



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

18.^a sesión, 8-9 de febrero de 1999

Punto 5 del orden del día provisional

MSD18/4 (Esp.)
24 diciembre 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

HACIA LA EQUIDAD EN MATERIA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

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

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

Se solicita al Subcomité que considere y respalde el contenido del documento. Las recomendaciones que emanen del Subcomité en relación con este tema constituirán un referente de particular relevancia para avanzar en la búsqueda de la equidad a través de la introducción de criterios de género en la formulación, ejecución y vigilancia efectiva de las políticas de RSS que están siendo implementadas en la Región.

ÍNDICE

Página

Introducción	3
1. Antecedentes y justificación.....	4
1.1 El marco normativo institucional.....	4
1.2 Antecedentes específicos.....	5
2. Marco referencial para el análisis de la equidad de género en la reforma del sector salud	7
2.1 Ejes conceptuales.....	7
2.2 ¿Por qué el énfasis en las mujeres cuando se habla de equidad?	10
3. Implicaciones de la reforma del sector salud para la equidad de género.....	10
3.1 Descentralización y estímulo a la participación social	12
3.2 Reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios	14
3.3 Reestructuración de la gestión de recursos humanos.....	15
3.4 Ampliación de las opciones de financiamiento de la salud y participación del sector privado.....	16
4. Retos, oportunidades y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en la reforma del sector salud	20
5. Apoyo solicitado del Subcomité.....	23

Introducción

El ímpetu recientemente alcanzado por las reformas de las políticas de salud y seguridad social en toda la Región ha motivado un intenso debate en el seno de gobiernos, sociedad civil y agencias multilaterales con respecto a los efectos que dichas políticas están ejerciendo o pueden ejercer sobre la equidad en la salud y el desarrollo humano. Esta preocupación se ha concentrado, sin embargo, en las dimensiones territoriales y de estrato social sin que, hasta el momento, haya incorporado la consideración del impacto diferencial de estas políticas sobre mujeres y hombres. La ausencia de este elemento en el discurso público sobre reforma se ha traducido en un vacío de políticas correctivas con respecto a las inequidades de género que se asocian con la reforma del sector salud (RSS) y que no pueden ser combatidas a través de las mismas medidas empleadas para reducir las brechas entre territorios y estratos socioeconómicos.

El presente documento tiene el doble propósito de destacar, por un lado, las implicaciones para la equidad de género de las actuales políticas de RSS y de proponer, por otro, estrategias para enfrentarlas. El énfasis en género no conlleva una visión parcializada de la realidad. Por el contrario, el análisis parte del reconocimiento de que género interactúa con otras desigualdades sociales que afectan los riesgos y las oportunidades para la salud. Por tanto, cualquier estrategia para reducir las inequidades de género tiene que considerar las diferencias de clase, etnia y edad que influyen sobre la índole de las mismas. El énfasis en género responde simplemente a la necesidad de visibilizar una dimensión de inequidad frecuentemente ignorada, resaltando primero, que una visión que no integre la dimensión de género no puede dar cuenta cabal de la realidad; y segundo, que desde una perspectiva de justicia social, no es de ninguna manera suficiente examinar y enfrentar los efectos de las reformas sobre distintas subpoblaciones socioeconómicas, étnicas y/o geográficas, sin que paralelamente se aborden dentro de tales grupos, los impactos diferenciales de esas políticas sobre mujeres y hombres.

La presentación se ha dividido en cuatro partes: la primera hace referencia a los mandatos institucionales que fundamentan el plan de incorporación de la perspectiva de género en los procesos de reforma, así como también, a los antecedentes particulares que originaron la formulación de este plan. La segunda, esboza de manera muy sucinta el marco conceptual que orienta la propuesta. La tercera parte discute algunas de las implicaciones más importantes para la equidad de género que encierran las políticas de reforma sectorial de más frecuente implantación en la Región de las Américas. Finalmente, en la cuarta sección se señalan los principales retos planteados por el objetivo de incorporar la perspectiva de equidad de género en las políticas de reforma sectorial y se propone una estrategia pluralista para documentar y contribuir a la eliminación de las inequidades de género en los procesos de RSS.

1. Antecedentes y justificación

1.1 *El marco normativo institucional*

La presente propuesta se enmarca dentro de los principios de búsqueda de equidad y de participación activa y conjunta de los países en la formulación de estrategias para lograr tal propósito. De manera específica, se dirige a operacionalizar la dimensión de equidad de género en el ámbito de las políticas de RSS.

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

Dentro de este contexto, la nueva política de salud para todos en el siglo XXI que aprobó la OMS resaltó como uno de sus valores fundamentales *“la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud”* y enfatizó que la cooperación técnica deberá *“desarrollar las capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en el desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud”*². El Director, por su parte, acaba de reafirmar el compromiso institucional de *“asignar particular importancia a la salud de la mujer y a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y promover la toma de conciencia con respecto a temas de género en todos los niveles”*³.

