).

Los principios que enmarcan el Programa de Acción de la CIPD incorporan específicamente todos los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Principio 1). Esto incluye derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales. Los principios expresan

específicamente los derechos a la igualdad, a la no-discriminación, a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (Principio 1); a un nivel de vida y de desarrollo adecuados (Principios 2 y 3); a la equidad de género (Principio 4); al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Principio 8), a la educación (Principio 10); a los derechos de los niños (Principio 11) y de los migrantes (Principios 12 y 13). Además, los Principios identifican las responsabilidades de la comunidad mundial, y particularmente del Norte (Principio 15), para lograr el desarrollo sostenible "como un medio de garantizar el bienestar humano, compartido de forma equitativa por todos" (Principio 6), para erradicar la pobreza (Principio 7), y para eliminar patrones insostenibles de producción y consumo (Principio 6). Las políticas de población son consideradas como un aspecto integral de las políticas de desarrollo diseñadas para mejorar la calidad de todas las personas (Principios 5 y 6), al mismo tiempo que se prohíbe la coacción en los programas de salud reproductiva (Principio 8).

Una pregunta trascendental es pensar en quien tiene el derecho a decidir acerca del número de hijos, si tenerlos o no y en que momento. Esta no es una pregunta que haya tenido respuestas fáciles. Hasta hace pocos años se consideraba que era el estado debía regular el tamaño de la población, "incidiendo" principalmente sobre la fecundidad de las mujeres. En sus versiones pronatalistas (destinadas al aumento de la población, y asumidas principalmente por los gobiernos militares en América Latina) o controlistas (destinadas a la reducción de la población y desarrolladas principalmente en la década de los 80 como respuesta al acelerado crecimiento poblacional), las políticas con metas demográficas vulneraron los derechos humanos, al intentar influir en diferentes formas, incluida la coerción sobre la decisión de las personas, principalmente de las mujeres.

En otras ocasiones, otros actores se han considerado los llamados a decidir sobre estos aspectos: los médicos²³ (bajo el supuesto que el médico siempre sabe lo que es bueno para las mujeres), las jerarquías eclesásticas católicas (las personas no deben usar métodos modernos; o la condena absoluta al uso del condón), los maridos (las mujeres tienen obligaciones sexuales con sus maridos aunque ellas no quieran). En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se logró un consenso mundial acerca de que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos, y la decisión en la materia les compete a las personas, mujeres y hombres.

²³ Corresponde a una medicina paternalista basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente ("autoridad de Esculapio"), en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada persona ("todo para el enfermo, pero sin el enfermo"). Había, y hay parece, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de vulnerabilidad no era capaz de tomar una decisión libre y clara.

En la CIPD se mantuvo el término “derechos reproductivos” y se eliminó la referencia a los “derechos sexuales” presente en los borradores entre corchetes; El párrafo 7.3 estipula: “...[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...” (Capítulo VII, párrafo 7.3, Programa de Acción, CIPD, 1994).

La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995) logró avanzar más allá para la definición de los derechos sexuales, pero es importante anotar que las presiones influyeron para que no quedara el término, ni representados aquellos contenidos significativos a la experiencia homosexual. Al final el párrafo 26 se formuló en los siguientes términos: “Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia”

La ausencia de un texto que expresamente reconozca y ampare como tales -salvo algunos consensos, planes y plataformas del sistema de Naciones Unidas que carecen de fuerza vinculante²⁴- originó que su estatuto jurídico fuera relativamente débil. Sin embargo, a través de un legítimo ejercicio interpretativo de los instrumentos internacionales de derechos humanos que reconocen la libertad y autonomía, la dignidad humana, la igualdad y el derecho a la salud de todas las personas se incluyen estos derechos. Cada vez está más claro que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran en la actualidad protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas²⁵.

²⁴ Las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas, tienen por finalidad conocer a profundidad un problema común a muchos países y que éstos se comprometan para atender dicho problema. Sus acuerdos, no tienen carácter vinculante, es decir que no son mandato de obligatorio cumplimiento para los Estados, pero guían la interpretación normativa y la implementación de políticas en el país. En todo caso, constituyen acuerdos con gran valor político y ético, pues forman parte de la agenda internacional construida y consensuada al interior de las Naciones Unidas.

²⁵ Entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se tienen los siguientes: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976);

Cuatro conceptos éticos críticos, indispensables para la habilitación y la ciudadanía plena de las mujeres subyacen en la agenda de los derechos humanos con relación a la gama de temas debatidos en El Cairo.²⁶:

- 1) En primer lugar, la importancia de la integridad corporal y la autodeterminación, incluyendo la salud, el bienestar y la seguridad en materia reproductiva y sexual, de manera inseparable de la participación plena e igualitaria de la mujer en todos los aspectos de la vida social.
- 2) En segundo lugar, el principio de la libertad vinculado a la igualdad, en el que un aspecto fundamental es reconocer que la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y fecundidad es un ingrediente esencial de la igualdad como personas y de la participación igualitaria en todas las esferas de la vida.
- 3) En tercer lugar, la necesidad de condiciones habilitantes o derechos sociales, para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos demostrando la conexión entre los derechos económicos, sociales y culturales, y los temas globales del desarrollo sostenible, la preservación ambiental, la paz, la eliminación de la pobreza, de la violencia en todas sus formas. En otras palabras, los derechos reproductivos y derechos sexuales definitivamente requieren un cambio radical en las prioridades del presupuesto público para reorientarlo hacia la seguridad social y la calidad de vida y replantear los incentivos del mercado, las utilidades del sector privado y el militarismo.
- 4) En cuarto lugar, se enfatizan la importancia de la equidad insistiendo en que la igualdad sea entendida, por un lado, a la luz del enfoque de género y, por otro, a la luz de las diversas identidades y condiciones. La primera dimensión hace un llamado en pro de una nueva apreciación del rol de la integridad corporal, la seguridad de la persona, el poder y el estatus social en todo lo necesario para que las mujeres y hombres ejerzan sus derechos con equidad. La segunda dimensión aboga por el reconocimiento de que muchas condiciones, por ejemplo, raza y etnicidad, clase económica, cultura, orientación sexual y status geopolítico, sean tomadas en consideración en la definición y realización de la igualdad. En otras palabras, el principio de igualdad contempla la aplicabilidad universal de los derechos humanos, al mismo tiempo que requiere reconocimiento y respeto para la diversidad. Como tal, la ética de la igualdad aborda los peligros del universalismo formalista a través de la atención al contexto social y a los resultados concretos.

Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).

²⁶ Este marco es desarrollado en detalle en Correa y Petchesky (1994).

Es importante señalar que los derechos humanos sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción no se agotan en derechos negativos. Los Estados tienen obligaciones positivas para garantizarlos y fortalecerlos. Para ello, el derecho internacional de los derechos humanos, contempla en los instrumentos internacionales obligaciones positivas, varias de ejecución inmediata²⁷ lo que incluye: medidas legislativas y de otra índole dirigidas a objetivos y resultados específicos a rendir por los Estados, mecanismos institucionales, y también prestaciones esenciales que todo Estado debe asegurar²⁸ a riesgo de exponer a las personas a daños, riesgos y desventajas inaceptables.²⁹ Incluso aquellas obligaciones de ejecución progresiva, cuyo cumplimiento es observado teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos de un Estado y las dificultades que pueda enfrentar, cada vez más son objeto de atención en cuanto pueden conllevar desempeños “de baja intensidad” en la construcción de capacidades

²⁷ Por ejemplo la Convención Internacional sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige a los Estados adoptar sin dilaciones una política para eliminar la discriminación contra la mujer. Un instrumento con un alto grado de determinación de obligaciones positivas es el Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) que en relación a la salud (artículo 10) precisa el compromiso de los Estados a medidas como la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, o en cuanto al derecho a la educación (artículo 13) la enseñanza primaria obligatoria y asequible a todos gratuitamente. En esta línea, también debemos destacar, los enunciados contenidos en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), tales como los dispuestos en el Capítulo 3 de dicho instrumento.

²⁸ Las prestaciones esenciales relevantes para garantizar los derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción, envuelven un desarrollo del derecho a la educación, a la salud, a la protección de la seguridad personal y el derecho a la justicia.

²⁹ Entendidos los derechos humanos en interdependencia, el Comité de Derechos Humanos que vigila el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, ha ido apreciando que se viola el derecho a la vida cuando los Estados no garantizan prestaciones esenciales en salud. Así, el indicador mortalidad infantil, observadas las causas asociadas, impondría reparar sobre la obligación de los Estados de prestar vacunación universal y gratuita. En relación al indicador mortalidad materna, igualmente observadas las causas asociadas, se impondría reparar en el modo como un Estado asegura servicios para enfrentar riesgos y complicaciones gineco-obstétricas. También se impondría someter a revisión aquellas normas y prácticas institucionales que exponen a las mujeres a procedimientos inseguros como es el caso de la criminalización del aborto, materia reiteradamente abordada por el Comité de Derechos Humanos. En relación a las obligaciones del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se vienen realizando observaciones a los Estados de incumplimiento al Pacto en casos de privación manifiesta de bienes y servicios esenciales por acción directa o por omisión. Se ha ido consolidando el criterio sobre obligaciones centrales mínimas que deben asegurar los Estados sin considerar la disponibilidad de recursos del país involucrado o de otros factores y dificultades. Al respecto ver: Diane Elson y Jasmine Gideon, “El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el empoderamiento de las Mujeres”, Traducc. Paulina Witt, Ediciones Flora Tristán, Serie Desafíos, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres, Lima, 2000.

esenciales para el disfrute de derechos y ejercicio de libertades. Estamos no ya bajo la idea de *umbrales mínimos*³⁰ sino de niveles óptimos en torno a la salud, la autonomía de acción y la autonomía crítica.³¹

Los derechos sexuales y reproductivos son así un territorio conceptual que se definen en términos de poder y recursos: poder para tomar decisiones informadas en relación con la sexualidad y la reproducción y recursos para llevar adelante estas decisiones de manera segura y efectiva. Estos derechos articulan así: a) la obligación de los Estados de respetar y hacer respetar la autonomía personal sobre la sexualidad, b) la acción estatal en la construcción de entornos democráticos, plurales y habilitantes para el ejercicio de las libertades y el disfrute de los derechos, c) el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a hacer frente a inequidades y promover la inclusión, participación y transformación de las relaciones sociales.

En el campo de la sexualidad, la discriminación también puede ser entendida en la exigencia no razonable que se establece para el ejercicio responsable de la sexualidad, sobre todo cuando se aborda la sexualidad negada de las y los adolescentes. Así la necesidad de protección de derechos en el campo de la sexualidad se confunde sistemáticamente con la tutela, entendida como un conjunto de regulaciones que califican estas libertades bajo el título de la responsabilidad expresada en comportamientos y prácticas saludables dentro de lo que es tipificado como normal. Las Plataformas Internacionales, las constituciones y otras normas de menor jerarquía han establecido que este ejercicio debe darse de manera responsable, limitación expresa que no existe en el tratamiento de ningún otro derecho. Esta expresión -ejercicio responsable- que parece lógica e inofensiva tiene una fuerte carga moral, pues a diferencia de otros derechos consagrados como la libertad de empresa, contratación, asociación o trabajo, la sexualidad es el único derecho que debe ejercerse responsablemente. Lamentablemente este supuesto, lejos de ser problematizado ha sido asumido como válido en los estudios e investigaciones trabajados en la región, así como en los documentos de Naciones Unidas.

Sin embargo la coincidencia amorosa, el deseo sexual, la decisión de compartir la vida con otra persona, la paternidad y la maternidad no son decisiones públicas. Son expresiones individuales que conllevan la necesidad de generar condiciones que contemplen los derechos humanos como interdependientes para posibilitar su ejercicio. El esfuerzo en la generación de condiciones o capacidades es mucho menor que el esfuerzo en tipificar lo que es o no apropiado en materia de sexualidad. Poca educación sexual y

³⁰ Ver Martha Nussbaum, (1998) *Capacidades humanas y justicia social* en: “Necesitar, desear, vivir”, Jorge Reichmann (ed.) Madrid: Los Libros de la Catarata.

³¹ Ver Len Doyal y Ian Goung, (1994) *Teoría de las Necesidades Humanas*. Madrid: Icaria.

deficiente educación pública pero sanción a las adolescentes -no a los hombres - gestantes es sólo un ejemplo entre muchos de esta idea.

La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (CIPD)

La **salud sexual** es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (OMS, OPS y Asociación Mundial de Sexología)

Los **derechos reproductivos** abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (CIPD).

Los **derechos sexuales**, como parte de los derechos humanos incluyen los derechos de las personas a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia; y a disponer de la información y los medios para ello. (CMM)

7. Participación como derecho ciudadano en salud

La participación ciudadana es un derecho que El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas definió como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud³².

Involucra la generación de mecanismos, procedimientos y orientación de recursos por parte de los estados para promover, proteger, y garantizar el derecho a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector de la salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos. Incluye la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural.

En la Cumbre de las Américas de Santiago de Chile (1998) los Jefes de Estado destacaron que “la fuerza y sentido de la democracia representativa residen en la participación activa de los individuos en todos los niveles de la vida ciudadana”. También asumieron el compromiso de profundizar la educación para la democracia y promover “las acciones necesarias para que las instituciones de gobiernos se conviertan en estructuras más participativas”³³. Posteriormente, en diciembre de 1999, tras un amplio proceso de consulta en el hemisferio y en respuesta a los mandatos conferidos en las cumbres, la OEA adoptó la Estrategia Interamericana para la Promoción de la Participación Pública en la Toma de Decisiones sobre Desarrollo Sostenible. En la Cumbre de Las Américas de Québec, en 2001, los Jefes de Estado y de Gobierno del hemisferio reafirmaron su voluntad de trabajar “*con todos los sectores de la sociedad civil y las organizaciones internacionales para asegurar que las actividades económicas contribuyan al desarrollo sostenible de nuestras sociedades*”.

Alicia Ely Yamin (2003) advierte que el concepto de participación tiene una larga historia en el discurso de la salud. Su atractivo puede remontarse al fracaso de los modelos verticalistas de desarrollo dirigidos por el estado en

³² Artículo 17 de la Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

³³ Declaración de Santiago, Segunda Cumbre de las Américas. OEA, Documentos Oficiales (op. cit.), p. 44.

las décadas de los 50 y 60. En su lugar, los modelos de desarrollo participativo, los cuales posicionaban en su núcleo el fortalecimiento de la ciudadanía y el acceso a partir de las necesidades básicas de la gente, empezaron a ser propuestos en los años 70 bajo varios nombres como “desarrollo alternativo”, “desarrollo centrado en la gente” y “desarrollo comunitario”. En forma paralela a estas tendencias en el desarrollo hubo cambios en los modelos de prestación de salud. La declaración de Alma Ata de 1978 proclamó el reconocimiento internacional de la importancia del cambio de los modelos verticalistas de atención de salud curativa por la atención primaria de salud implementada a través de la participación comunitaria.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva en particular, se enfatizó la participación en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 que como ya hemos señalado, hace que la participación de las mujeres dentro de las políticas de población y desarrollo sea un punto clave para garantizar calidad de atención y promover los derechos reproductivos.

