



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

MSD18/FR (Esp.)
9 febrero 1999
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Autoridades	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los temas	4
Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS llevadas a cabo en los niveles regional y de país	4
Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del Sector de la salud.....	8
Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencias en Chile y Ecuador	14
Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector de la salud en Centroamérica	18
Presentaciones por los Miembros del Subcomité sobre la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud en sus países	21
Otros asuntos	29
Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	29
Clausura de la sesión	33
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., los días 8 y 9 de febrero de 1999.

La sesión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes Miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo o nombrados por el Director en conformidad con los Términos de Referencia del Subcomité: Brasil, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica y Paraguay. También estuvieron presentes observadores por Canadá, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Uruguay y Puerto Rico.

Mesa Directiva

El Subcomité eligió a la siguiente mesa directiva:

<i>Presidenta:</i>	Dra. Carmen Frutos de Almada	Paraguay
<i>Vicepresidenta:</i>	Sra. Belkis Feliú Escalona	Cuba
<i>Relatora:</i>	Sra. Mary Lou Valdez	Estados Unidos de América

El Dr. George A. O. Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) actuó como Secretario ex officio, y la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) actuó como Secretaria Técnica.

Apertura de la sesión

El Director inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Expresó su satisfacción por la presencia de representantes de tantos países. Su presencia indicaba el interés y el entusiasmo de los Estados Miembros por el trabajo del Subcomité. Señaló que habían ocurrido varios cambios en el intervalo transcurrido desde la sesión anterior celebrada en 1997, particularmente el nombramiento de la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo como la nueva coordinadora del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW). En opinión del Director, la evolución del Programa a lo largo de los últimos cuatro años y su éxito en la movilización de recursos, tanto financieros como humanos, para ayudar a la causa de la equidad de género en el terreno de la salud, justificaban plenamente la decisión que había tomado en 1995 de hacer del HDW un programa regular de cooperación técnica dentro de la División de Salud y Desarrollo Humano. Los

acontecimientos de los cuatro años anteriores también habían fortalecido su convicción de que es en los asuntos de género donde las inequidades de salud se manifiestan de manera más flagrante y que, por consiguiente, esos temas deben ser una de las variables fundamentales consideradas en el análisis de la situación sanitaria.

El trabajo de los cuatro años anteriores también justificaba la insistencia de la Secretaría de que HDW fuese no solo un programa de salud de la mujer. En realidad, recalcó el Director, los temas de salud de la mujer no eran el centro de interés principal del Programa; más bien, éste se preocupaba de los problemas de salud de la mujer como manifestaciones de la inequidad por razón de sexo. Dado que la inequidad por razón de sexo era un tema social amplio, los intentos para abordarla debían incluir una amplia gama de participantes de ambos sexos. Por consiguiente, el Programa no podía centrarse exclusivamente en los temas de salud de la mujer. Otro ámbito fundamental de acción para el Programa— y para la Organización en su totalidad —era la reforma del sector de la salud y los esfuerzos para abordar las inequidades por razón de sexo en el marco de los procesos de reforma. El tema de la reforma del sector de la salud figuraría de manera prominente en los debates del Subcomité.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos MSD18/1 y MSD18/WP/1)

De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional, preparado por el Director, y un programa de reuniones.

Presentación y debate de los temas

Informe sobre las actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS llevadas a cabo en los niveles regional y de país (documento MSD18/3)

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) empezó por presentar un resumen de la situación de las mujeres y el estado de los problemas en relación con género, salud y desarrollo en la Región de las Américas. Observó que había buenos motivos para el optimismo porque los esfuerzos para mejorar la salud de la mujer y hacer resaltar las inquietudes de género en la esfera de la salud y el desarrollo humano habían sido sumamente exitosos. Se había observado un cambio marcado y ya no se consideraba a las mujeres como receptoras vulnerables y pasivas de los programas y proyectos destinados al empoderamiento de las mujeres y a aumentar su control de los factores internos y externos que afectan su salud. No obstante, las mujeres seguían padeciendo y muriendo de causas prevenibles más a menudo que los hombres, con frecuencia como resultado de factores que tiene que ver con el género, la clase social y el

origen étnico. Es más, el número de mujeres en situación de pobreza aumenta sin cesar y la mayoría de los pobres son mujeres —un fenómeno conocido como la feminización de la pobreza. En consecuencia, mucho queda por hacer para corregir las inequidades de género que conducen a las inequidades en materia de salud para las mujeres.

A continuación, la Dra. Velzeboer-Salcedo destacó las principales actividades del Programa durante 1997-1998 en las siguientes áreas:

Capacitar para una perspectiva de género: El manual de capacitación para una perspectiva de género se terminó durante 1997 y los funcionarios del Programa de HDW habían llevado a cabo seminarios de adiestramiento para el personal de la OPS y para el personal de los ministerios de salud, organizaciones internacionales y no gubernamentales (ONG) en 20 países. Más tarde, el personal así formado repitió los seminarios de adiestramiento en toda la Región.