El tema de las reformas de la salud y la seguridad social está cobrando particular relevancia regional debido a la vinculación de tales reformas con procesos transnacionales de integración económica y de reforma del Estado en los que, con demasiada frecuencia, priman las consideraciones de eficiencia sobre las de equidad y derechos humanos. Esta tendencia reviste especial interés para una región que, como las Américas, se caracteriza por las mayores desigualdades económicas y sociales del mundo, y en donde este tipo de reformas ha permeado ya de una manera u otra todos los

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

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

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

países. Como afirma el Director de la OPS, *“la salud no puede ser una víctima de esta reestructuración y reforma”* y agrega: *“...el escenario que más me preocupa es el relacionado con las crecientes brechas entre la gente...Esas brechas, que son innecesarias e injustas, deben ser cerradas”*⁴. Valga resaltar, que pese a la existencia de importantes denominadores comunes, estos procesos de reforma no son totalmente homogéneos, sino que exhiben modalidades y características propias que se derivan del contexto político y económico en que se insertan.

Desde la perspectiva de la OPS, la RSS ha sido concebida como *“un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”*⁵. La equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social son, pues, los criterios rectores de la cooperación técnica en esta área.

Esos criterios se derivan de la meta institucional de salud para todos, de los mandatos de los Cuerpos Directivos, y de otras disposiciones emanadas de cumbres regionales y de convenios internacionales tales como la Cumbre Mundial de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Cumbre de Desarrollo Social, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Tal fundamentación internacional pone de manifiesto que el carácter global de los retos planteados por las reformas torna la acción colectiva en un imperativo que es mutuamente beneficioso.

1.2 Antecedentes específicos

En 1996, durante la 16.^a Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el Servicio Nacional de la Mujer de Chile presentó la ponencia *“Impacto de la reforma sectorial de la salud sobre el acceso de las mujeres a los servicios de salud”*. El señalamiento que se hizo en dicha presentación respecto a impactos adversos de las políticas de reforma sobre la equidad de género en la atención de la salud suscitó el interés de los Miembros del Subcomité quienes recomendaron avanzar en la evaluación del proceso en Chile y promover tal tipo de análisis en el resto de la Región.

En seguimiento de esa recomendación, el Programa MSD presentó en 1997, ante la 17.^a Sesión de este Subcomité, una propuesta de trabajo orientada hacia el levantamiento de un inventario de los recursos técnicos y de conocimiento existentes en

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

⁵ Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington D.C., OPS, 1998, p.13.

la Región y a la instrumentación de un medio electrónico de intercambio de información entre países. El Subcomité aprobó la propuesta y recomendó continuar e intensificar esfuerzos en la dirección de incorporar la perspectiva de equidad de género en las políticas de reforma sectorial.

Durante este último período, el Programa MSD ha venido avanzando conceptual y operacionalmente hacia el objetivo de incorporar la perspectiva de género en los contenidos y procesos de las políticas de reforma sectorial. Así, el Proyecto Subregional MSD de Centro América, en conjunción con la División de Sistemas y Servicios de Salud, ha puesto en marcha en los niveles locales y, en algunos casos, en el nivel nacional, un conjunto de acciones que articulan la dimensión de género en el área de reorganización de sistemas y servicios. Dichas experiencias fueron discutidas en un taller subregional que se llevó a cabo en San José, Costa Rica, en 1997, en el cual participaron los equipos interprogramáticos de cada país, el Programa MSD y los Directores de las divisiones de Salud y Desarrollo Humano y de Sistemas y Servicios de Salud ⁶. Dentro de los logros del Programa Subregional en Centro América se destaca la inclusión de servicios de prevención y atención de la violencia doméstica en el contexto de los nuevos modelos de atención que se están implantando en los países de esta Subregión.

En el nivel Regional, el Programa MSD ha desarrollado guías conceptuales, compilaciones bibliográficas y pautas metodológicas para orientar el análisis y seguimiento de los procesos de reforma. Estos materiales han comenzado ya a ser utilizadas por distintas audiencias. Adicionalmente, con el apoyo del Centro de Investigación sobre la Salud de la Mujer de la Universidad de Toronto (Centro Colaborador de OPS/OMS), el Programa MSD está coordinando una red electrónica sobre Equidad de Género en las Políticas Públicas, cuyos objetivos son los de difusión e intercambio de información, apoyo a la articulación de proyectos multicéntricos de investigación y fortalecimiento de las capacidades nacionales en análisis y abogacía. También, desde el nivel regional se ha dado apoyo técnico a iniciativas nacionales específicas, destacándose, entre ellas, la de la Comisión de Género y Reforma de la República Dominicana.