Briceño León (1998) revisa las diferentes significaciones que ha tenido el concepto de participación comunitaria en salud y observa cómo los cambios en la sociedad latinoamericana han obligado a producir transformaciones radicales en la idea de participación durante los últimos cuarenta años. El autor comienza describiendo la participación en el *contexto de la guerra fría*, encontrando cuatro modalidades: la participación como manipulación ideológica, como mano de obra barata, como facilitadora de la acción médica y como subversión. Luego pasa a revisar la participación en el *contexto de la crisis de las ideologías* y allí describe dos modalidades: la participación como movimiento de base y como promoción popular. Finalmente interpreta las maneras que la participación adquiere en el *contexto de los programas de ajuste* y allí la describe como complemento del Estado y como privatización.

Yamin (2003) coincide en señalar como la participación comunitaria también es propugnada ahora en el discurso contemporáneo neoliberal sobre desarrollo. La participación comunitaria y la concurrencia de las ONGs son vistas como la otra cara de la moneda de la reducción del estado. Es importante tomar en cuenta que, aunque en principio las reformas del sector salud pueden ser transformativas, éstas se están dando dentro del contexto de este discurso.

Muchas reformas del sector salud hacen énfasis en la participación de las personas a través de contribuciones en la forma de copagos, trabajo y tiempo voluntario siendo entendida la participación como parte de la privatización de los servicios, o como un mecanismo para aumentar la eficiencia. Es preciso señalar que la mayoría de las definiciones de participación implícitas en las reformas no considera la distribución desigual de poder y recursos dentro de las comunidades según género, clase, origen étnico, raza, edad, orientación

sexual, y otras razones. Y son estas las preguntas que nos interesan si seguimos el enfoque de derechos humanos.

Este abordaje de la participación tiene serias implicaciones de género ya que no solamente vemos un patrón constante de feminización de la pobreza sino que al mismo tiempo, dentro del mismo hogar, la mujer se está viendo obligada a asumir responsabilidades aún mayores en su rol de productora de la salud familiar ante el abandono de las obligaciones sociales por parte del estado.

Efectivamente, y de manera particular en el sector salud³⁴, las mujeres participan activamente en la fase de ejecución de programas comunitarios, pero permanecen excluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos; y son las principales proveedoras del cuidado de la salud en el ámbito doméstico. 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 a la realidad: cuando se ha consultado a las mujeres, las prioridades que ellas han expresado para sí mismas y sus familias han sido a menudo diferentes de las prioridades expresadas por sus familiares masculinos más cercanos o por los políticos y burócratas distantes

El documento preparado por el Women's Health Project en Sudáfrica citado por Yamin expone que es posible distinguir entre quizá diez niveles de participación: acción colectiva, poder delegado, control por parte de las comunidades pero con acompañamiento, asociación, cooperación, asesoramiento, consulta, información, cooptación y manipulación. Los primeros cinco niveles de participación sugieren empoderamiento y una perspectiva de derechos y los siguientes cinco son más funcionales, instrumentales, utilitarios.

Para algunos en el campo de la salud, la participación social se da dentro de los proyectos y programas mientras que para otros es un derecho humano y básico del ciudadano, el cual es central para reclamar otros derechos sociales y políticos. (Gavanta, 2002). Visto desde esta segunda perspectiva, la participación en salud es un derecho considerado central para lograr todo el resto de dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud. Fundamentalmente, en el campo de derechos, la participación tiene

³⁴ Gómez, Elsa (2000) *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

que ver con el empoderamiento, mientras que en las reformas de la salud -en algunos casos o paradigmas- la participación es *útil o instrumental* para el fomento de metas, o de ciertas estrategias.

La participación en sus diferentes modalidades y espacios sociales puede viabilizar *“formas de relacionamiento social paritarias y democráticas que avancen, a la manera de espiral, hacia una calificación colectiva de las demandas con impacto en la esfera institucional”*³⁵. Sin embargo, es importante señalar que la capacidad para participar supone una situación inicial de autoestima individual, voluntad de aprendizaje, valoración individual de la capacitación y la organización; es esta capacidad inicial la que permite ingresar a un proceso de empoderamiento paulatino en el ámbito individual y colectivo, a través de la participación³⁶.

Una visión moderna sobre la participación, reconoce el **control social** como el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos -no estatales- como es el caso de la salud en dirección a los intereses de la colectividad.

Los mecanismos de control social son al mismo tiempo resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la democracia del sector salud. Surge aquí la necesidad de crear mecanismos de participación que permitan a las personas ejercer su derecho a la salud. Hacer valer los derechos de las personas requiere de la existencia de ciertos *mecanismos de control de la ciudadanía*. Al mismo tiempo, los mecanismos de control requieren de un cierto contexto para ser eficaces y promover la equidad.

En este sentido, las obligaciones correlativas de los Estados con respecto al derecho a la participación son las de respetar, proteger y realizar. La obligación de promover la participación envolverá tanto la construcción de capacidades así como la creación de oportunidades de procedimiento y un ambiente favorable. La obligación de respetar del derecho a la participación podría envolver tanto transparencia como la remoción de obstáculos para la participación. La obligación para proteger la participación envuelve el rol de vigilancia del Estado. La obligación de realizar envuelve la obligación de tomar pasos para construir capacidades así como brindar oportunidades para la participación.

La rendición de cuentas y la transparencia también son fundamentales para un enfoque de derechos humanos en salud. Un enfoque de derechos humanos afirma que el Estado tiene responsabilidad legal -no solamente

³⁵ Cardarelli Graciela, Rosenfeld Mónica. Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales. Paidós Argentina, 1998.

³⁶ *Ibíd.*

moral o humanitaria- por los asuntos referentes a la salud sexual y reproductiva, y a la salud en general. Fundamentalmente, la rendición de cuentas se refiere a hacer responsables a los que se encuentran en los cargos públicos por su desempeño y por el resultado de sus decisiones. De este modo, el concepto de rendición de cuentas implica responsabilidad así como exigibilidad, incluida la exigibilidad legal. Es decir, deberían existir mecanismos y procedimientos para que la gente reivindique sus derechos en caso de violaciones, ya sean estos mecanismos judiciales o extrajudiciales como en las Defensorías del Pueblo.

La **participación ciudadana** en salud es parte de los derechos humanos, es inclusiva y plural e incluye la mejora y el fomento de la participación de la población en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector de la salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos. Incluye la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural.

El **control social** es el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos-no estatales- como es el caso de la salud en dirección a los intereses de la colectividad. Los mecanismos de control social son al mismo tiempo resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la democracia del sector salud

La **rendición de cuentas** se refiere a la responsabilidad de los Estados por su desempeño y por el resultado de sus decisiones u omisiones y el derecho de exigibilidad de la ciudadanía a acceder a información pública de buena calidad y a reivindicar sus derechos en caso de que sean vulnerados.

II. LAS METAS ORIENTADORAS Y LA CIPD

La CIPD adoptó un Programa de Acción para los veinte años siguientes. En este programa se especifican un conjunto de metas precisas que todos los países se comprometen a conseguir, en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer, y del desarrollo social. Las metas fijadas fueron:

- Proveer antes del 2015 de acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a los servicios conexos de salud reproductiva y salud sexual.

- Eliminar antes de 2005 de la discrepancia de género en la educación primaria y secundaria y acceso universal de las niñas y los niños varones a la enseñanza primaria o su equivalente, tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de 2015.
- Reducir en el 2000 las tasas de mortalidad de menores de un año y menores de cinco años en al menos un tercio, hasta no más de 50 y 70 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, y hacia 2015, hasta menos de 35 y menos de 45, respectivamente.
- Reducir en el 2000 la tasa de mortalidad materna de la maternidad hasta la mitad de los niveles existentes en 1990 y en otra mitad hacia 2015 (concretamente, en los países donde los niveles de mortalidad son más altos, la reducción llegaría a menos de 60 por cada 100.000 nacidos vivos).
- Elevar la esperanza de vida al nacer a 75 años o más antes del 2015

A fin de alcanzar los objetivos futuros planteados en El Cairo y responder a retos cada vez mayores, como el VIH/SIDA, los países convinieron en la revisión a cinco años de la CIPD (CIPD+5) adoptar las siguientes medidas:

- Reducir a la mitad antes de 2005 la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas existente en 1990. Hacia 2010, la tasa neta de matriculación en las escuelas primarias de niños de uno y otro sexo debería ser al menos del 90%.
- Hacia 2005, un 60% de los establecimientos que prestan servicios de atención primaria de la salud y planificación de la familia deberían ofrecer la gama más amplia posible de métodos de planificación de la familia seguros y eficaces, atención obstétrica esencial, prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor, inclusive las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir el contagio; un 80% de los establecimientos deberían ofrecer esos servicios hacia 2010 y todos deberían ofrecerlos hacia 2015.
- Hacia 2005, en los países donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es muy alta, al menos un 40% de todos los alumbramientos deberían contar con la asistencia de personal capacitado y en todo el mundo, al menos un 80%; esas proporciones deberían ser de 50% y 85%, respectivamente, hacia 2010; y de 60% y 90% hacia 2015.
- Reducir a la mitad hacia 2005 toda discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y la de personas que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; la discrepancia debería reducirse en un 75% hacia 2010 y en un 100% hacia 2015. Para tratar de alcanzar este objetivo, no deberían utilizarse cupos ni cuotas de captación de clientes.
- Para reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, al menos el 90% de los jóvenes, tanto varones como mujeres, de 15 a 24 años de edad deberían tener acceso antes de 2005 a métodos preventivos -,

entre ellos, condones femeninos y masculinos, detección voluntaria, asesoramiento y seguimiento -; y hacia 2010, al menos el 95%. Hacia 2005, deberían reducirse las tasas de contagio con el VIH entre personas de 15 a 24 años de edad en un 25% en los países más afectados y hacia 2010, en un 25% en todo el mundo.

Los objetivos para la acción en el nuevo siglo están indicados en la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas, formulada en septiembre de 2000, cuando los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos declararon su compromiso de reducir la extrema pobreza a la mitad, proporcionar enseñanza primaria en igualdad de condiciones a los niños y las niñas, reducir la mortalidad derivada de la maternidad y frenar la propagación del VIH/SIDA. Los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a alcanzar las metas de desarrollo del milenio (MDM) en el 2015:

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre, reduciendo a la mitad la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario y la proporción de personas que sufren hambre;
2. Lograr la educación primaria universal, velando por que todos los niños y todas las niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria;
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, eliminando la disparidad de género en la enseñanza primaria y secundaria;
4. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años;
5. Mejorar la salud materna, reduciendo en tres cuartas partes el índice de mortalidad derivada de la maternidad;
6. Frenar y comenzar a contrarrestar la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. Velar por la sostenibilidad del medio ambiente, incorporando los principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas de los países, reduciendo a la mitad el número de personas que carecen de acceso a agua potable y mejorando la vida de los habitantes de tugurios;
8. Concertar una alianza mundial para el desarrollo, abordando la reducción de la pobreza, la gobernabilidad eficaz, el libre comercio, las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países carentes de litoral y los pequeños Estados insulares, el problema de la deuda, el empleo de los jóvenes, el acceso a los medicamentos esenciales y el acceso a las tecnologías.

Si bien las organizaciones defensoras de la salud sexual y reproductiva señalan que estas metas son un retroceso debido a la presión de las fuerzas opositoras a la CIPD, despojando al contenido de salud reproductiva de su

fuerza integradora, es preciso recordar a los estados que estas metas no suprimen las metas asumidas en los planes de acción anteriores. Por otro lado, la reducción de la muerte materna involucra un fuerte compromiso con la salud reproductiva y la equidad de género.

Otra crítica proviene del Relator Especial (Comisión de Derechos Humanos, 2003) al observar que los objetivos del milenio no se han formulado en términos de derechos humanos y señala tres recomendaciones a los países (artículos 50-55):

- a) Hay objetivos clave en materia de salud que quedan al margen de los objetivos de desarrollo del milenio, como la salud reproductiva por lo que es preciso complementar las MDM.
- b) Desde el enfoque de derechos humanos se requiere que se desglosen todos los datos pertinentes de manera que se reflejen las condiciones en que se hallen determinados grupos desfavorecidos, como las mujeres pobres, las minorías, las poblaciones indígenas, etc.
- c) Si bien las MDM son objetivos intermedios en la realización del derecho a la salud. El criterio de derechos humanos impone condiciones al logro progresivo de los derechos, lo cual es de importancia decisiva, pues de lo contrario esa progresividad podría dejar sin contenido tales derechos y convertirlos en mera retórica.

En la actualidad, muchos de los aspectos denominados como “problemas de salud pública” son considerados cada vez con mayor fuerza como temas de derechos humanos de responsabilidad estatal; así, la mortalidad materna es un potente indicador del compromiso de los estados con la salud de las mujeres, y no sólo es vista como un problema de índole social sino como una vulneración a los derechos humanos de la población. Las cifras de mortalidad materna en la región son altas, situación grave si nos detenemos a pensar que la mayoría de estos casos son evitables. En relación a los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, Marcela Huaita siguiendo a Cook menciona los siguientes³⁷:

Cuadro 1

Derechos afectados por la mortalidad materna

³⁷ HUAITA, Marcela. El derecho a la salud de las mujeres. Lima 2000. Ponencia presentada en VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres

El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. Estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.

El derecho a fundar una familia y a tener vida de familia. La mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.

El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico. La evolución técnica muestra que existen los medios para salvar las vidas maternas, pero la negligencia institucional, la del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.

Los derechos relacionados a la igualdad y a la no discriminación. El estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna porque no acceden a educación, porque los servicios y las propias comunidades no les dan la importancia que merecen, porque coexisten varias discriminaciones, como la racial-étnica y la de la pobreza, las mismas que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

III. LOS PROCESOS DE REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

1. El contexto de las reformas

Durante las dos últimas décadas la región de América Latina y el Caribe se caracterizó por tener una economía altamente volátil, agravada por el aumento de la deuda externa, las crisis económicas y la caída de los precios de sus productos en el mercado internacional, la vulnerabilidad ante los ciclos económicos internacionales, la fragilidad en los procesos democráticos y de integración económica regional. La inestabilidad económica y política de los gobiernos coexiste con la existencia de profundas brechas de inequidad entre y al interior de los países. Así, América Latina y el Caribe sigue siendo la región del mundo que presenta un mayor grado de desigualdad.

La implementación de políticas macroeconómicas de ajuste, de carácter predominantemente neoliberal, generó impactos negativos en las áreas sociales como educación y salud. Mabel Bianco (1996) señala como resultados sociales de este modelo: 1) concentración de la riqueza en sectores muy reducidos de la población, 2) niveles de desocupación y subocupación crecientes, 3) deterioro cuali y cuantitativo de la educación pública; 4) deterioro de los servicios públicos de salud; 5) privatización de la responsabilidad educativa, previsional y sanitaria con debilitamiento o desaparición de los sistemas basados en la solidaridad social; 6) disminución del estado, no sólo como prestador de servicios en educación, salud y otras áreas sociales sino también de su papel regulador, o sea garante de la

calidad y la accesibilidad de la población a dichos bienes; y 7) debilitamiento del estado sin real redimensionamiento de sus funciones rectoras.

En la actualidad nos encontramos en una situación evidentemente contradictoria para los sistemas de salud. Por una parte, las políticas aplicadas de privatización, descentralización y focalización -en las que se fundamentan muchos de los procesos de reforma del estado- han sido una prolongación de las políticas globales de ajuste predominantes en el campo económico y como se ha señalado, han sido causa de la exacerbación de las inequidades sociales en América Latina y el Caribe. La mayor parte de los países enfrentan a su vez el desafío de proporcionar a las personas servicios eficientes y de buena calidad en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de vastos grupos de población excluidos del acceso a los servicios de salud, planteándosele al sector salud la necesidad de alcanzar más equidad y eficiencia en la utilización de sus recursos.

La región de América Latina y el Caribe, parece ser la más activa de las regiones en lo que respecta a las Reformas Sanitarias. A mediados de 1995 prácticamente todos los países o territorios de la región consideraban la posibilidad de implementar alguna iniciativa para reformar sus sistemas de salud, sus políticas, o ambas cosas³⁸. Es un contexto restrictivo en términos financieros, y en algunos casos con colapso de los sistemas financieros y prestacionales de salud, donde se inician los llamados procesos de reforma sectorial como programas de compensación social³⁹ tendientes a intentar maximizar el logro de los objetivos sanitarios. Las reformas implicaron, con diferentes niveles de éxito, la reestructuración de la relación estratégica entre los distintos participantes del sector: financiadores, proveedores, reguladores o consumidores del sistema por un lado y la relación entre las diferentes funciones de los sistemas de salud: rectoría, organización, provisión y financiamiento por otro.

En la mayoría de nuestros países, donde la principal inversión en salud proviene del financiamiento de los hogares, se abre una pregunta ¿cómo evitar que existan servicios de alta calidad para los que pueden pagarlos, y de mala calidad -también "no servicios"- para los que no pueden costearlos?⁴⁰

³⁸ Infante A *Health sector reform in Latin America and the Caribbean: on three countries experiences*. Presentado en la Mesa Redonda "Latin América: the health agenda" en 6th International Conference on System Science in Health, Care, Barcelona, 16-20 sept.1996

³⁹ Algunas excepciones a este modelo de reforma lo representa Brasil que inició su proceso de reforma a través del Sistema Unico de Salud fruto de un acuerdo nacional, o Cuba que realizó la reforma en la década del 60 o Costa Rica, a través de la universalización del modelo de seguridad social.

⁴⁰ Suárez J. (1995) *Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba*, Representación OPS/OMS en Cuba, La Habana.

Nos preguntamos sobre los costos de un plan básico de salud y las enfermedades que están contempladas en éste. Igualmente deseamos conocer quiénes están en posibilidad de adquirir un paquete que ofrezca mejores condiciones que el básico y adónde se deberán dirigir todas aquellas personas que no tengan posibilidad de pagar. En el año 2002, el número de latinoamericanos que vive en la pobreza alcanzó los 220 millones de personas, de los cuales 95 millones son indigentes, lo que representa el 43,4 % y 18,8% de la población respectivamente⁴¹. ¿Podrán los sistemas públicos de salud atenderlos bajo criterios de equidad y universalidad? La respuesta a estas interrogantes es central para el futuro de las reformas en la región.

2. Los contenidos de las reformas

Aún reconociendo la diversidad de los procesos nacionales se identifica un lenguaje común en las iniciativas de reforma con el propósito general de mejorar el nivel de salud de toda la población y de abordar las profundas brechas de inequidad presentes en la región. Las razones más comúnmente aducidas para iniciar un proceso de reforma sanitaria pueden ser resumidas del siguiente modo⁴²:

- Retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y tecnológicos y de los complejos mosaicos al interior de los países.
- Persistencia o profundización de inequidades en el estado de salud, en el acceso y uso de los servicios, en los beneficios de los recursos en salud, y en el financiamiento de los mismos. Las inequidades se expresan en diferentes formas de vulnerabilidad, exclusión o discriminación
- Ineficiencia en la asignación de recursos humanos y económicos y en la gestión de los recursos y servicios.
- Limitada participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las actividades sanitarias.
- Deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios, tanto desde la perspectiva técnica como desde el punto de vista de los y las usuarias.
- Dificultades derivadas de la insuficiencia o la sostenibilidad del financiamiento y la provisión de los servicios de salud y en los mecanismos existentes de protección social.

La reforma sectorial en salud se ha planteado por la OPS como un *‘proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de sus*

⁴¹ CEPAL (2003). **Panorama social de América Latina 2002-2003**. LC/G.2209-P/E

⁴² OPS (1997) *La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington D.C. En:
<http://165.158.1.110/spanish/hsp/hsppr1.htm>

*prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad 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 período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan*⁴³.

Los cinco componentes principales de las reformas implementadas en la mayoría de países de la región han sido (adaptado de Maceira, 2002):

- 1) Descentralización y estímulo a la participación social.
- 2) Reorganización del sistema prestacional, incluyendo diferentes mecanismos de gestión y financiamiento.
- 3) Mecanismos de establecimiento de prioridades concretados en paquetes de intervenciones y servicios en el contexto de la redefinición de seguros sociales o subsidios de salud a través de sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.
- 4) Ordenamiento del marco legal y regulatorio del sector.
- 5) Cambios en las formas de financiamiento, incluyendo la participación del sector privado, mecanismos de recuperación de costos y subcontratación a través de acuerdos de gestión.

Hilary Standing⁴⁴ advierte cómo el lenguaje de las reformas del sector salud ha cambiado en esta década. La autora se refiere a una "primera generación de reformas" que estaba especialmente inmersa en la problemática de la provisión de servicios y focalizada en el sector salud. Los cambios fueron identificados como un conjunto de actividades técnico-gerenciales, y no como un proceso político a ser negociado entre los diversos actores. No hubo conciencia de la necesidad de considerar el género u otra dimensión significativa de desventajas en la planificación, implementación y el monitoreo de las reformas. En la "segunda generación", el énfasis se ha dirigido más hacia el lado de la demanda y por ende, el lenguaje se ha expandido incorporando las políticas que relacionan la pobreza y la salud y los acercamientos intersectoriales a la salud. En esta ola se enfatizan la dimensión político-institucional de la reforma y las relaciones entre diferentes actores del sistema. Estas estrategias tienen una vasta e inexplorada gama de implicaciones de género.

Según Martinic, *"la formulación de reformas y su puesta en práctica constituye un amplio proceso social y comunitario... las reformas que nos*

⁴³ Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, comp. (1996) *Reforma del sector salud: informe de la Reunión Especial*. Washington, DC: OPS.

⁴⁴ Standing, H. (2000) *Impactos de Género de las Reformas en Salud: El actual estado de las políticas y la implementación*. Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, La Habana, Cuba 3 - 7 de julio del 2000.

*preocupan tienen por objeto producir cambios culturales que afectan los contenidos, las prácticas y las interacciones de los beneficiarios con los sistemas de atención. Este proceso de cambios se realiza en un complejo sistema de relaciones en el cual los actores intervienen con sus propios marcos de referencia desde los cuales precisan y definen sus intereses y las estrategias colectivas de acción*⁴⁵. La forma que toman estos cambios, en general no se insertan en políticas de estado de largo aliento, involucran la negociación de diferentes grupos en ocasión que hacen que las reformas sean un conjunto de programas, en ocasiones con objetivos contradictorios, rompiendo la idea de las reformas planificadas y escalonadas que se sugirieron a inicios de los 90'.

El punto más censurable de estos procesos, tanto desde la perspectiva cultural como social, es su poca interacción con los compromisos en materia de derechos humanos, cuyo exponente principal es el haber dejado de lado el abordaje de la salud y de otros bienes sanitarios como los medicamentos e insumos anticonceptivos como bienes públicos y un derecho para toda la población. Si bien la región ha avanzado en la institucionalización de los derechos civiles y políticos, ha sido notoria en la última década un desplazamiento hacia una teoría de los derechos sociales mínimos o garantizados, a diferencia de la concepción de derechos sociales universales; y un pobre sentido de ciudadanía con relación al derecho a la salud.

Estos enfoques se encuentran en discusión en el momento actual tanto en el ámbito académico como entre los organismos internacionales y decisores de políticas públicas. Estaríamos tal vez, siguiendo el ordenamiento de Standing frente a una tercera generación de reformas de los sistemas de salud en la región donde las reformas se inserten en una lógica de políticas públicas de estado para la consecución del derecho a la salud.

Por último, es preciso remarcar que las reformas en el sistema de salud en los países en desarrollo han estimulado el debate sobre su impacto en los sectores más vulnerables en términos de pobreza (medida por ingreso o necesidades básicas insatisfechas). Sin embargo, las dimensiones de género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad y otras han recibido mucho menor interés.

3. Implicaciones de la promoción y defensa de la salud sexual y la salud reproductiva en las reformas del sector salud

⁴⁵ Martinic Sergio. *La construcción social de las Reformas educativas y de salud en América Latina*. BID, IDRC, 1999. Citado por La Rosa, Liliana del Carmen. ***Cogestión comunitaria en la administración de servicios de salud, pero limitando derechos ciudadanos y el acceso a salud sexual y reproductiva. ¿Es posible?***. Estudio de cuatro Centros Locales de Administración de Salud – CLAS. 2003

A pesar de la importancia sin precedentes de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 y del conjunto de conferencias de Naciones Unidas de la última década para una comprensión de la salud sexual y reproductiva en un marco de desarrollo sostenible y derechos humanos, lo real es que estos planes tuvieron poco impacto en las reformas sanitarias impulsadas a su vez por Organismos de las Naciones Unidas como el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud y organismos de cooperación bilateral.

Standing (2000) alude tres razones para explicar este fenómeno que ha empezado a ser revertido parcialmente en los últimos años: a) la brecha entre los discursos; mientras los reformadores hablaban un lenguaje gerencial-tecnócrata; las personas involucradas en la agenda de la CIPD asumieron un discurso de promoción y defensa; Estos grupos de actores rara vez han tenido relación entre sí. En segundo lugar, la reforma se ha centrado en intervenciones en los mecanismos de financiamiento o gestión de recursos humanos, mientras que los segundos se han preocupado más por la entrega y la calidad de los servicios. En tercer lugar, los reformadores consideraron la salud sexual y reproductiva como programas de interés especial en forma de programas verticales que fueron obviados en los procesos iniciales de las reformas, y por su parte los promotores de la salud sexual y reproductiva no se involucraron suficientemente en las reformas de los sistemas de salud.

Un aspecto adicional es que en las medidas de acción asumidas en la CIPD y en la CIPD+5 no tomaron en cuenta las reformas que estaban operando en los sistemas nacionales. En los países, las políticas de población o de igualdad de oportunidades a favor de las mujeres tampoco se ubicaron en este contexto. Sin embargo es importante señalar que mientras los promotores/as de la salud sexual y reproductiva avanzaron sustantivamente en ubicar sus demandas bajo un paradigma de derechos humanos, los reformadores en general priorizaron la eficiencia de los sistemas con pobres resultados en la equidad y se alejaron de las obligaciones de derechos humanos que las políticas públicas deben tener.

En Oaxaca en el año 2003, el Instituto del Banco Mundial, el FNUAP y la OPS impulsaron el curso “Adaptándose al Cambio: Reforma del Sector Salud y salud y derechos sexuales y derechos reproductivos en América Latina y el Caribe”. Al margen del título que denota como está la correlación de poder entre estos dos grupos; la realidad fue que el curso fue un espacio privilegiado de encuentro entre personas provenientes del estado, la cooperación internacional, las ONGs, las redes sociales y la Academia de más de siete países que concluyeron que si bien las rutas pueden ser diversas y contextuales, tanto las reformas como las intervenciones en salud sexual y reproductiva deben “adaptarse” con creciente voluntad política a las implicaciones de la realización de los derechos humanos, y particularmente del derecho a la salud.

Un punto de partida ha sido revisar el sentido que se le da en la documentación y en las políticas de reforma de salud a algunos conceptos vinculados con el género, la salud sexual y la salud reproductiva, los derechos al respecto y su propia puesta en práctica.

En la revisión documental encontramos como las mismas definiciones son asignadas a conceptos diferentes. A continuación se detallan un conjunto de principales ejemplos:

- 1) Se intercambia, principalmente en los reportes estadísticos y epidemiológicos la categoría género cuando se está hablando de mujeres o de desagregación estadística por sexo, sin considerar la dimensión relacional y el análisis de poder que implica el análisis de género.
- 2) La salud sexual y reproductiva es entendida todavía como ausencia de enfermedad y desde la provisión de servicios, existiendo limitada evidencia en el campo de la promoción de la salud y de las experiencias de bienestar y derechos humanos. La pandemia del VIH, la persistencia de alta incidencia de muerte materna, la planificación familiar son los aspectos priorizados en las políticas públicas.
- 3) Se aborda la salud reproductiva entendida en tanto mujeres accediendo a algunas prestaciones de salud reproductiva sin considerar, por ejemplo, que aspectos como la regulación de la fecundidad y el ejercicio de la paternidad- maternidad son responsabilidades de ambos sexos. La mayoría de estudios se concentran en las mujeres y, en menor medida, en los hombres en edad reproductiva, y en los y las adolescentes existiendo poca evidencia acerca de adultos y adultas mayores, niños y niñas.
- 4) La salud reproductiva, es implementada en forma de programas materno-infantiles y de planificación familiar desconociendo otras dimensiones importantes de la salud de las mujeres y de la propia salud reproductiva. En muchos casos, los programas de prevención y atención a las ITS/VIH no hacen parte de los programas de salud reproductiva. En general, los programas de salud sexual son muy limitados, y si existen es desde un enfoque instrumental para la prevención de riesgos como las ITS o el embarazo no deseado. La normativa sexual característica se apoya en la identificación de las relaciones sexuales con el coito y la pareja heterosexual adulta monogámica como idónea para las relaciones sexuales (dentro del modelo del amor romántico), y el control de las disidencias sexuales, es decir, todo lo que no encaja dentro del modelo de sexualidad normal.
- 5) Se incorporan términos como derechos sexuales y derechos reproductivos, en algunas políticas públicas sin definir sus implicancias en las intervenciones concretas, lo que puede convertirlos en términos declarativos. Los aspectos de decisión informada, interculturalidad, género están poco desarrollados. Una consecuencia de la persistencia del enfoque desde la oferta y no desde los derechos ciudadanos es patente al comprobar que los mecanismos de participación social, particularmente

los de exigibilidad no judicial de estos derechos, y en general del derecho a la salud tienen limitado desarrollo.