En Octubre de 1998, el Programa MSD convocó a un grupo de profesionales con experiencia específica en la articulación conceptual y operativa de la dimensión de género en las políticas de RSS. Esta reunión tuvo como propósito compartir experiencias, discutir prioridades y trazar una estrategia colaborativa para la incorporación de la perspectiva de equidad de género en las reformas de las políticas de salud y seguridad

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Memoria de la reunión interprogramática sobre la incorporación de la perspectiva de género en el proceso de reforma sectorial. San José, Costa Rica, 18-19 agosto 1997. OPS, San José, Costa Rica, 1998.

social. Las discusiones, apoyadas en la documentación preparada por el Programa MSD y las presentaciones de las participantes, giraron alrededor de los siguientes ejes temáticos: 1) principales implicaciones para la equidad de género de las distintas estrategias de RSS instrumentadas en la región de las Américas; 2) revisión de criterios e indicadores para el seguimiento y evaluación de las políticas de RSS desde la perspectiva de la equidad de género; y 3) configuración de alianzas y mecanismos para la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, ejecución y vigilancia de las políticas de RSS en los niveles regional, nacional y local. El producto de esta consulta fue el delineamiento de un plan preliminar de trabajo para desarrollar en los niveles regional nacional y subnacional. Dicho plan fundamenta la estrategia que se presentará a consideración del Subcomité.

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

2.1 *Ejes conceptuales*

Tres conceptos interrelacionados constituyen los ejes de la propuesta de trabajo que aquí se presenta: género, equidad y participación.

2.1.1 *Género*

Abordar la salud desde una perspectiva de género significa reconocer que:

- a) Más allá de las diferencias biológicas de sexo existen diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres que definen riesgos, acceso a recursos, poder de decisión, y necesidades particulares en el ámbito de la salud. Estas diferencias sociales de género —junto con las de clase y etnia— son determinantes claves de la desigualdad de oportunidades en el acceso y el poder sobre los recursos y servicios que propician la salud. Tales diferenciales de oportunidad se reflejan, tanto en el nivel micro del individuo y la familia, como en el nivel macroestructural de asignación de recursos y de distribución de beneficios.
- b) La familia no puede constituirse en la unidad mínima de análisis e intervención. Es necesario examinar la asignación de recursos dentro del hogar, a fin de identificar las desigualdades intrafamiliares en términos de acceso, poder y control sobre los recursos básicos para la salud. Género es un determinante, tanto en la sociedad amplia como dentro de la familia, de la forma como sus miembros contribuyen y se benefician del desarrollo de la salud.
- c) Las distinciones de género en el trabajo se asocian con una consistente subvaloración del trabajo de las mujeres. Así, en el sector formal del sistema de salud las mujeres se concentran en las ocupaciones de menor remuneración,

prestigio y poder de decisión, y en el ámbito informal de la comunidad y la familia el trabajo de las mujeres es gratuito y no figura en las cuentas nacionales.

- d) 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 atención que recae predominantemente sobre las mujeres.

2.1.2 *Equidad de género*

La noción de equidad en salud, reiterando lo anteriormente expresado, se asienta en una visión de la salud como derecho humano fundamental cuya garantía constituye un imperativo ético que desborda la provisión de servicios y que requiere la acción de los distintos sectores de la sociedad. Dentro de este contexto de derechos humanos, la equidad de género y, específicamente, los derechos de las mujeres en salud han sido ratificados de manera explícita en las Conferencias Internacionales de Viena, El Cairo, Copenhague y Beijing.

La equidad de género en salud implica:

- a) En el estado de salud: La eliminación de diferencias innecesarias, 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: Que hombres y mujeres reciban atención de acuerdo con sus necesidades.
- c) En el financiamiento de la atención: Que tanto mujeres como hombres contribuyan de acuerdo con su capacidad económica, y que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción y a la mayor longevidad femenina.
- d) En la participación en el desarrollo 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. *“...más allá del examen de la situación de ventaja o de desventaja que exhiben las mujeres y los hombres, hay una necesidad importante de analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por unas y otros, y 2) las recompensas y los beneficios respectivamente obtenidos. Este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las*

contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar⁷”.

2.1.3 Participación

Dentro de la perspectiva de género, la participación social desempeña un papel central en el logro efectivo de objetivos de equidad. Esta participación no se concibe de manera pragmática-instrumental, sino como el ejercicio del derecho ciudadano que tienen mujeres y hombres para incidir sobre los procesos que afectan su bienestar. En este contexto es importante enfatizar que, tal como declara el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, “*en el ejercicio real de poder o de autoridad para la toma de decisiones, las mujeres son una clara minoría a través del mundo*”⁸. Efectivamente, y de manera particular en el sector salud, 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.

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 muy diferentes de las prioridades expresadas por sus familiares masculinos más cercanos o por los políticos y burócratas distantes⁹. La salud, por ejemplo, constituye una prioridad más alta para las mujeres, y esta tendencia se ha evidenciado en el tipo de uso que hombres y mujeres dan al ingreso familiar que ellos y ellas controlan¹⁰, y en el hecho de que las mujeres se organizan más frecuentemente que los hombres alrededor de asuntos de salud¹¹.

La consideración de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales en la gestión de políticas, así como la rendición de cuentas por parte de sus ejecutores—Estado o sector privado—no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. Dadas las necesidades particulares de las mujeres y la escasa representación de

⁷ Anand, Sudhir y Sen, Amartya, Gender inequality in human development: Theories and Measurement. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19, 1995, p.2.