- 6) A pesar de ser una región demográficamente joven, llama la atención la poca participación de programas para adolescentes y jóvenes en los procesos de reforma; o son asignados a programas infantiles o de personas adultas. En los programas diferenciados existentes los y las adolescentes son considerados como portadores de múltiples problemas de salud sexual y reproductiva, sin considerar a la persona joven desde una perspectiva de desarrollo humano y la sexualidad como una dimensión central para el desarrollo y la salud de los y las adolescentes y jóvenes. En general, los programas de salud para adolescentes, en América Latina coinciden en:
 - a) justifican su necesidad en el aumento de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual; la sexualidad es así un fenómeno inevitable más que un derecho. En última instancia el verdadero “problema” es la propia sexualidad de los adolescentes,
 - b) se parte de la idea de que la adolescencia es una etapa crítica y los jóvenes son seres humanos incompletos e incapaces de tomar decisiones
 - c) el objetivo último es la modificación o la adopción de comportamientos más sanos desde un paradigma bio-médico y categorizados en actuaciones de riesgo y sin riesgo,
 - d) se tiene en cuenta sobre todo el enfoque biológico, algunas veces el psicológico y pocas veces el contexto social del/a adolescente
 - e) el lenguaje médico aparece como el lenguaje legítimo para hablar de sexualidad,
 - f) Se hace alusión a los mitos existentes en el terreno de la sexualidad como *ideas falsas*, combatidos desde una racionalidad científica, sin tener en cuenta los significados culturales que pueden encerrar. Algunos de estos aspectos son también aplicables en el caso de población adulta.
- 7) En general, en relación con la salud de las mujeres se presenta un enfoque reduccionista y paradójico en la mayoría de reformas: como ya se señaló la atención a la salud de la mujer es entendida como atención del aparato reproductor; se medicalizan los procesos fisiológicos como la menarquia, el embarazo o la menopausia expresados en el alarmante incremento innecesario de cesáreas, terapias hormonales o histerectomías a las que son sometidas las mujeres. Se busca explicaciones únicamente en la esfera ginecológica de problemas frecuentes en las mujeres como la osteoporosis y la anemia, o se atienden desde estas profesiones, a falta de recursos especializados, como es el caso del abordaje de la salud mental. En otras oportunidades no se aborda los impactos en la salud sexual y reproductiva que tiene por ejemplo la violencia basada en género, principalmente la violencia sexual

al incluirse este problema en los programas de salud mental en la mayoría de países de la región o sólo desde un enfoque preventivo.

Estos ejemplos muestran la necesidad de retomar el concepto de integralidad en la atención de la salud, abordando a su vez las especificidades en salud de cada grupo humano. La discusión de los modelos de atención en abordajes de ciclo de vida versus conjunto de intervenciones como es el caso de la salud reproductiva, está contribuyendo a visibilizar estos vacíos y paradojas. Se hace necesario entonces abordar los diferentes enfoques que bajo los principios comunes de universalidad, equidad y calidad implican una gran heterogeneidad con que se interpretan los conceptos en las políticas públicas. Este análisis, además, debe ser contextualmente específico.

IV. APROXIMACIONES A IMPLICACIONES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se ha elegido cuatro componentes principales de las reformas con importantes implicancias en la equidad de género para el desarrollo de este capítulo: las formas de financiación del cuidado de la salud; el desarrollo de la participación ciudadana y, la descentralización de los sistemas de salud y la priorización de las necesidades de salud de las poblaciones que determinan los paquetes de intervenciones y servicios en el contexto de la redefinición de seguros sociales o subsidios de salud a través de sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.

1. Financiamiento

La decisión de cuánto asignar al sistema de salud es una decisión social para la cual no existe una respuesta correcta única⁴⁶. Si se toma en cuenta que las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud, los impactos del mecanismo de financiamiento son especialmente relevantes desde el enfoque de género.

Cuando el financiamiento de los servicios de salud descansa fundamentalmente en el pago de bolsillo de los hogares, se compromete gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario. Petrera (2002) señala que se afecta *la equidad*, porque el acceso se restringe sólo a quienes pueden pagarlo, con lo que se excluye a los miembros más vulnerables de la sociedad, o muchos de ellos se vuelven aún más pobres al tener que incurrir en dichos gastos (Petrera, 2002 citando a Gertler y Van der Gaag 1990, Bitran y McInnes 1993, Lavy y Quigley 1993, Nyongato y Kutzin 1999).

⁴⁶ OMS (2000) Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra: OMS

Esto último es parte de lo que se denomina riesgo financiero en salud, y ocurre cuando el pago de las intervenciones en salud tiene un costo elevado con relación a la capacidad de gasto de las personas. Se perjudica *la eficacia*, porque muchos bienes públicos⁴⁷ esenciales para la salud de la población no tendrán el financiamiento requerido porque inclusive las personas con ingresos suficientes no estarán dispuestos a adquirirlos (Petrera citando a Musgrove 1996). Finalmente, se deteriora *la eficiencia*, porque no es posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común, ya que el financiamiento individual de bolsillo impide que éste se comparta.

Por el contrario, cuando el financiamiento depende mayormente del Tesoro Público y/o de fondos de la seguridad social en salud, el gasto o pago es anticipado a la ocurrencia y está presente en fondos comunes solidarios de grandes proporciones que permiten diversificar el riesgo. La agrupación de los recursos financieros en fondos solidarios permite distribuir los riesgos y subsidiar a los grupos vulnerables.

De acuerdo a la OMS, la única forma de caminar hacia un financiamiento justo es la de agrupar los recursos provenientes de individuos con diferentes niveles de ingresos y diversas edades y necesidades en grandes fondos que permitan efectuar en su interior los subsidios de quienes representan un menor riesgo hacia los de mayor riesgo y de quienes tienen mayores ingresos hacia los de menor ingreso. La formación de grandes fondos comunes permite el beneficio de economías de escala en la administración y ejercicio de la ley de los grandes números, dando un mejor uso a la reserva financiera y permitiendo ampliar la gama de servicios ofrecidos. La disyuntiva entre un fondo único y grandes fondos que compiten no está todavía resuelta. Un abordaje multisectorial con fuentes de financiamiento estables – particularmente derivadas de impuestos generales- y la cobertura universal tienen mayores posibilidades de mejorar la salud y el sistema de salud en el largo plazo. (Petrera, 2002)

Tanto en las pensiones como en la salud previsional privada de capitalización individual ha operado una selección adversa. Los sistemas privados perpetúan las desigualdades sociales y de género; y son discriminatorios para las mujeres. Entre otras razones la selección adversa opera porque las reformas a la seguridad social fueron diseñadas, basándose en una serie de supuestos, para un determinado perfil de ciudadano: el trabajador

⁴⁷ Los bienes públicos son aquellos cuyo consumo no resulta apropiado individualmente sino que se realiza de manera colectiva. Muchos de ellos producen además importantes externalidades positivas, que es cuando los beneficios van más allá de quienes los usufructúan. Tal es el caso de la educación e información en salud, el saneamiento, las vacunaciones y el tratamiento efectivo en el caso de muchas de las enfermedades de elevado contagio.

dependiente del sector formal de la economía, con contrato indefinido e ingresos suficientes y regulares, con los cuales cotizaría tanto al sistema de pensiones como a la salud previsional.

Este destinatario se aleja bastante de la realidad de la región y oculta muchas diferencias relacionadas con los niveles de ingreso, con la pertenencia o no pertenencia al mercado laboral, con los perfiles ocupacionales y con el sexo de los ciudadanos. La discriminación de género opera en estos sistemas ya que utilizan tablas de mortalidad, esperanza de vida y riesgos diferenciadas por sexo (que incluyen el embarazo) que generan desventaja para las mujeres. En segundo lugar, los costos de la reproducción humana son adjudicados a las mujeres y se constituyen en una limitación para el acceso o un elemento de mayor costo de aseguramiento. Es discriminatorio al diferenciar los productos de acuerdo a los ingresos y al no tomar en cuenta la realidad ocupacional de las mujeres. Por último, las mujeres son menos rentables para las aseguradoras debido a los costos de la maternidad a sus menores ingresos y a su mayor presencia en el empleo formal por lo que pueden ser rechazadas en los sistemas privados. (Marco Navarro, 2003).

Si tomamos en consideración los datos regionales sobre pobreza, empleo reenumerado y no reenumerado, entendremos la importancia del enfoque de género en el financiamiento de la salud; ya que la mayor necesidad de las mujeres y por tanto de inversión en salud contrasta con la menor capacidad de pago de las mujeres.

**Algunos datos para la reflexión
Panorama social de América Latina 2002-2003. CEPAL**

- En todos los países de la región el índice de feminidad de la pobreza alcanza valores superiores a 100 entre la población de 20 a 59 años, edades en que la vulnerabilidad femenina frente a la pobreza es mayor
- El porcentaje de mujeres mayores de 15 años sin ingresos propios supera ampliamente el de varones. En las zonas urbanas 45% de las mujeres no obtienen ingresos propios mientras que sólo el 21% de los hombres se encuentran en esta situación
- El trabajo doméstico no remunerado y de reproducción imprescindibles para la sobrevivencia de los hogares se encuentra casi totalmente en manos de las mujeres, tanto en las áreas rurales como en las urbanas
- La pronunciada segmentación ocupacional entre ambos sexos prácticamente no se modificó durante la década de los noventa. Aunque se produjo un leve descenso entre las ocupadas en el servicio doméstico y en los servicios personales, el sector terciario sigue concentrando el empleo femenino
- Los análisis de uso del tiempo muestran las desigualdades de género en la distribución del trabajo al interior del hogar. Estos indican que las mujeres destinan más tiempo a actividades no remuneradas que los hombres, y que tienen jornadas de trabajo más largas que van en

detrimento de sus niveles de salud, nutrición, participación ciudadana y recreación.

- El aporte de las mujeres al total de ingresos del hogar, particularmente de los pobres, es especialmente significativo debido al impacto positivo que éste tiene en la reducción de la pobreza.
- Las brechas de ingreso por sexo son más pronunciadas a medida que aumenta el número de años de estudio. Como promedio en la región la remuneración por hora de las mujeres con 13 o más años de educación es alrededor de 30% más baja que la de los hombres. Se puede concluir que la educación para las mujeres, particularmente la de ciclo superior no tiene el mismo retorno que para los hombres, es decir no se traduce en igualdad de ingresos para los mismos años invertidos en educación
- En el plano del poder político, América Latina una lenta y muy volátil evolución de la participación de las mujeres tanto en puestos electivos como en aquellos de decisión política. Sólo los países donde rige una cuota obligatoria han mostrado progresos significativos

Por otro lado, las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. (Gómez, 2001). La autora señala que *“En efecto, más del 85% de la atención de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita”*. La experiencia internacional evidencia que la mayor parte de los países desarrollados dependen principalmente de los impuestos generales o de las contribuciones obligatorias a los seguros sociales de salud, mientras que los países en vías de desarrollo se supeditan más al pago de bolsillo. En América Latina y el Caribe, aquellos países con menores ingresos relativos en la región cuentan con una proporción de su gasto total en salud mayoritariamente concentrado en pagos de bolsillo. Ello demuestra la poca capacidad regulatoria y financiera del sector público. El gasto de bolsillo es considerado la forma más regresiva y catastrófica de financiamiento de salud.

Los estudios indican que el gasto de bolsillo en salud de las mujeres es más alto que el de los hombres. En América Latina y el Caribe, las encuestas de hogares sugieren que el gasto de bolsillo es entre 15 y 43% mayor que el de los hombres (Gómez, 2000).

Los países que optaron por reformas con un amplio desarrollo de sistemas privados de seguros de salud, los costos para las mujeres son mucho más alto, al operar estos seguros sobre la base del riesgo de salud (más elevado en las mujeres por los procesos biológicos vinculados a la reproducción); o bien el conjunto de prestaciones es mucho menor (estos seguros operan sobre la base del ingreso). En el caso de Chile a través de las ISAPRES, las

mujeres pagan el doble que los hombres por sus planes de salud, con un máximo de 3,1 veces más en el grupo de 30 a 35 años (Pollack E.,2002).

Cuadro 2
PAGO PROMEDIO EN EL SISTEMA DE LAS INSTITUCIONES DE
SALUD PREVISIONAL (ISAPRE) POR EDAD Y SEXO DEL COTIZANTE
(Pesos chilenos a agosto 2001)

Edad	Hombre	Mujer	Relación de cotización entre hombre y mujer
20	16 352	39 270	2.4
30	17 747	54 410	3.1
40	20 214	48 482	2.4
50	28 085	47 711	1.7
60	48 963	59 631	1.2
70	80 021	72 356	0.9

Fuente: Elaboración de Molly Pollack E. Con datos del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), sobre la base de estudio de seis Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) representativas del mercado, y Superintendencia de ISAPRE, 2000.

También se discute la pertinencia del “copago”, o los “*mecanismos de recuperación de costos*” que es otro mecanismo financiero introducido por las reformas, con el objetivo de incrementar el financiamiento, o racionalizar la sobre-utilización de atenciones. Sin embargo, su efecto ha sido reducir la demanda indiscriminadamente, afectando particularmente a los pobres⁴⁸ y principalmente a las mujeres que son mayoría en el uso de los servicios.

Otro efecto adverso es la no-inversión en actividades preventivo-promocionales que en el caso de la salud reproductiva están referidas a la detección de cáncer ginecológico, el control prenatal, las pruebas diagnósticas, etc. Esta realidad ha sido documentada por Bianco (1996) para el caso argentino. Medicamentos, consultas, análisis y diagnósticos pueden generar un costo que trasciende las posibilidades económicas de muchas mujeres, obligando a retrasar la búsqueda de ayuda para sus problemas de salud y enfrentar, en consecuencia, un riesgo mayor de enfermedad y muerte. En una encuesta realizada en 70 países, los abonos o copagos se mencionan como el principal obstáculo para la obtención de las metas de programas de salud reproductiva (Maceira citando a WEDO, 1999).

Otro aspecto importante es la invisibilización del aporte financiero de las mujeres. En efecto, la mayoría de la producción de cuidado de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por

⁴⁸ El Informe de la OMS enfatiza que incluso aquellos servicios que no implican un costo directo para la población no son necesariamente gratuitos y asequibles a los pobres debido a los otros costos asociados como: medicamentos, transporte y horas de trabajo perdidas.

mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Sin embargo esta contribución no se refleja en las cuentas nacionales de los países.