⁸ PNUD, Human Development Report 1995, New York, PNUD, 1995, p. 86

⁹ Ashworth, Georgina, Gendered Governance: An Agenda for Change. New York, UNDP, Gender in Development Monograph Series #3, 1996, p.10.

¹⁰ The World Bank, World Development Report, 1993.

¹¹ Beall, Jo, Urban Governance. Why Gender Matters. New York, UNDP, Gender in Development, Monograph Series #1, 1996, p.12.

estas en la toma de decisiones políticas, el estímulo a la participación de las organizaciones de mujeres se convierte en requisito inherente a un sistema democrático y, también, en elemento indispensable para dar destaque a la salud dentro de las agendas políticas y asegurar la sostenibilidad del desarrollo humano.

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

Los hombres y las mujeres ocupan posiciones diferentes frente a la utilización y a la provisión de atención de la salud. El énfasis en las mujeres, tanto como usuarias como proveedoras de atención, proviene del imperativo ético de enderezar la balanza entre necesidades y recursos y entre contribuciones y beneficios. En efecto,

- a) Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, y de su mayor longevidad.
- b) Por hallarse desproporcionadamente representadas entre los pobres, las mujeres tienen menor acceso a remuneración y a otros recursos para la salud, incluyendo servicios de salud y seguridad social en el largo plazo.
- c) Las mujeres se encuentran en una posición de desventaja dentro del sistema de salud: predominan en los escaños de más baja remuneración, prestigio y poder dentro del sector formal de la salud, desempeñan sin remuneración el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad, y permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder comunitario que definen prioridades y asignan recursos para el desarrollo de la salud.
- d) Por el hecho de ser las principales proveedoras de atención dentro de la familia, sobre ellas recae mayormente la carga de trabajo en relación con tal cuidado, resultando las más afectadas por el aumento o reducción de servicios públicos.
- e) Las mujeres son las principales gestoras de la salud de la familia, particularmente de los niños(as), pero tienen un menor poder sobre los recursos necesarios para protegerla. Por esta razón, la salud de las mujeres, así como el control que ellas puedan ejercer sobre los recursos, juegan un papel central en la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de intervenciones que apuntan a objetivos intergeneracionales de desarrollo humano.

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

Ciertas formulaciones de política sanitaria que parecieran neutras en materia de género con frecuencia esconden importantes sesgos de género. La base de tales sesgos es

la desvalorización del trabajo de las mujeres y el no-reconocimiento de la contribución económica que representa su trabajo no remunerado dentro del hogar. Así, mientras la economía se define principalmente en términos de bienes y servicios de mercado, aquellas actividades esenciales que no conllevan remuneración—tales como la crianza de niños, el acarreo de agua y de combustible, el procesamiento y preparación de alimentos, la limpieza y administración del hogar, y el cuidado de los familiares ancianos, enfermos y discapacitados—no figuran en las cuentas nacionales.

En consecuencia, formulaciones aparentemente neutras, como "reducción de costos", "eficacia", "eficiencia", y "descentralización", con frecuencia encierran sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres. Así, la premisa que ha sustentado algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios—por ejemplo, reduciendo estadías hospitalarias, cuidado de ancianos, atención de enfermos mentales—bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Tales medidas se basan en la expectativa de que las mujeres estén disponibles, dispuestas, y moralmente obligadas para proveer asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos y los discapacitados. Ausentes de estas políticas está cualquier consideración relativa al impacto que estas expectativas de disponibilidad y gratuidad del tiempo de las mujeres ejercen sobre su situación de empleo, remuneración, gasto, y desgaste físico y emocional; ausente, está también la consideración de estructuras de apoyo a la provisión de atención en el hogar. Estos vacíos ponen en riesgo no solo la salud de la cuidadora sino, también, la de aquellos que supuestamente debieran recibir su cuidado.

Desde una perspectiva de género, las preguntas más generales con respecto a la RSS serían las siguientes: ¿Contribuye la RSS a reducir o a exacerbar las desigualdades de género existentes en la salud, la atención de la salud, y la participación en las decisiones que afectan el sistema de salud? Y de manera más específica, ¿En qué medida facilita o dificulta la RSS el ejercicio ciudadano del derecho a la salud, particularmente el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres?

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

Es muy importante recalcar, también, que la RSS no se reduce a una reforma administrativa gobernada únicamente por criterios de eficiencia financiera y gerencial. Sin descontar estos criterios, las consideraciones que se presentarán a continuación

emergen de una visión de la RSS como proceso técnico-político orientado hacia el mejoramiento de la salud y la búsqueda de la equidad como principios éticos de justicia social y de derechos humanos. Un importante reto planteado por estas reformas es el de lograr una coexistencia entre la equidad y la eficiencia sin que, en ningún caso, la equidad se subordine a la eficiencia.