Bronfman et.al. (2002) estudian las diferentes formas de prestación de servicios de salud que tienen consecuencias importantes en la respuesta al VIH/Sida. En aquellos países donde el sistema de salud es de tipo solidario, es decir que descansa en el principio de que el cuidado de la salud es un servicio público proporcionado por el estado, la cobertura para VIH/Sida es total y está administrada por el estado, como en el caso de Cuba; en aquellos sistemas basados en la seguridad social, la cobertura para VIH/Sida también es universal y está administrada por el sistema de seguridad social como es el caso de Costa Rica; en los sistemas plurales, que descansan en el principio de que la salud es un servicio o bien para el consumidor, la cobertura para VIH/Sida es para la población asegurada y la administración es mixta, pública y privada, como en el caso de México, Brasil y Honduras y finalmente en los sistemas de libre mercado, donde el cuidado de la salud es considerado un objeto de consumo personal, la cobertura de VIH/Sida se limita al sector privado, como es el caso de Chile, Colombia o Argentina. Brasil cubre a 100% de la población afectada, junto con Argentina, Uruguay y Costa Rica, de los más de 40 países de la región. En el mundo, sólo 10% de las personas que viven con VIH tienen acceso a terapia anti-retroviral

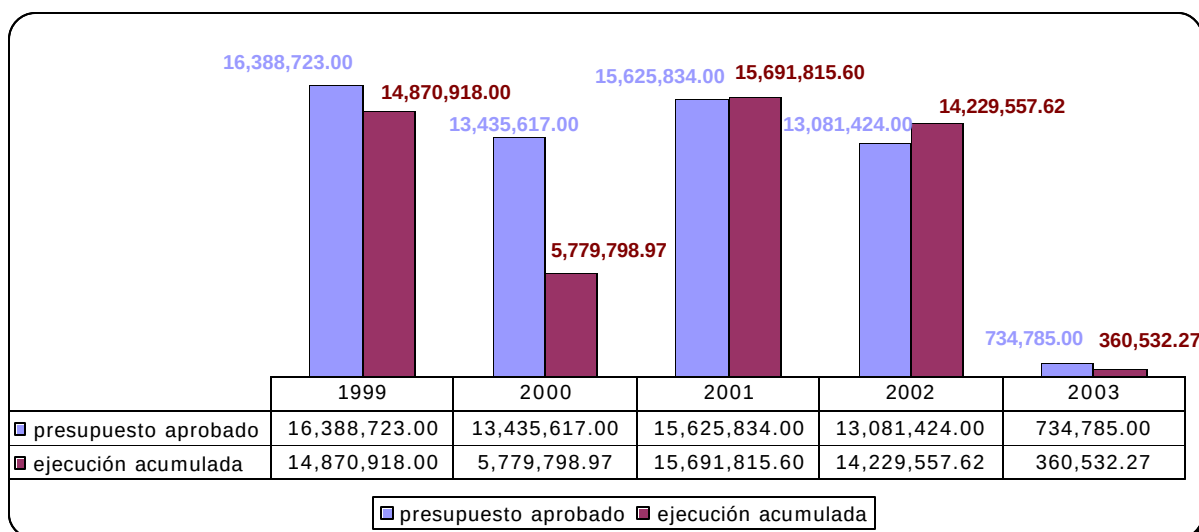
La transparencia en los recursos económicos, en un aspecto esencial para la rendición de cuentas que el estado tiene como compromiso con la sociedad. Sin embargo, los datos económicos, se encuentran a menudo en exceso agregados, o las fuentes acerca de financiamientos o inversiones tan fragmentadas que hacen prácticamente imposible un adecuado monitoreo (Güezmes, 2002).

Por ejemplo, al revisar el presupuesto y la ejecución del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Perú como se observa en el cuadro, existen tres problemas a) un progreso inadecuado en el presupuesto que es regresivo, siendo especialmente preocupante la situación en el 2002 y en lo ejecutado en el 2003; 2) brecha entre el presupuesto aprobado y el ejecutado, con excepción del año 2001 y 3) no aparece una tendencia en la planificación del presupuesto. En este ejemplo, si existen datos sobre recursos, aunque excesivamente agregados y la sociedad civil no puede hacerse una idea cabal con la información disponible de cuales son las razones de estas inconsistencias. Preocupa una tendencia regresiva en la inversión en planificación familiar, no acorde con las necesidades no satisfechas recogidas en las encuestas de demografía y salud, dónde de acuerdo a las necesidades, la tendencia debería ser inversa.

Cuadro 3

Ministerio de Salud. Presupuesto aprobado y ejecución acumulada en Planificación Familiar. (En soles).

Años 1999 - 2003



Fuente: Portal Transparencia Económica. Ministerio de Economía y Finanzas.
<http://transparencia-economica.mef.gob.pe/> [Consulta: 11 julio 2003].

En general podemos afirmar la escasez de información y estudios regionales respecto a los impactos sobre la población de distintas modalidades financieras. Es importante avanzar en información sobre:

- Proporción del ingreso de mujeres y hombres que se utiliza en gastos de bolsillo en salud, así como las diferencias en el gasto.
- Impacto en la protección financiera de las mujeres, derivada de la mayor longevidad, morbilidad y uso de servicios.
- Los costos directos e indirectos de la atención de la salud: transporte, medicamentos, tiempo de transporte a la consulta o a la compra de medicamentos, tiempo de espera, costo de oportunidad del tiempo de las mujeres, etc.,
- Los costos del sistema no formal y doméstico del cuidado de la salud y su visibilización en las cuentas nacionales.

La evaluación de las Cuentas Nacionales y el Desarrollo de Metodologías para visibilizar el trabajo comunitario y doméstico en salud son de la mayor importancia. En este mismo sentido la revisión de los sistemas de categorización del presupuesto para ser más comprensibles y sensibles a las diferencias entre lo que se invierte en la salud de hombres o mujeres y en los diferentes programas; así como el estímulo al análisis independiente de los presupuestos públicos son de la mayor importancia.

2. Descentralización y estímulo a la participación y rendición de cuentas en salud

América Latina y el Caribe es una región con amplia experiencia de participación comunitaria en salud, de organización social para la respuesta a problemas colectivos y con una mayoría de la población perteneciente a algún tipo de organización de la sociedad civil.

Sin embargo, la promoción de la participación como consustancial al derecho a la salud, no ha sido parte prioritaria del enfoque en las reformas - Una excepción notable lo constituye Brasil con sus experiencias de Consejos y Conferencias de carácter vinculante en todos los niveles de gobierno-.

El balance de la participación social en las reformas de salud refleja que esta se centró principalmente en la ejecución de proyectos, mediante la instrumentalización del recurso humano comunitario –principalmente compuesto por mujeres- y la terciarización a través de contratos con ONGs y universidades referenciados por el estado, reconociendo principalmente su rol técnico y de vínculo con la comunidad, pero no su función política en la formación, monitoreo y fiscalización de políticas públicas. Así, el nuevo interés en este tipo de vínculos en la última década ha sido principalmente instrumental para la ejecución de proyectos sociales.

La tradicional relación entre el estado y la sociedad en las áreas sociales se basa en una división del trabajo en que el estado ejecuta y la sociedad “colabora”. La población no participa en el momento de la formulación, acompaña la gestión y vuelve a ser soslayada en el momento de la evaluación de las políticas y programas sociales. En general, es preciso señalar como una limitante la poca experiencia ciudadana en acciones de fiscalización, control social y planificación. La eficiencia en la asignación de los recursos públicos y el control nacional de los presupuestos es un ámbito de poco desarrollo. En la última década, muchas organizaciones, en relaciones con los estados han sucumbido a un falso dilema que coloca como incompatibles el diálogo y la vigilancia social. (Guezmes, 2002)

En entrevistas realizadas en los servicios de Perú, con usuarias y proveedores (Guezmes, 2002) existe la percepción generalizada de que la participación de la comunidad ha mejorado, existe mayor organización o empoderamiento de las organizaciones en su relación y negociación con el sector; y una mayor preocupación de los profesionales por lo que llaman el “trabajo extramural en salud”⁴⁹. Siguiendo el ejemplo de Perú, existe un conjunto de iniciativas en el país, de diálogo y concertación social (mesas de

⁴⁹ Extramural, refleja simbólicamente dos situaciones, la centralidad del servicio recuperativo en los modelos de salud y el “intramuros” en que siguen diseñándose y ejecutándose los programas de asistencia sanitaria.

trabajo, asociaciones, cabildos, etc.), también de cogestión en salud en búsqueda de “democracia desde abajo”. Sin embargo, la mayoría de estas iniciativas no cuentan con respaldo institucional y son espacios de consulta y diálogo que no vinculan a las políticas locales.

Los mecanismos de exigibilidad y de rendición de cuentas del propio sector son los menos desarrollados. En relación con lo anterior, persiste la falta de transparencia pública y acceso a la información. Los reformadores consideran la importancia de los sistemas de información gerencial para una mejor y eficiente función de gobierno y gerencia en salud, sin embargo el acceso de la población a datos e información oportuna, de alta calidad, de manera accesible, ha tomado muchos menos esfuerzo.

Como un elemento positivo, es el acceso a los canales judiciales nacionales e internacionales de exigibilidad de derechos humanos, para defender el derecho a la salud, con especial desarrollo en el campo de la salud reproductiva y sexual. Las exigencias por el acceso a tratamiento en el caso de las personas viviendo con VIH, las exigencias de información pública, las denuncias sobre anticoncepción forzada y prácticas contra el consentimiento informado, los impactos diferenciados de los conflictos armados, las exigencias de los pueblos indígenas o de las personas con discapacidad, son algunos ejemplos de procesos en tribunales nacionales o internacionales.

La Rosa, a partir del estudio de caso sobre Centros Locales de Administración de Salud- CLAS en Perú define cuatro características del marco institucional que la autora define como política tradicional, frente a estrategias de participación comunitaria y que pueden ser aplicadas a muchos de los procesos de reforma de la salud: a) es sectorial (no multisectorial), su accionar está restringido al trabajo del servicio de salud, no hay incentivos, instrumentos, ni directivas expresas en dirección a la multisectorialidad; b) El diseño de las prestaciones se realiza desde la oferta, vale decir, que la comunidad elige dentro de un menú establecido, no genera el menú, ni se le permite rehacerlo. c) La implementación de la política, está sostenida en una oferta regular definida en niveles centrales, sin tomar en cuenta el perfil epidemiológico y social de las zonas. d) La ejecución se efectúa en el nivel local, pero el nivel central conserva para sí la capacidad de visar los planes y autorizar los presupuestos para su cumplimiento.

Un marcador clave para analizar el carácter intersectorial del sector salud es el abordaje del problema de la violencia basada en género, reconocido hace ya una década como prioridad internacional de salud y que requiere de respuestas claramente multisectoriales en políticas y redes de servicios. Sin embargo la mayoría de países no han desarrollado modelos de atención integrales, las estadísticas son incompatibles y aisladas, y el abordaje es marginal desde programas que no cuentan con fondos ni la suficiente presencia en los establecimientos de salud. Güezmes (2002), plantea como a pesar de los procesos de descentralización o desconcentración y; el discurso

de la promoción de la salud; persiste una limitación histórica del sistema sanitario, para pensar más allá de la enfermedad y de la provisión bio-médica de servicios de salud. Se trata entonces de pensar en cambios de políticas no sólo en los contenidos y en las estructuras, sino también en la cultura institucional.

De modo general, en los países de América Latina, a) la formulación de políticas en el sector salud continúa realizándose de forma centralizada, o a cargo de “expertos” con escasa participación de las personas y por tanto baja adecuación a la realidad social. b) Aunque los procesos de reforma están avanzando, el desarrollo de instrumentos de rendición de cuentas y los mecanismos que permitan ejercer control ciudadano sobre las funciones de los sistemas de salud son aún muy precarios. c) Existe una limitada cultura de derechos en salud que se expresa en los limitados mecanismos no judiciales de queja y de resolución de conflictos entre el sistema de salud y la sociedad.

Sin embargo el incremento de la participación de las mujeres ha sido considerable en las últimas décadas –aunque persiste la desventaja con relación a la participación masculina- : La participación política se ha ampliado, en parte como resultado de las leyes de cuotas, la vitalidad del movimiento de mujeres y la fuerza de sus propuestas; los programas de acción de las Naciones Unidas; entre otros, ha tenido un impacto positivo en ubicar la salud sexual y reproductiva en la agenda pública.

En general existen cada vez más mujeres y hombres con compromiso con la equidad de género en espacios de poder político. Se han generado mecanismos nacionales para el avance de las mujeres y legislaciones específicas, ha crecido masas críticas de mujeres, grupos de mujeres y redes con mayor conocimiento y capacidad de reivindicación sobre sus derechos en materia de salud reproductiva. Estos espacios de encuentro, aún siendo insuficientes han convocado a mujeres que participan de espacios políticos, académicos y también a mujeres de sectores populares. Sin embargo, toda esta agenda de género no ha logrado impactar de manera significativa en los procesos de reforma sectorial en salud. Una excepción importante en la región es el caso de Brasil que cuenta con un importante movimiento sanitario y de mujeres, mecanismos de participación vinculantes (Consejos y Conferencias de Salud) e instancias estatales y estatales y municipales responsables de las políticas de género. La experiencia del PAISM (Programa de atención integral a la salud de la mujer) es la expresión de todas estas confluencias.

La participación en los espacios dónde se diseñan las reformas de la salud, es una estrategia que está empezando a ser asumida por muchas instituciones y movimientos de mujeres, y fortalecida por el sistema de Naciones Unidas. Así la OPS está desarrollando programas en esta línea. Un aspecto crucial en la agenda de las mujeres es la lucha por una institucionalidad realmente democrática y descentralizada con mayores

niveles de participación de las mujeres. La demanda por mecanismos y recursos suficientes para su funcionamiento es inseparable de esta estrategia.

Al mismo tiempo, se enfrenta una ola de conservadurismo con relación a los derechos de las mujeres, y en forma fundamentalista, a los derechos sexuales y reproductivos. Un reto asumido por muchas organizaciones de mujeres es el de abordar abiertamente la lucha por estos derechos y también generar estrategias desde nuevos contenidos, que los acercan mas evidentemente a la democracia, posicionando el derecho de la ciudadanía a un estado laico.

La dimensión económica y de lucha contra la pobreza y la exclusión es indudablemente un reto, en la medida que la brecha existente entre las dimensiones sociales y políticas y la rígida dimensión económica de las reformas de salud plantea la necesidad de enfrentar el ajuste estructural y las privatizaciones mal negociadas, volviendo a traer al centro del escenario la idea que la política social debe primar sobre la política económica.

1. La descentralización

Los procesos de descentralización han constituido una de las herramientas características de los procesos de reforma. En general se observa que el proceso de descentralización ha tomado distintas formas en los países de la región; sin embargo si bien ha promovido una mayor distribución de poder al interior de la estructura de gobierno de una nación, ello no necesariamente se traduce en resultados positivos para la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a Hardee y Smith (2000), un primer problema es que no existe evidencia por dos razones: (a) no existen estudios en el ámbito local, y (b) se requiere de un lapso de tiempo sustantivo para observar los resultados concretos de la descentralización sobre los indicadores de salud

La descentralización impone retos especiales a los programas de salud sexual y reproductiva tradicionalmente organizados en forma vertical. De hecho, es común que se transfieran responsabilidades al poder local en tanto que la estructura organizativa siga funcionando de modo vertical. Esto hace dificultoso establecer prioridades en el ámbito local, estimar los costos del programa y asegurar su sustentabilidad financiera, así como operar adecuadamente en términos de calidad y eficiencia técnica.

Aitken (1998) encuentra que las políticas nacionales usualmente fallan en la implementación local, o porque los presupuestos no son acordados en el nivel local o porque los agentes implementadores desaprueban las políticas y no quieren llevarlas a cabo. Este es el caso de servicios como la atención al aborto legal o el manejo de las consecuencias de los abortos clandestinos; o los programas de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes. El

conservadurismo y las actitudes de enjuiciamiento pueden imponerse con fuerza y ser legitimadas cuando la implementación depende de la voluntad local.

En general en el campo de la salud sexual y reproductiva existen algunos riesgos comunes de partida:

- a) Existe poca información sobre los marcos vinculantes de derechos humanos. La mayoría de autoridades se enfrentan a estos temas como opinables,
- b) El derecho a la salud, y la salud sexual y reproductiva no es parte de la formación de los militantes de partidos políticos, en general existe poca experiencia de formulación de políticas en este campo.
- c) El abordaje de la sexualidad involucra alto costo político por la influencia de las fuerzas conservadoras con mayor presencia política en los ámbitos locales con estructuras patrimoniales. Así los aspectos concernientes a la protección de derechos de los y las adolescentes, las políticas antidiscriminatorias por orientación sexual, la provisión de servicios legales de aborto o el tratamiento a las complicaciones de aborto inseguro; entre otros, pueden tener poca prioridad en los planes locales. La necesidad de mantener apoyos políticos puede tener resultados negativos en el abordaje de la salud sexual y reproductiva.
- d) La dificultad para manejar la complejidad de los servicios de salud reproductiva, especialmente cuando la unidad de implementación es muy pequeña, con impacto en la calidad y la eficiencia técnica.

En otros casos, la descentralización ha tenido efectos adversos debilitando a las autoridades sanitarias en la compra estratégica de insumos como anticonceptivos y medicamentos. Muchas veces las autoridades regionales o estatales han limitado los servicios o aplicado el exceso de gasto a las personas a través de copagos, afectando principalmente a las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva. Varios países están adoptando con el apoyo del FNUAP estrategias para la compra de insumos anticonceptivos a escala, frente a un financiamiento regresivo de la cooperación internacional y no suficientemente progresivo del tesoro público⁵⁰. Otros mecanismos como la evidencia de conflicto entre el derecho a la propiedad intelectual (como es el caso de las patentes) y el derecho a la salud han sido explorados en forma aún limitada, principalmente en el caso de los antirretrovirales.

⁵⁰ En la evaluación a cinco años de la CIPD, se evaluó que los países industrializados que se habían comprometido a aportar U\$ 5,7 mil millones al año, sólo han aportado en promedio U\$ 1,9 mil millones. Los países en desarrollo que se habían comprometido a U\$ 11,3 mil millones contribuyeron con un promedio de U\$ 7,8 mil millones.

La organización Médicos Sin Fronteras, receptora del Premio Nobel de la Paz señala ⁵¹ como el debate internacional de los últimos cuatro años sobre el impacto de las normas comerciales internacionales en la salud pública y el acceso a los medicamentos, ha suscitado preocupación en cuanto a los efectos de la protección de la propiedad intelectual (en especial las patentes) sobre los precios y el acceso a los medicamentos. Sin embargo, el derecho a la salud ha sido priorizado por primera vez en el Acuerdo sobre Aspectos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relativos al Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Fue reforzado en la IV reunión ministerial de la OMC en Doha (Qatar) en noviembre de 2001 en la *Declaración Ministerial sobre el Acuerdo de ADPIC y la Salud Pública*, conocida como la “Declaración de Doha”.

Esta Declaración antepuso la protección de la salud pública a la protección de los intereses privados comerciales. Asimismo, confirmó el derecho de los países a tomar medidas para limitar los efectos del monopolio establecido por las patentes cuando sea necesario, a fin de proteger la salud pública y fomentar el acceso universal a los medicamentos. Algunos países están empezando a hacer uso de las salvaguardas reafirmadas en Doha. Sin embargo, los países ricos están presionando a los países en vías de desarrollo para que acepten propuestas en negociaciones comerciales multilaterales, regionales y bilaterales que limitarían su capacidad de implementar la Declaración de Doha y proteger la salud pública. El texto preliminar Acuerdo del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) que deberá concluir a finales del 2005 involucra el intento de mayor alcance en el ámbito internacional de debilitar la Declaración de Doha. El ejemplo de las negociaciones internacionales en materia regulatoria unido a la necesidad de compra estratégica son competencias que son debilitadas en los procesos de descentralización.

La Rosa, advierte como los procesos sociales no son lineales. La autora describe para Perú una reforma sanitaria, es un gran cúmulo de innovaciones de diferentes dimensiones y calidades, con procesos incrementales, dispersos, y en algunos casos, disímiles. Por ejemplo, simultáneamente a la instalación de los CLAS, el Estado Peruano aumentó la inversión en el programa de planificación familiar, el cual fue posteriormente denunciado por el movimiento de mujeres ante las distintas instancias de poder en el Perú y ante la comunidad internacional, dadas sus distorsiones de diseño e implementación y sus efectos terribles para la vida de por lo menos un centenar de mujeres pobres. Esta situación obligó su corrección y la generación de nueva normatividad. Esto ilustra la forma en que, por un lado se impulsa una forma de participación comunitaria en la gestión para “garantizar el derecho a la salud” y por otro lado, se implementa una política,

⁵¹ Ver mayor información de la Campaña para el acceso a medicamentos esenciales que está desarrollando esta organización en <http://www.accessmed-msf.org/>

que sistemáticamente violó derechos humanos básicos, como el consentimiento informado.

Sin embargo este cambio sustantivo que traslada estas decisiones fundamentales a las personas es todavía retórico. Por ejemplo, vale la pena seguir con el ejemplo peruano para dejar claro que, las políticas del gobierno de Fujimori (controlistas) y los ex-Ministros de Salud bajo el gobierno de Toledo (pronatalistas) compartían por lo menos tres de los mismos defectos desde una perspectiva de derechos humanos: En primer lugar, ambas políticas discriminaban a la mujer, cuya salud y capacidades reproductivas estaban en discusión y cuya autonomía y decisiones no fueron respetadas en ninguno de los dos casos -ya sea la decisión de no usar anticoncepción quirúrgica bajo la administración de Fujimori o la decisión de hacerlo, o incluso siquiera obtener a veces anticonceptivos bajo la administración el Ministro Carbone-. En segundo lugar, ambas administraciones trataban a la mujer -en particular a la mujer campesina pobre - como objeto de una política específica en lugar de como sujeto y persona poseedora de derechos. En tercer lugar, no hubo -y aún no hay- un sistema de rendición de cuentas a través del cual los individuos o grupos de mujeres puedan reivindicar sus derechos en caso de violaciones a sus derechos.⁵² En el fondo lo que sigue en juego es el poder de las mujeres, su autodeterminación y quien debe controlar su fecundidad

La Rosa, también encuentra en su estudio sobre CLAS como la participación puede concentrarse en algunos actores y no en otros. En su estudio, reconoce empoderamiento y mejoría en la participación de las mujeres organizadas, juntas vecinales y promotores adultos de salud. Simultáneamente, el modelo CLAS ha excluido a l@s adolescentes y jóvenes y a las organizaciones diversas (las vinculadas a Iglesias, partidos políticos, arte y deporte), así como a instituciones sustantivas del ámbito salud, como son, los colegios, comisarías, ONGs. Estas instituciones son convocadas para la implementación de acciones en cuya planificación no tomaron parte.

Nigenda et. al. (2002) a través de cuatro estudios de caso para México encuentran como problemas críticos en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva: a) la escasez de medicamentos y anticonceptivos; b) problemas en la detección de cáncer de cuello uterino por aspectos relacionados a la logística y el procesamiento de las muestras y c) evidencia heterogénea en la asignación de recursos humanos entre zonas rurales y urbanas.

⁵² Yamin, Alicia Ely (2003). *Iluminando la sombra de la esperanza: Vigilancia Social y el Derecho a la Salud en el Perú*. Lima: Observatorio del derecho a la salud, Consorcio de Investigación Económica y Social.

Standing (2000) en el contexto de la descentralización, plantea las siguientes preguntas que deben ser consideradas en aras de crear un entorno más sensible a los intereses de género:

- ¿Cuáles son los actores que ofrecen aportes en la creación de servicios más sensibles en los crecientes sistemas descentralizados?
- ¿Cuál es la relación entre descentralización y sensibilidad a las necesidades de los/as usuarios/as? ¿Cuáles son los servicios efectivamente provistos?
- ¿Cuáles son los ejemplos de presión para el mejoramiento de los servicios? ¿Qué fortalece y qué impide que esto acontezca?
- ¿De qué modo el gerenciamiento de los recursos humanos y su entrenamiento está orientando la cambiante agenda en áreas como salud reproductiva, en el contexto de las reformas del sector público y la descentralización?
- En lo relativo a los incentivos y la motivación de los/as trabajadores/as de salud: ¿Cómo producir un cambio desde las perspectivas de valoración de alcance de objetivos a aquellas basadas en la calidad?
- En el empoderamiento de grupos de promoción para ser tomados en cuenta por los gobiernos ¿Qué necesitan saber, qué experticia requieren y cómo pueden adquirirla?

3. La priorización y el paquete básico en salud reproductiva y salud sexual y la integración de servicios

La ampliación de la cobertura es uno de los retos más importantes de los procesos de Reformas del Sector Salud en América Latina, siendo uno de los objetivos el de garantizar el acceso universal a los servicios de salud primarios y preventivos a toda la población y de manera particular a los grupos vulnerables (OPS, 2001). Con este propósito se ha seguido una estrategia lineal a partir de los denominados *Paquetes Básicos de Atención* sustentados en los limitados recursos financieros y en la necesidad de priorización de problemas de salud pública y de intervenciones de alto costo-efectividad.

A pesar que la mayoría de problemas de salud pública son comunes en la región, el número de intervenciones que incluyen los paquetes de atención varía significativamente entre los distintos países, y aún dentro de los mismos. Cuando se analiza específicamente la relación entre políticas de priorización e intervenciones de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra una serie de prestaciones caracterizadas como centrales dentro de las reformas de salud a través de programas verticales como la llamada planificación familiar (con diferentes mezclas anticonceptivas y copagos en

los diferentes países⁵³) y la atención materno- infantil que en muchos de los países se limita a la atención de la “madre” en los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio con diferentes niveles de exclusión.

Por ejemplo en Perú no se considera la atención a las complicaciones de aborto (a pesar de haberlo declarado un problema de salud pública) dentro del seguro integral de salud, o la dosis de AZT o excepcionalmente antirretrovirales que se ofrece a las gestantes portadoras de VIH se limita a prevenir la transmisión vertical pero no cubre las necesidades de la mujer ni se mantiene el tratamiento después del nacimiento; configurando un ejemplo de discriminación hacia la mujer, y de los propios niños que verán morir a sus madres. En otros casos estos programas están únicamente dirigidos por intención o por resultado a mujeres en edad reproductiva; con limitado acceso de los hombres y de jóvenes y adolescentes de ambos sexos.

Se observan además diferentes dificultades para la priorización de las intervenciones en salud reproductiva:

- No todos los países llevan la información sociodemográfica actualizada, varios de ellos no tienen cobertura nacional y las inconsistencias de los datos son frecuentes. Por otra parte, hay problemas de transparencia y acceso a la información. La ausencia de datos es una barrera importante para considerar las necesidades de las mujeres en las priorizaciones de salud pública. La mayor dificultad es el vacío de información desagregada que de cuenta del financiamiento dirigido a programas, planes e intervenciones o las intervenciones se encuentran separadas en diferentes rubros presupuestales lo que hace difícil su análisis..
- Importantes aspectos de salud como el aborto inseguro, la violencia basada en género, las ITS en su mayoría asintomáticas, e incluso aspectos como la mortalidad materna están subregistrados o no registrados en los reportes situacionales de salud de los países. En la medida que la priorización de la salud se basa en la magnitud de los problemas medida a través de su incidencia o prevalencia; la salud sexual y reproductiva por razones de estigma o perjuicio estaría siendo infravalorada en la determinación de necesidades.
- Aunque se reconozca la necesidad de intervenir en salud reproductiva, existe desconocimiento de las obligaciones de género y en materia de derechos sexuales y reproductivos que vinculan a los estados. En algunos países, las fuerzas conservadoras políticas, sociales y económicas limitan las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, restringen la aproximación a la sexualidad y la puesta en marcha de programas que se

⁵³ Por ejemplo la anticoncepción quirúrgica está prohibida en la mayoría de las provincias de Argentina, en Chile no es parte de la oferta pública; el preservativo femenino sólo es parte de la oferta en Brasil, Panamá y México. Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras, México y Uruguay incluyen la anticoncepción de emergencia en sus paquetes públicos.

planteen desde un enfoque integral, especialmente en relación con adolescentes y niños/as.

- Existe una falta de correlato entre las recomendaciones de la CIPD y las situaciones reales que se generan a partir de las reformas sectoriales de salud y seguridad social. Sus consecuencias se expresan en falta o en disminución de acceso a los servicios de salud reproductiva relacionadas con la privatización de servicios, cuyos sistemas de seguros establecen mayores barreras económicas, entre otras discriminaciones señaladas en el capítulo de financiamiento para las mujeres en edad fértil.
- En algunos países, las dificultades para generar leyes y consensos intersectoriales acerca de determinados conceptos o abordajes de temas y problemas, provoca vacío de liderazgo en el espacio gubernamental y enlentece los procesos de implementación del programa de acción, incluidos los vínculos con la sociedad civil.
- Las presiones de jerarquías de sectores religiosos -especialmente católicos-, sobre los gobiernos, en el sentido de reducir, omitir o modificar conceptos, contenidos y criterios operativos respecto de género, salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, junto con debilitar la autonomía gubernamental, frenan o retrasan la concreción de la CIPD.
- La lentitud con que se producen las necesarias transformaciones culturales, se ve en muchos casos potenciada por insuficientes políticas comunicacionales o por prácticas de censura en la difusión de mensajes acerca de la sexualidad que contradicen la ética de derechos humanos.

Como se ha señalado, la CIPD presenta un marco de referencia para la definición de prestaciones en materia de salud reproductiva, y en menor medida para la salud sexual; sin embargo la mayoría de los países no cumplen a cabalidad con el contenido esencial de la prestación en salud sexual y reproductiva planteada en la CIPD. Dentro de cada reforma, el proceso de priorización puede ser el resultante de la caracterización de la dimensión de un problema (atendiendo a su ponderación epidemiológica, a su significación como intervención de salud pública, a su percepción en el imaginario colectivo) o como producto de construcción motivada por parte de intereses sectoriales.

La información recogida en la región muestra que los mecanismos de priorización son generalmente llevados a cabo sin el beneficio de la evidencia sobre el impacto potencial en la población destinataria, con ausencia de estudios de costo-efectividad sobre el eventual menú de intervenciones.

Desde la perspectiva epidemiológica el criterio histórico para elaborar prioridades está centrado en indicadores de mortalidad, que no benefician a las mujeres como ya se ha sustentado. Como un avance se desarrollaron los indicadores de carga de enfermedad como AVISA (años de vida saludables) o DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) pretendieron ser medidas objetivas, que tendrían implicancias concretas en la priorización de problemas de salud y por tanto de las intervenciones “Básicas”.

Propuestos por el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard, para luego ser asumidos por la Organización Mundial de la Salud (Murray et.al., 1996)) se han incorporado como medida que engloba tanto mortalidad como morbilidad y discapacidad que incluyen juicios de valor en las ponderaciones. Berer señala que al usarse datos globales epidemiológicos y de costos, las enfermedades entraron en “competencia” y las necesidades de salud sexual y reproductiva quedaron relegadas en el establecimiento de prioridades frente a problemas más letales como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. La autora advierte del riesgo de abandonar la estrategia de las metas multisectoriales y de amplio alcance en la salud pública que finalmente hicieron que la “salud para todos” sea una realidad en la mayoría de países desarrollados.