A continuación se presentarán de manera esquemática algunos de los cuestionamientos que, desde una perspectiva de equidad de género, deberían ser planteados con respecto a las políticas o componentes de la RSS de más frecuente implantación en la Región. Estos componentes se han clasificado de la siguiente manera: 1) descentralización y estímulo a la participación social; 2) reorganización de los servicios, incluyendo redefinición de modelos de atención y determinación de paquetes mínimos de servicios; 3) reestructuración de los sistemas de desarrollo y administración de los recursos humanos; y 4) reestructuración de los sistemas de financiamiento, incluyendo la participación del sector privado. Valga resaltar que existen grandes áreas de superposición entre estas categorías, razón por la cual, algunos temas aparecen en más de un componente¹².

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

3.1 *Descentralización y estímulo a la participación social*

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

El tema de la descentralización reviste múltiples implicaciones para la equidad e género en el ámbito de la salud. Esta sección se limitará a destacar que, dependiendo de

¹² Standing, Hilary, Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review. Health Policy and Planning; 12(1):1-18, 1997.

la forma como se diseñe e instrumente, la descentralización puede tener efectos opuestos sobre la cantidad y la calidad de la participación de las mujeres en los niveles locales. Así, como la descentralización puede constituirse en la ventana de oportunidad para aumentar la participación de las mujeres en las estructuras de poder local, puede resultar también en una mayor marginación de los grupos tradicionalmente sin poder, entre los que se cuentan las mujeres e, incluso, llegar a traducirse en un aumento desproporcionado de la cuota femenina de trabajo no remunerado.

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

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

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

En el caso de que se haya operado una transferencia de responsabilidades por servicios del estado a la comunidad, ¿Ha implicado esta transferencia un aumento para las mujeres de su cuota de atención en el hogar (de dependientes, enfermos, ancianos, y

discapacitados físicos y mentales)? ¿Qué estructuras existen para apoyar la provisión de atención en el hogar? Se ha considerado o investigado el efecto de esta carga adicional sobre las personas que prestan la atención y sobre las que la reciben? ¿Cuál es el efecto de tal recargo sobre la eficacia y la sostenibilidad del cuidado en el hogar?

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

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

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

La incorporación de la dimensión de género en los modelos de atención implica que en la planificación del contenido y proceso de prestación de los servicios se consideren las diferencias por sexo en los riesgos, responsabilidades y restricciones socialmente construidos. Estos se derivan de los roles diferencialmente asignados a las mujeres y a los hombres, de la creciente frecuencia con que las mujeres tienen que desempeñar una doble jornada (laboral y doméstica), y de las relaciones desiguales de poder entre los sexos. Ejemplos típicos de tales consideraciones serían la introducción de servicios que respondan a necesidades relacionadas con la experiencia de violencia doméstica y con la presencia de obstáculos para el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo serían las provisiones orientadas a compensar las limitaciones de ciertos grupos de mujeres en cuanto a información, movilidad geográfica, disponibilidad horaria, independencia para tomar decisiones respecto a ciertas intervenciones, libertad para ser examinadas por profesionales hombres, y baja prioridad asignada a sus propias necesidades.

La valoración del tiempo de las mujeres es un elemento central para la promoción de la equidad en el ámbito de los servicios. Tradicionalmente éstos han actuado bajo

supuestos de gratuidad y elasticidad del tiempo de las mujeres, tanto en la búsqueda de atención para ellas mismas o sus hijos, como en el seguimiento de esa atención en el hogar. En este sentido, habría que analizar en qué medida, por ejemplo, se ha logrado una articulación entre los servicios de salud reproductiva y atención infantil, y si se están proporcionando apoyos específicos para la atención en el hogar. Es importante indagar, además, si las intervenciones en salud reproductiva, violencia doméstica, y crecimiento y desarrollo de los niños(as) se focalizan exclusivamente en las mujeres o si incorporan de alguna manera a los varones. Finalmente, en relación con reducciones en ciertos servicios, cabe reiterar que los recortes en el gasto público en salud pueden transferir una carga demasiado onerosa a la economía reproductiva no remunerada, al aumentar el tiempo que las mujeres gastan en proporcionar atención a los miembros de familia que la demandan.

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

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

3.3 *Reestructuración de la gestión de recursos humanos*

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

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

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

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

Desde la perspectiva del impacto sobre la equidad de género, cabe examinar ¿Qué efectos han tenido las políticas de recursos humanos de la RSS sobre la composición por sexo del personal en diferentes niveles de decisión de los sectores público y privado del sistema? ¿Qué profesiones han sufrido mayores cambios? ¿Han tenido estas reformas repercusiones diferentes sobre hombres y mujeres en niveles comparables de estatus ocupacional, p.e., en políticas de incentivos y de educación continua? ¿Cómo han afectado las políticas de recursos humanos las relaciones entre profesiones de salud predominantemente "masculinas" y "femeninas" (p.e., entre medicina y enfermería)? Y retomando el tema de la interdependencia entre las esferas formal e informal de la atención, ¿En qué medida, las reducciones en la dotación de personal en los servicios están siendo compensadas con el trabajo no remunerado de promotores de salud comunitarios (frecuentemente mujeres) y/o de mujeres en el hogar?