La autora critica como este indicador no permite medir la morbilidad y mortalidad prevenida a través de intervenciones en salud sexual o reproductiva. Allotey y Reidpath señalan como en salud reproductiva no se aprecia en el marco epidemiológico que se asigna a enfermedades únicas. El sesgo de asignación se produciría al tener que elegir en como asignar una malaria grave durante el embarazo ¿cómo un tema de salud reproductiva o de enfermedades tropicales?. En la larga lista de condiciones potenciales que contribuyen a la morbilidad reproductiva, muchas de ellas son de etiologías complejas o de cadenas de causalidad múltiple, u originadas en factores sociales o económicos; o los contextos en que ocurren las dolencias no son considerados en la medición que usa criterios de riesgo biomédico.

En muchos países, además se ha producido un incremento desregulado del mercado de prestación de servicios de salud en el cual actúa un amplio rango de proveedores, que incluyen las instituciones del sector público, los participantes del sector privado, las ONG y los proveedores tradicionales. Las reformas en salud han fallado generalmente en reconocer esta diversidad, procediendo como si la prestación proviniera de un sistema público. Por otro lado es importante reconocer el rol del sector privado, principalmente de las ONGs en la provisión de servicios no asumidos por el estado. Son estos grupos los que han introducido la provisión de anticonceptivos, el mercadeo social de los mismos, la atención a aborto legal. Por otro lado, no se puede desconocer que en la mayoría de los países la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva sigue estando a cargo principalmente del sector público.

Por otro lado, en las aplicaciones de reforma se ha priorizado la eficiencia en la gestión, se discuten los mecanismos de pago a los proveedores, la participación del sector privado en las prestaciones, la contención de costos hospitalarios. Sin embargo, se ha insistido poco en la pobre asignación al

sector en los presupuestos de la región, que en muchos países han disminuido en términos porcentuales⁵⁴.

Otros mecanismos de contención de costos de carácter estructural como la lucha contra toda forma de corrupción⁵⁵ al interior del sector, o las negociaciones conjuntas para disminuir el precio de las medicinas o de los anticonceptivos, o hacer prevalecer la salud frente a los derechos de propiedad intelectual; o aquellos incluso referidos a una adecuada reasignación de intervenciones entre los niveles de atención, entre profesionales de salud, la acreditación de los servicios y el establecimiento de redes de atención no hacen parte del discurso de los reformadores. Lo que se pretende señalar, es que reconociendo la necesidad de avanzar en la equidad, calidad y la eficiencia de los sistemas, la carta de posibilidades es amplia y limitadamente explorado. Así las reformas se implementan con menús cerrados que hacen parte de los acuerdos realizados con las instancias financieras internacionales.

V. REFLEXIONES FINALES

- La implantación de políticas neoliberales ha supuesto la redefinición del modelo de Estado y la reducción de sus responsabilidades y atribuciones. La economía es el eje de la política y se presenta la tensión entre la ampliación del reconocimiento de derechos en las nuevas democracias latinoamericanas y la reducción del ejercicio real de los mismos.
- Persisten, y en ocasiones se profundizan las brechas que existen entre las obligaciones de los estados con el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género; y lo que finalmente se traduce en la legislación; entre la legislación y las políticas de reforma de salud y finalmente entre estas y lo que se concreta en la realidad. América Latina es la región más activa en cuanto a las reformas de las políticas de salud y seguridad social. Sin embargo contamos con evidencia limitada sobre los impactos en la equidad de género y por tanto poca experiencia en políticas correctivas.
- Las inequidades de género no pueden combatirse con las mismas medidas empleadas para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos y regiones geográficas; ya que los estratos presentan brechas e inequidades definidas por el sexo, la etnia, la condición de ruralidad, la educación, entre otros a su interior, y existen inequidades

⁵⁴ La Comisión de Macroeconomía y salud de la OMS, en su informe del 2001 aboga por un incremento internacional en salud de 27 U\$ mil millones por año a lo largo de los siguientes cinco años -

⁵⁵ Según el BID, la corrupción se lleva el 10% del PBI en América Latina y el Caribe, es decir más del doble del financiamiento promedio asignado a la salud.

de género que atraviesan a los diferentes estratos socio-económicos. Basta ver los índices de muerte materna, de sobremedicalización de las funciones biológicas de las mujeres o la prevalencia de la violencia contra la mujer para darse cuenta de ello. Este ejemplo es especialmente relevante en la medida que múltiples estudios reportan que no hay asociación clara entre la situación socioeconómica y la prevalencia de violencia de pareja contra las mujeres.

- La creciente investigación en género y salud a lo largo del mundo sugiere que hay desigualdad de género que afecta a niñas y mujeres en cuanto a percepción de enfermedad, el estado de salud, la utilización de servicios, el financiamiento de la salud y la protección financiera frente a la enfermedad o la discapacidad. Asimismo, la sobremortalidad masculina tiene que ver con las exigencias sociales asociadas a los roles y atributos de los hombres.
- Se ha documentado que ciertos aspectos de las reformas como el pago de bolsillo, el copago, la privatización del sistema previsional o prestacional tienen un impacto principalmente en la población pobre, al que se agregan situaciones de mayor exclusión en el caso de las mujeres, especialmente son afectadas aquellas que tienen menor nivel educativo, viven en zonas rurales o pertenecen a pueblos indígenas.

Evaluar la relación de la ciudadanía de las mujeres con las reformas de los sistemas de salud, lleva entonces a identificar las situaciones en que éstas reformas perpetúan sesgos excluyentes o introducen nuevas formas de discriminación. Conlleva también demandar un sistema solidario entre generaciones y entre sexos y llamar la atención sobre el impacto diferenciado de las deficiencias de acceso a la atención de salud o a sus determinantes, o de las necesidades de cuidado de la salud de los niños, las personas con discapacidad, enfermedad o de los adultos mayores.

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de Reforma tiene cuatro desafíos fundamentales:

1. La generación de conocimiento

Se requiere una agenda propia de investigación cuyos estudios permitan delimitar en profundidad la forma en que se organiza y el impacto que produce cada reforma sanitaria -tanto desde el punto de vista de las intervenciones realizadas como desde las no desarrolladas- a fin de clarificar las relaciones de los distintos tipos de reformas sobre la equidad de género en salud, la salud sexual y reproductiva en los niveles nacionales, regionales y locales de la Región –incluyendo información comparable entre y al interior de los países-; así como los riesgos, beneficios e impactos diferenciales que las reformas conllevan para los diferentes grupos sociales, sobre las diferentes generaciones o ciclos de vida y para hombres y mujeres.

Es preciso remarcar que las reformas en el sistema de salud han estimulado el debate sobre su impacto en los sectores más vulnerables en términos de pobreza. Sin embargo, las dimensiones de género, etnia, edad, discapacidad y otras han recibido mucho menor interés. También ha sucedido igual con los estudios sobre interculturalidad. Este es un tema emergente en la medida que las sociedades latinoamericanas son multiétnicas. En este sentido se requiere el desarrollo de marcos conceptuales de investigación e intervención que consideren la inequidad como producto de un conjunto de determinantes incluyendo- pero no sólo- la pobreza.

Una obligación fundamental es la producción de información sobre la situación de la salud, sus determinantes, el acceso a los servicios, el financiamiento de la salud, el uso del tiempo, la contribución del trabajo de cuidado de salud no remunerado, entre otros, de manera desagregada por sexo y edad. Si bien, existen desafíos para la manera de expresar las estadísticas, los presupuestos y las Cuentas Nacionales; un paso inicial es desagregar la estadística ya existente.

Un tema urgente en la región es el análisis de las políticas sociales y particularmente el análisis de las políticas de lucha contra la pobreza. Es necesario profundizar sobre cómo son concebidas las mujeres y las relaciones de género en los programas de combate a la pobreza. Este tema se torna más relevante si tomamos en cuenta que muchos de los programas anti pobreza están buscando focalizar su atención en mujeres pobres como intermediarias eficientes entre las familias pobres y el estado; y por otro lado los mecanismos de reforma de la salud están impactando negativamente en las poblaciones pobres, con las mujeres a la cabeza.

Desde la perspectiva de derechos humanos es especialmente importante explorar el progreso adecuado de las políticas; las situaciones de exclusión, discriminación o inequidad; la existencia de canales y de una efectiva participación ciudadana; la intersectorialidad de las intervenciones y el acceso a recursos efectivos, incluidos los administrativos y los judiciales.

2. La institucionalización de políticas

Se requiere avanzar en políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres para hacer realidad las obligaciones de los estados con el derecho a la salud, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Se debe evitar que se cree un encapsulamiento de las políticas de equidad de género en el sistema de salud y promover instituciones rectoras del más alto nivel en el país (como Ministerios, Secretarías, Institutos,) y en los Ministerios de Salud, que avancen en la transversalización de la equidad de género como resultado de todas las políticas públicas.

Se requiere también realzar la importancia de la investigación en la administración pública y, fortalecer los vínculos entre la generación del

conocimiento y su utilización por diferentes actores como medio de promover la toma de decisiones basada en las evidencias.

Es de especial relevancia el apoyo a las organizaciones de mujeres y jóvenes para la movilización de apoyos sociales y políticos a procesos de reforma de las políticas de salud que se orienten a la realización del derecho a la salud. El hacer pública y participativa la elaboración de políticas es un desafío en la mayoría de países de la región. Para una efectiva participación de las organizaciones sociales, se requiere ampliar las capacidades colectivas de análisis e incidencia política.

3. El impulso a los mecanismos institucionales de participación

El impulso a los canales para la de participación ciudadana, de rendición de cuentas, de control social, además de responder al derecho de la sociedad a participar en las decisiones que le afectan, contribuye a que las obligaciones estatales puedan incorporarse de manera sostenible dentro del proceso de formación de políticas públicas.

Se requiere analizar cuáles son los mecanismos y procesos que posibilitan mayor participación y empoderamiento de las mujeres y jóvenes en los procesos de reforma del sector salud

Es especialmente relevante, ampliar las capacidades ciudadanas para la participación, difundir el contenido del derecho a la salud y los canales de exigibilidad sobre el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La educación en derechos humanos, con prioridad en el empoderamiento de la mujer y la niña debe ser integrada a los programas de educación, atención de la salud y desarrollo.

4. La formación de recursos humanos

Se requiere un esfuerzo político y económico para la formación de quienes toman las decisiones, profesionales, investigadores, organizaciones de la sociedad civil, la población y la comunidad de donantes en las relaciones entre los derechos humanos, la salud pública y la equidad de género.

Desde este punto de vista, la articulación con los centros formadores de recursos humanos es clave. La construcción o potenciación de instituciones académicas es una inversión necesaria para el futuro de la investigación y la ampliación de la capacidad crítica y de investigación en la región.

5. El estímulo a los sistemas de vigilancia

Se requiere potenciar el desarrollo de metodologías e indicadores y su aplicación local, nacional y regional para producir evidencia cuantitativa y

cualitativa sobre el progreso adecuado de los marcos normativos nacionales, las políticas públicas, los presupuestos, los programas y proyectos, los resultados y los impactos en la equidad en salud, en la equidad de género y en la salud sexual y salud reproductiva; así como en los determinantes de la salud de manera contextualmente específica, pero asumiendo el desafío de la comparabilidad regional e internacional. Es importante considerar en estos monitoreos los estándares y compromisos que los estados han asumido.

Es necesario reconocer cuáles son los aspectos estructurales, políticos y económicos, los actores que intervienen, los diferentes discursos que ayudan o limitan la concreción de las demandas de género en el discurso público.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Allotey, Pacale A.; Reidpath, Daniel D. (2003) "Objetividad en las herramientas para establecer prioridades en salud reproductiva: Contexto y Avisa" En: *Reproductive Health Matters 2003/ Temas de Salud Reproductiva Número 1* (Volume 10, Number 20, November 2002 en la edición en inglés). Perú: Edición en Español a cargo del Movimiento Manuela Ramos

Amnesty International. (1994) *Breaking the Silence: Human Rights Violations Based on Sexual Orientation*. New York: Amnesty International.

Anand, Sudhir y Sen, Amartya, (1995) *Gender inequality in human development: Theories and Measurement*. New York: Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19. En: <http://www.undp.org/hdro/oc19a.htm>

Anderson, J. (2001) *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos - Reprosalud

Berer, Marge (2003) "Editorial. Reformas del Sector Salud: Implicaciones para los servicios de salud sexual y reproductiva" En: *Reproductive Health Matters 2003/ Temas de Salud Reproductiva Número 1* (Volume 10, Number 20, November 2002 en la edición en inglés). Perú: Edición en Español a cargo del Movimiento Manuela Ramos

Bianco Mabel. (1996) *Fecundidad Salud y Pobreza en América Latina. El caso argentino*. Buenos Aires: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.

Bobadilla L (s.f) " Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos" En: Frenk J; Ed. *Observatorio de la Salud, Necesidades, servicios políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud. Serie. Economía y salud.

Booker & Minter. (2001). "Global Apartheid". En: *The Nation*, July 9, 2001. New York.

Braveman, Paula. (1998) *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries*. Geneva: WHO- OMS.

Bresser, L. C., Cunill, N. Edt.(1998) *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Caracas: CLAD, Paidós.

Briceño- León, R. Comp. (1999) *Ciencias sociales y salud en América Latina: Un balance*. Caracas: Fundación Polar.

Bronfman M, Herrera C. (2002) *El VIH/Sida: un tema social, económico y político* (Mimeo) Versión preliminar, título por definir.

Caledón, C., Noe, M. (2000) "Reformas del sector salud y participación social ". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington: OPS

Careaga G, Figueroa J, Mejía M.; compiladores. (1998) *Ética y Salud Reproductiva*. México .D.F.: Coordinación de Humanidades.Programa Universitario de Estudios de Género UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM.

Cardarelli G, Rosenfeld M. (1998) *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Casas, J.A. (1999) *Gobernabilidad, salud y reforma: Hacia el desarrollo humano y la salud como equidad*. En: Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social. Washington, DC: OPS.

CLADEM-Perú (2003) *Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: 1995-2002*. Lima: CLADEM-Perú.

Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva. (2002) *Globalización, reforma del sector Salud, Género y Salud Reproductiva*. Santiago de Chile: Fundación Ford.

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. 59º período de sesiones Tema 10 del programa provisional: *Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2003/58. 13 de febrero de 2003

Conferencia Nacional de Desarrollo Social. (1998) *Qué es y cómo hacer control ciudadano*. Lima: Diakonía, CEDEP.

Cook, R.J. (1994). *Women's Health and Human Rights*. Geneva: World Health Organization.

Copelon, R. y Hernández, B.E. (1994). *Sexual and Reproductive Rights and Health as Human Rights: Concepts and Strategies –An Introduction for Activists*. New York: University of New York Law School, International Human Rights Law Clinic.

Copelon. R y Petchesky, R. (1978) "Toward an Interdependent Approach to Reproductive and Sexual Rights as Human Rights: Reflections on the ICPD and Beyond". New Jersey

Cornwall y otros. (2002) " Introduction: Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector" En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 31, No. 1.

Correa S. (1994). *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*. London: Zed Books.