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

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

El debate ha girado fundamentalmente alrededor del impacto de estas medidas sobre el acceso de los sectores populares a los servicios. La evidencia indica que el acceso y la utilización de servicios por parte de los grupos con menores recursos es afectada por las diferentes modalidades de pago. Es un hecho establecido, por ejemplo, que la mayor parte de los sistemas de aseguramiento en los países en desarrollo tienden a beneficiar desproporcionadamente a las clases medias urbanas y a ciertos grupos de trabajadores¹³. Sin embargo, pese a la constatación de algunas tendencias generales,

¹³ Standing, Hilary, 1997, Op. cit., p.12.

continúa prevaleciendo la escasez de estudios que identifiquen los grupos más afectados y evalúen el impacto diferencial de distintas modalidades de pago sobre estos grupos.

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

3.4.1 *Necesidades y gasto*

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

- a) En algunos países, debido a su potencial de embarazo, las mujeres en edad reproductiva tienen que pagar primas de aseguramiento más altas que los hombres de la misma edad; tal es el caso, por ejemplo, de Chile¹⁴.
- b) En estas mismas edades, el gasto en salud de las mujeres con frecuencia es considerablemente más alto que el de los hombres. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, las mujeres pagan en gasto de bolsillo para su salud 68% más que los hombres del mismo grupo de edad¹⁵.
- c) Los gastos en servicios de salud reproductiva representan un tercio de todos los gastos de salud de las mujeres en este grupo de edad. Estos gastos representan la mayor parte del diferencial por sexo en el gasto en salud, debido básicamente a los altos costos de los servicios obstétricos y al hecho de que, por el énfasis en lo curativo, los planes de seguros no siempre cubren los servicios de planificación familiar¹⁶ y otras medidas de naturaleza preventiva.
- d) Debido a su mayor longevidad, las mujeres sufren la mayor cuota de exclusiones en los seguros de salud por causa de enfermedades crónicas, situación que se evidencia en el ejemplo chileno¹⁷.

¹⁴ Ramírez, Apolonia, "Situación de la mujer trabajadora en el sistema ISAPRES". En: Fernández, Margarita (Ed), Economía y trabajo en Chile. Informe Annual No. 7, 1997-1998, Santiago, 1998.

¹⁵ Women's Research and Education Institute, Women's Health Care Costs and Experiences. Washington, D.C., 1994, p.2.

¹⁶ Women's Research and Education Institute, 1994, Op. cit. p.3.

¹⁷ Ramírez, Apolonia, 1998, Op. cit.

3.4.2 *Capacidad de pago y acceso a servicios*

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

- a) En razón de la primacía cultural asignada a los roles familiares, la mayoría de las mujeres (más del 50% en la Región) está fuera del mercado de trabajo y, cuando se encuentran empleadas, perciben menores salarios que los hombres (En las Américas el ingreso de las mujeres equivale, en promedio, a un 71% del ingreso de los hombres¹⁸.) Este hecho constituye una barrera para acceder directamente a seguros de salud y a coberturas amplias de servicios dentro de dichos planes.
- b) En respuesta a la presión de compatibilizar los roles domésticos y los laborales, las mujeres constituyen una proporción mayoritaria en los empleos de tiempo parcial (70%-90% a través del mundo occidental¹⁹) y en el sector informal de la economía, categorías ambas que usualmente no se encuentran cubiertas por la seguridad social y los seguros de salud.
- c) En condiciones de amplio acceso de la población a la atención de la salud, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres. Sin embargo, cuando las condiciones económicas restringen tal acceso, la relación entre sexo y utilización de servicios es menos clara. Por ejemplo, recientes encuestas de hogares de cinco países de la Región indican que, en caso de enfermedad, los pobres utilizan los servicios con menor frecuencia que los ricos y también que en los estratos pobres, particularmente dentro de sistemas privados de atención, las mujeres utilizan los servicios menos que los hombres.²⁰
- d) Los embarazos y la crianza de los hijos interrumpen la historia laboral de las mujeres, dificultando la acumulación del tiempo requerido para poder asegurar beneficios de jubilación y atención de la salud en el largo plazo. Tal dificultad puede verse acentuada por la frecuente disposición legal con respecto a una menor edad de retiro para las mujeres.

¹⁸ Banco Mundial, "Workers in an Integrating World—World Development Indicators" en World Development Report 1995, Washington, D.C., 1995.

¹⁹ The Economist, "A Survey of Women and Work", July 18, 1998

²⁰ Casas, J.A., "Economic, Social and Health Inequalities in Latin America and the Caribbean". Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Anual de FICOSSER, Instituto Nacional de Salud de México, Cuernavaca, México, 1998.