Correa S. y Petchesky, R. (1994). "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective". En G. Sen, A. Germain y L.C. Chen (Ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cortez, R. (1998) *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Costa, M.V. (2000) *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz

Costa A, Merchán-Hamann E, Tajer D; organizadores (2000) *Saúde, equidade y género: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Universidad de Brasília., ALAMES, Abrasco.

Dador, M. J. (2000) *Diagnóstico normativo de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

DFID (2000). *La eliminación de la pobreza y el empoderamiento de la mujer. Estrategias para alcanzar los objetivos para el desarrollo internacional*. Londres: DFID.

Dos Santos Rodríguez, N. (2000) *A prática do controle social a través dos conselhos de saúde. Divulgacao em Saúde para Debate*. Río de Janeiro

Doyal L, Goung I. (1994) *Teoría de las Necesidades Humanas*, Madrid: Icaria.

Elías, N. (1987) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura económica.

Elson Diane y Gideon Jasmine (2000) *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el empoderamiento de las Mujeres*, Traducc. Paulina Witt, Ediciones Flora Tristán, Serie Desafíos, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres, Lima.

Ewig, Cristina. (2001) *The Politics of Health Sector Reform in Peru*. This paper is largely based upon Ewig, Christina. 2001. *Gender Equity and Neoliberal Social Policy: Health Sector Reform in Peru*. Ph.D. Dissertation, Political Science, University of North Carolina at Chapel Hill.

Fleury, Sonia (2000) *Modelos de reforma de la salud en América Latina*. Río de Janeiro: (Mimeo). Fundacao Getulio Vargas.

Flórez, Carmen Elisa. (2002) *La equidad en el sector salud. Una mirada de diez años*. Cede, E. Universidad de los Andes Bogotá: Fundación Corona, Fundación Ford. Colombia, 2002.

Francke, P. (1999) *Universalizar la seguridad social de salud: Claro, pero ¿cómo?*. En revista Quehacer, N° 117, marzo-abril. Lima: DESCO

Foucault, M. (1978) *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI

Foucault, M. (1981) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo Veintiuno.

Fuentes i Pujol M (2001) " Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria" En: Miqueo C, Concepción T, Tejero C, Barral M, Fernández T, Yago T (Ed.) *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.

Gavanta, J, Shankland, A & Howard, J. (2002) " Introduction: Making Rights Real: Exploring Citizenship Participation and Accountability" En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 33, No. 2.

Gómez, Elsa (2001) *Equidad, Género y Salud*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

Gómez, Elsa (2000) *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

Gómez Gómez Elsa . (1998) "Políticas de reforma de los sistemas de salud y seguridad social - Incorporando la perspectiva de equidad de género" En: *Revista Mujer Salud*. Santiago de Chile: RSMLAC. No.4.

Gibbon, M. (2000), "Partnerships for Health; A way of working with women's groups to improve community health in rural Nepal". En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 31, No. 1.

González Vélez, A. (2002) *La salud sexual y reproductiva de la población vinculada en Colombia: una mirada desde lo local*. Bogotá:Corporación SISMA MUJER.

Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva, Comité de Globalización (2002) *Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva*. Santiago de Chile: Fundación Ford.

Gruskin, S; Ed. (2001) *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Gruskin, S. (1999) "The Growing Preeminence of Human Rights" En: *Health and Human Rights an international journal*. Princeton: Francois -Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. University of Harvard. Vol. 4 No. 1

Güezmes, A., Loli, S. (2000) *Violencia familiar, enfoque desde la salud pública: Módulo de capacitación*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Cooperación Técnica Holandesa, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Güezmes, A. (1998) 'Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.' En Seminario: *Fortaleciendo las coordinaciones entre estado y sociedad civil en la implementación de los acuerdos de El Cairo y Beijing*. Lima: OPS, UNFPA, Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD.

Güezmes, A. (1998-2001). Ponencias presentadas en diferentes foros nacionales e internacionales. Lima: Documentos inéditos.

Güezmes (2001) *Derechos ciudadanos asociados al cuidado de la salud*. Lima: Ministerio de Salud

Güezmes (2002) *Compromisos sociales y políticos en salud*. Lima: Department for International Development DFID

Güezmes (2003) *Calidad de la Atención de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Análisis de base de datos Atenea. Lima: Centro e la Mujer Peruana Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos, Red de Salud de las mujeres de América Latina y el Caribe.

Güezmes (2003) "Políticas de reforma del sector salud desafíos para la investigación" presentada en seminario: *Social and Economic Research in Peru: Strengthening International Partnership and Support Opportunities* en Ottawa & Washington D.C. October 28th – 30th

Hardee, K. y Smith, J. (2000). Implementing reproductive health services in an era of health sector reform. The POLICY Project. Washington: The Futures Group International.

Heise, L.L. (1997) *Violencia contra la mujer: Una propuesta de un modelo que contribuye a la prevención primaria*. Documento para la discusión en la reunión de puntos focales del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud.

Heise, L., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violence against Women: The Hidden Health Burden*. Washington DC: World Bank.

Henderson, P., Montes, J. L. y Glassman, A. (2000) *Access, Utilization and Household Spending on Women's Health : an analysis of household surveys in 6 countries* (Mimeo) . Washington: IDB, World Bank and PAHO.

Huaita, Marcela. (2000) *El derecho a la salud de las mujeres*. Lima: Ponencia presentada en VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres

Infante A. (1996) "Health sector reform in Latin America and the Caribbean: on three countries experiences". Presentado en: *Mesa Redonda "Latin America: the health agenda" en 6th International Conference on System Science in Health Care*. Barcelona: 16-20 sept.

Instituto Nacional de Salud Pública (2001) *Reporte de la Reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: Desafíos de la salud pública en América Latina y el Caribe* 13 y 14 de noviembre. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Population Council, Instituto Allan Guttmacher.

Langer, A. y Nigenda, G. (2000) *Salud sexual y reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades*. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarrollo.

La Rosa Huertas, Liliana del Carmen (2003) *Cogestión comunitaria en la administración de servicios de salud, pero limitando derechos ciudadanos y el acceso a salud sexual y reproductiva. ¿Es posible?. Estudio de cuatro Centros Locales de Administración de Salud – CLAS*. (mimeo)

Levine, Ruth; Glassman, Amanda, Schneidman, Miriam. (2001) *The Health of Women in Latin American and The Caribbean*. The World Bank. 2001.

López, S. (1997) *Ciudadanos reales e imaginarios: concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. Lima: IDS- Instituto de Diálogo y Propuesta.

Lozano R. (s.f) " El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos" En: Frenk J; ed. *Observatorio de la Salud, Necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud. Serie. Economía y salud.

Maceira, Daniel (2001) *Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe*. Latin-American Initiatives (USAID-PAHO-PHR-FPMD-HSPH). Edición Especial 3.

Maceira, Daniel (Octubre 2002). *Salud Sexual y Reproductiva y Reformas Financieras en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: (mimeo) Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Maceira, Daniel (Octubre 2002). *Salud Sexual y Reproductiva y Descentralización en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: (mimeo) Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Marco Navarro, Flavia. (2003) *Ciudadanía y reformas a la seguridad social*. Ponencia presentada en el Taller Internacional "Reformas en salud en la región: respuestas urgentes"

para la salud sexual y reproductiva de las mujeres” organizado por la Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Lima: RSMLAC

Matamala Vivaldi, M, (2001) *Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en el Contexto de la Reforma*

Mead, M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.

Mead, M. (1994) *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva

Miller Alice.(2002) “Las demandas por los derechos sexuales”. En: III Seminario Regional Derechos Sexuales Derechos Reproductivos Derechos Humanos. Lima: CLADEM.

Ministerio de Defensa, Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. (2002) *Salud Sexual, Salud reproductiva y derechos Sexuales/derechos reproductivos*. Lima: Ministerio de Defensa.

Mitchell, M.D. (1999) *Delivering a Package of RH Services. The Use of a Matrix of Services*. Boston: Harvard School of Public Health.

Moser, Caroline (1993), “Gender planning and development: theory, practice and training”, Londres.

Murray C., López A., editors (1996). *The global Burden of Disease, Vol.1*. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organisation, World Bank.

Murray C. (1998) *Health Dimensions of Sex and Reproduction. The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and World Bank.

Naciones Unidas. (1994) *Programa de Acción: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. Cairo: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1995) *Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1995) *Declaración y Programa de Acción: Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Copenhagen: Naciones Unidas

Naciones Unidas (1999) *Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo*. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones. 30 de Junio - 2 de Julio .Nueva York: Naciones Unidas.

Navarro M, Flavia. (s.f) "Ciudadanía y reformas a la seguridad social". Ponencia presentada en Taller Internacional “Reformas en salud en la región: respuestas urgentes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres” RSMLAC, Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Nigenda G., Valdez R. Avila L., Ruiz J. (2002) *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México D. F.: Centro de Análisis Social y Económico, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma. (2003) *Informando & Reformando*. México. D.F: NAADIIR. Enero/Marzo No. 15.

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma. (2003) *Informando & Reformando*. México. D.F: NAADIIR. Abril /Junio No. 15.

Nussbaum M. (1998) "Capacidades humanas y justicia social " En: Jorge Reichmann (ed.) *Necesitar, desear, vivir*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Okun, A. (1975) *Equality and efficiency: the big trade-off*. Washington, DC: The Brookings Institution.

Organización Mundial de la Salud (2000) *Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2003) *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial del Comercio (2001). *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. DOHA: MINISTERIAL DE LA OMC. En: http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

Organización Panamericana de la Salud. (1997) *La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria*. Washington: Subcomité especial sobre la mujer, la salud y el desarrollo.

Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencia en Chile. Salud previsual y cobertura femenina*. Washington: Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo.

Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes*. Washington: Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social*. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. *Equidad de género en salud. Programa mujer, salud y desarrollo*. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2000) *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala: Reunión de Consulta, 19 al 22 de mayo. OPS, OMS, Asociación Mundial de Sexología.

Organización Panamericana de la Salud. (2000) *Salud y desarrollo humano en la nueva economía: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas*. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2000) *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe final*. Washington, DC: OPS

Organización Panamericana de la Salud (2001) *Reformas del sector salud y equidad de género. Paquetes básicos de atención integral*. Washington: Programa de Mujer, Salud y Desarrollo.

Organización Panamericana de la Salud. (2002) *La mujer, la salud y el desarrollo*. Washington: 36ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*. Santiago de Chile: Cuadernos 1 a 7. OPS/OMS Oficina de Representación en Chile.

Pan American Health Organization (2003) *Observatory of Gender Equity in Health sector reform policy .Governance and Policy area Gender and Health Unit*. Washington D.C.: Project proposal presented to the Ford Foundation

Pan American Health Organization (2001) Draft for discussion: Guide for evaluating the impact of Health sector. Reforms on gender Equity. Washington: Women, Health and development Program.

Petrera M. (2002) "Financiamiento en Salud" En: La Salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

Piot P. (2000) Discurso ante la Asamblea General de la ONU en aplicación de las resoluciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Nueva York: ONUSIDA Discurso del Director Ejecutivo Peter Piot.

PNUD (2001). Make New Technologies Work for Human Development. The Human Development Report, 2001. En: <http://www.undp.org/hdr2001>.

Pollack E., Molly (2002) *Equidad de género en el sistema de salud chileno*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/. Serie Financiamiento del Desarrollo (LC/L.1784-P), Santiago de Chile

Ramos S, Gutiérrez M; Ed.(2002) *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Río de Janeiro: Foro de la Sociedad Civil en las Américas. Cuadernos del Foro Año 4 No. 5

Rubin, Gayle. (1996) "El Tráfico de Mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo"; en: *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Marta Lamas compiladora; México D.F.: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe (2002). *Revista Mujer Salud. Mujeres y VIH / SIDA. El desafío continúa*. Núm. 3 / 2002. Santiago: RSMLAC.

Ríos, M., Arroyo, J., Chávez, S.; Cáceres, E. (2004) *Vínculos entre salud pública y derechos humanos en la investigación en Perú* Lima: CIES, APRODEH, UPCH, Flora Tristán. En edición

Roses, M. (2003) *Le Monde Diplomatique*, Buenos Aires : Número 43. Marzo.

Scott, Joan. (1996) "El Género: una categoría útil para el análisis histórico"; en: *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Marta Lamas compiladora; México D.F.: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género,

Sen Amartya (1999) *Nuevo Examen de la Desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial

Sen Gita, Asha G, Ostlin P; ed. (s.f) *Engendering International Health*. Cambridge: Institute of Technology

Standing, H (2000). *Impactos de Género de las Reformas en Salud: El actual estado de las políticas y la implementación*. La Habana: Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, 3 -7 de julio.

Standing, H.(1997) *Gender and equity in health sector reform programmes: a review*. New York: Oxford University Press.

Standing, Hilary (2000), "Gender impacts of health reforms- the current state of policy and implementation." En: *Women's Health Journal* 2000; 3-4 (July-Dec)

Standing, Hilary (2002), *Towards equitable financing strategies for reproductive health*, Brighton: Institute of Development Studies.

Suárez J. (1995) Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba, La Habana: Representación OPS/OMS.

Tajer, D, (2000) " Generando la Reforma de la Reforma" En Abrasco. Saude, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Buenos Aires: Abrasco, Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Tamayo G. (2001) *Bajo la Piel, derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Tono Ramírez T, Velásquez L, Sáenz J. (2002) *El impacto de la Reforma sobre la salud pública. El Caso de la Salud sexual y reproductiva*. Bogotá: Documentos de Trabajo No. 7. Fundación Corona.

UN Document (1995) Draft Platform for Action of the Fourth World Conference on Women. New York; A/CONF.177/L. United Nations.

UN Document (1994) Draft Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development. New York: A/CONF.171/L.1 13. ICPD Secretariat, United Nations.

UNGASS (2001) Global Crisis – Global Action. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York: 26th Special Session. UN General Assembly. A/s-26/L.2.

UNFPA (2000) Financial Resource flows for population activities in 2000. New York: United Nations Population Fund.

Valls Carmen (2001) " El Estado de la Investigación en salud y género". En: Miqueo C, Concepción T, Tejero C, Barral M, Fernández T, Yago T (Ed.) *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.

Velásquez, F. E. (1998). *La veeduría ciudadana en Colombia: en busca de nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil*. En: Bresser, L. C., Cunill, N. Lo público no estatal en la reforma del Estado. Caracas: CLAD, Pados

V. de Flood, M. Cristina (1997), "Mujer y Salud", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 58*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio.

Weller, Silvana (2002) *Impacto sobre la Salud Reproductiva de las variaciones ocurridas en el mix público privado a partir de las Reformas de los Sistemas de Salud ocurridos en América Latina*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

World Bank, (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, DC.

World Health Organization, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Declaration of Alma Ata*. Washington.

Yamin AE, Maine D. (1999) " Maternal Mortality as A Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations" En: *Human Rights Quarterly*. No. 21

Yamin AE. (2001) "Protecting and Promoting the Right to Health in Latin America: Selected Experiences from the Field," En: *Health and Human Rights*.

Yamin, Alicia Ely (2003). *Iluminando la sombra de la esperanza: Vigilancia Social y el Derecho a la Salud en el Perú*. Lima: Observatorio del derecho a la salud, Consorcio de Investigación Económica y Social.