3.4.3 *Responsabilidad por la atención*

La responsabilidad cultural de las mujeres por la atención de la salud de los miembros de su familia no se restringe a la contribución en especie de su trabajo en el hogar. Cada vez más frecuentemente significa, también, egresos para cubrir la atención médica particularmente de sus hijos(as) y crecientemente de los padres ancianos. En este contexto es importante tener en cuenta que tal responsabilidad no se comparte en un importante número de casos ya que, por ejemplo, la proporción de hogares encabezados por mujeres supera ya el 30% e, incluso, el 40%, en los países latinoamericanos y del Caribe.

Algunas preguntas pertinentes desde la perspectiva de equidad de género serían, por tanto, las siguientes:

- a) ¿Ha desarrollado el gobierno marcos regulatorios que fijen normas para la provisión de servicios por parte del sector privado? ¿Se dirigen estas regulaciones a mejorar la equidad o a contrarrestar las inequidades existentes o potenciales en la provisión de servicios? ¿Abordan estos marcos, de manera explícita, las necesidades de salud de las mujeres y las inequidades de género en el acceso?
- b) ¿Cómo se financian los servicios de salud reproductiva—planificación familiar, atención prenatal, atención del parto, licencia materna, amamantamiento? ¿Sobre quiénes recae tal costo—sobre los gobiernos a través de mecanismos redistributivos de impuesto, sobre los empleadores, los donantes, otros actores, o sobre las mismas mujeres? ¿Qué servicios de salud reproductiva son excluidos o están total o parcialmente subsidiados en distintos tipos de planes de aseguramiento? En este contexto resulta de particular relevancia la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador, que fue modelada a partir de la experiencia de Bolivia.
- c) ¿En qué medida los distintos sistemas de financiamiento proporcionan acceso a servicios preventivos y contribuyen al logro de objetivos de salud pública? En este sentido es importante enfatizar que tal tipo de intervenciones son de especial relevancia para las mujeres, primero, en razón de sus necesidades particulares de planificación familiar, atención prenatal y detección de cáncer cérvico uterino, y, segundo, como se ha enfatizado a lo largo de este documento, son las mujeres quienes absorben la carga adicional del cuidado impuesto por enfermedades ambientalmente inducidas, como serían, por ejemplo, las diarreas infecciosas de los niños.

Valga destacar aquí la prioridad fundamental que representa el disponer de información lo suficientemente desglosada como para permitir la identificación de los

grupos más afectados y la medición y monitoreo de los impactos de distintos tipos de financiamiento de la atención.

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

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de RSS tiene tres aspectos fundamentales²¹: El primero es la generación de conocimiento sobre la situación de desigualdades de género en salud y su relación con las políticas de reforma en los niveles nacionales y subnacionales de la Región. El segundo es la abogacía política en apoyo de ciertas prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud. El tercero es la definición de mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse dentro del proceso de gestión de políticas.

El eje fundamental de la propuesta que aquí se presenta es el de creación, intercambio y utilización del conocimiento sobre género y RSS. Este énfasis se dirigirá a: 1) desarrollar análisis de situación que permitan identificar y medir inequidades de género relacionadas con la salud; 2) evaluar los efectos—actuales y potenciales—de las políticas de reforma sobre las inequidades sociales; y 3) identificar alternativas que puedan contribuir a reducir—en lugar de ampliar—las desigualdades existentes en la salud y el desarrollo humano.

En el momento actual la discusión sobre género y reforma se apoya en una base empírica fragmentaria y en estimaciones generales. La falta de una base informativa sólida que fundamente la formulación de políticas es particularmente evidente con respecto a la discusión sobre impacto de las reformas. Esta carencia no es prerrogativa de la dimensión de género, sino que se extiende a todo el tema de las desigualdades sociales. Sin embargo, en el caso de género esta dificultad se agudiza por la escasez de datos desagregados por sexo que predomina en el sector salud. Es importante resaltar, no obstante, que aunque el sector salud rutinariamente no obtiene ni publica información desagregada por sexo—excepto en el área de mortalidad—existe información relevante derivada de encuestas de hogares en un número importante de países de la Región. Esta información, actualmente subutilizada, permitiría medir y dar seguimiento en el tiempo a las desigualdades en salud, acceso y financiamiento de la atención.

La primera necesidad dentro de este contexto de generación de conocimiento es el desarrollo de indicadores (indicadores sensibles al género e indicadores de inequidad de

²¹ Standing, Hilary, Reflections on Gender and Health Reforms in the Context of Severe Health Inequalities. Trabajo presentado en la reunión del Grupo Consultivo sobre Equidad de Género y Reforma, Washington, D.C., OPS/HDW, Octubre, 1998.

género²²) e instrumentos de evaluación y monitoría. Algunos de estos indicadores serán aplicables regionalmente, otros serán contextualmente específicos. Paralelamente con tal desarrollo, se hace imprescindible estimular y apoyar investigación que documente el impacto diferencial de las reformas sobre distintos grupos sociales y sobre las mujeres y los hombres dentro de estos grupos.

La producción de información, aunque necesaria, no es suficiente para provocar cambios en las políticas. La utilización del conocimiento en la producción de tales cambios requiere de sensibilización en las esferas de decisión política y de robustecimiento técnico en los niveles de planificación, en relación con los temas y el análisis de género. Este componente de “capacitación” es esencial dentro del objetivo de apoyar técnicamente la función rectora del Estado en la definición de políticas y en la constitución de marcos regulatorios de la participación del sector privado. Tal vez, más importante aún que el apoyo a la definición de políticas de “arriba para abajo” es el fortalecimiento de las capacidades técnica y de abogacía en los grupos organizados de mujeres, a fin de que estas puedan demandar, influir y exigir rendición de cuentas por parte del Estado y el sector privado en relación con sus derechos en el ámbito de la salud.

El plan de trabajo que se presenta a continuación, busca enfrentar este conjunto de retos, apoyándose en dos estrategias básicas: la construcción de capacidad local para el análisis, evaluación y vigilancia de las políticas de RSS, y la articulación de acciones conjuntas intra- e interpaís que estimulen la producción y adaptación del conocimiento en esta materia. El componente de acción colaborativa entre países es particularmente importante dentro de este esfuerzo, en virtud de la oportunidad que ofrece para evaluar distintas alternativas políticas y la sinergia que genera el aprendizaje recíproco de éxitos y errores.

Los objetivos que persigue esta iniciativa son los siguientes:

- a) Desarrollo de indicadores e instrumentos para análisis situacional, identificación y medición de inequidades, y evaluación de los impactos de la RSS, desde una perspectiva de género;
- b) Apoyo técnico a entidades de gobierno para la aplicación del análisis de género a los procesos de definición de políticas;
- c) Coordinación de actividades multicéntricas de investigación relacionadas con el impacto de la RSS sobre la equidad de género;

²² Anand y Sen, Op. cit., 1995.

- d) Transmisión de información y conocimiento a los grupos interesados (“stakeholders”), a través de medios y formas que faciliten su utilización;
- e) Fortalecimiento de las capacidades organizacionales y de abogacía de los grupos de la sociedad civil que abogan por la equidad, con énfasis particular en los grupos locales y las redes internacionales de mujeres;
- f) Desarrollo pluralista y colaborativo de propuestas de acción en los niveles local, nacional y regional.

En una primera etapa, este programa de trabajo se cumpliría en el nivel regional y en un número reducido de países, posiblemente tres. Estos países se seleccionarían sobre la base de los siguientes criterios: desarrollo sostenido de procesos de RSS que permitan evaluar efectos, existencia de cooperación técnica de la OPS en el área de RSS, e interés de las autoridades nacionales en integrar la perspectiva de equidad de género dentro de los contenidos y procesos de reforma.

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

- Desarrollo de indicadores básicos y guías analíticas para identificar, medir y vigilar las inequidades asociadas con la RSS, asignando un énfasis sustantivo a las inequidades de género;
- Construcción de una sub-base de datos regionales sobre la salud de las mujeres y las diferencias por sexo en el ámbito de la salud;
- Articulación de actividades con otras unidades técnicas de la OPS que trabajan temas relacionados con inequidad y con RSS;
- Articulación de acciones con otras agencias internacionales a fin de complementar y reforzar líneas de trabajo comunes, y movilizar recursos financieros y técnicos para el logro de los objetivos propuestos;
- Diseminación de información utilizable para fines de abogacía y planificación;
- Coordinación técnica y logística de actividades multicéntricas;
- Facilitamiento del intercambio de conocimientos y experiencias entre países;
- Consolidación de resultados de investigación y recomendaciones para la acción;

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

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

5. Apoyo solicitado del Subcomité

Las recomendaciones que emanen del Subcomité en relación con este tema constituirán un referente de particular relevancia para avanzar en la búsqueda de la equidad a través de la introducción de criterios de género en la formulación, ejecución y vigilancia efectiva de las políticas de RSS que están siendo implementadas en la Región.

En consecuencia, se solicita al Subcomité que considere y respalde el contenido del presente documento, recomendando al Comité Ejecutivo que haga un llamado a los Estados Miembros a fin de que:

- a) Recopilen y publiquen estadísticas desagregadas por sexo, no solo en el área de mortalidad, sino también en las de morbilidad, coberturas y utilización de servicios, características de la fuerza laboral del sector salud y participación en la gestión comunitaria de salud.
- b) Integren la dimensión de género en los análisis situacionales, en el análisis de políticas, y en los instrumentos de monitoreo de la RSS.
- c) Incentiven la mejor utilización de la información existente y propicien la recolección de nueva información—p.e., módulos de salud en las encuestas de hogares—con el fin de monitorear los efectos diferenciales de la RSS y el acceso

- a la atención, de acuerdo con criterios de género, estrato socioeconómico, etnia, edad y región geográfica.
- d) Estimulen e incorporen la participación de las oficinas gubernamentales de asuntos de la mujer y representantes de los grupos organizados de mujeres en los procesos de formulación, ejecución y vigilancia de políticas.
 - e) Apoyen el rol del Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS en el cumplimiento de su responsabilidad de facilitar la operacionalización del mandato de equidad de género en los distintos niveles de gestión de las políticas de salud.