Abordar la violencia de género: Hay proyectos en marcha para abordar la violencia de género en 10 países de la Región. En coordinación con las contrapartes nacionales en esos países, el Programa desarrolló un modelo para abordar la violencia doméstica contra las mujeres, que consta de una red multisectorial y comunitaria para detectar y prevenir la violencia doméstica contra las mujeres y dar apoyo a las que viven en situaciones violentas.

Promoción de la equidad de género en materia de salud: La promoción de la equidad de género es un mandato prioritario del Programa. Los funcionarios del programa hicieron numerosas exposiciones y se reunieron con encargados de formular las políticas y con donantes nacionales, regionales e internacionales para promover la atención a los asuntos de género y, especialmente, para poner de relieve la violencia en el hogar como un problema prioritario de salud pública. El Programa también siguió preconizando el desglose de los datos por sexo y la aplicación del análisis de los problemas de género como una forma clave de identificar las inequidades por razón de sexo, especialmente en el marco de los procesos de reforma del sector de la salud.

Promoción de la investigación sobre la equidad de género: En colaboración con la Comisión Interamericana de Mujeres, de la Organización de los Estados Americanos, el Programa analizó las diferencias en la mortalidad materna y femenina en los estados fronterizos de México y los Estados Unidos. Los resultados servirán para que los encargados de formular las políticas y las ONG conozcan las preocupaciones de salud, relacionadas con el género, propias de las mujeres de esa región fronteriza. La investigación que hace el Programa sobre la calidad de la atención, en marcha desde 1996, siguió generando información importante acerca de cómo influye el género en las interacciones de proveedor/paciente y calidad de la atención.

Incorporación de una perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva: De acuerdo con las plataformas de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), el Programa siguió promoviendo los programas de salud reproductiva relativos al género. Entre otras actividades, el HDW desarrolló una propuesta y obtuvo financiamiento para promover la participación de los hombres en la toma de decisiones acerca de la salud reproductiva mediante programas en siete países centroamericanos. En 1999, se lanzarán programas piloto e investigaciones operativa sobre el tema.

Ampliar el acceso a la información sobre género y salud: El Programa instaló recientemente una página en la Web [<http://www.paho.org/english/hdp/hdwmuje.htm>], en inglés, y [<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdwmuje.htm>] en español, que con el tiempo proporcionará acceso a todas sus publicaciones, así como a información sobre diversos proyectos e iniciativas del Programa, a bases de datos y grupos de discusión electrónica con información sobre asuntos pertinentes al género y la salud y con enlaces a sitios afines en Internet.

Fortalecimiento del intercambio técnico en la Región: El Programa prestó cooperación técnica a los Estados Miembros en el diseño, ejecución y vigilancia de proyectos, así como en la preparación de propuestas para los donantes y los proyectos. El establecimiento del primer centro colaborador de la OMS para la salud de la mujer en el Canadá en 1997, había mejorado la capacidad del Programa para cooperar de manera eficaz y eficiente con los países.

Velar por la equidad de género en la reforma del sector de la salud: La incorporación de una perspectiva de género y de la equidad de género en los procesos de reforma del sector de la salud fue uno de los aspectos principales del trabajo del Programa en 1997-1998 y constituyó el tema general de la 18.^a Reunión del Subcomité. Las inquietudes principales del Programa fueron mejorar el acceso a los servicios de salud, a los recursos y a la información; velar por la calidad de la atención; y hacer que los interesados directos participen en la toma de decisiones acerca de la reforma del sector de la salud. Entre otras actividades, el Programa está trabajando para desarrollar indicadores de equidad de género con miras a incluirlos en los indicadores que la OPS está utilizando para vigilar los procesos de reforma del sector salud. También había patrocinado una reunión de expertos y encargados de formular políticas encaminada a identificar los indicadores y las estrategias para incorporar la equidad de género en los procesos de reforma y en las políticas de la Región.

En el documento MSD18/3 se incluyeron otros detalles acerca de las actividades del Programa en cada una de estas áreas.

El Subcomité recibió con beneplácito los esfuerzos del Programa para llamar la atención sobre la violencia contra las mujeres como un tema de salud pública y sobre el modelo comunitario elaborado por el Programa para abordar la violencia doméstica. Diversos delegados comentaron los esfuerzos en marcha en sus países para tratar la violencia en el hogar; en varios casos, los materiales preparados por HDW se habían utilizado como guía para poner en práctica programas de prevención de la violencia contra las mujeres y ayudar a las víctimas. El Subcomité también elogió el progreso del Programa en la difusión electrónica de información, aunque se señaló que muchas comunidades de la Región todavía no tenían acceso a Internet. Varios delegados ofrecieron incluir enlaces a la página de HDW en la Web, en los sitios que sus gobiernos tienen en la Web dedicados a la salud de la mujer y sugirieron que la página del Programa incluyera enlaces a los sitios pertinentes tanto de dependencias gubernamentales como de ONG que trabajan en salud de la mujer y asuntos de género.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que garantizar la participación de las mujeres en los procesos de reforma sanitaria era crucial para rectificar las inequidades por razón de género y elogió al Programa por haber identificado la reforma del sector de la salud como área prioritaria para la acción. La Delegada de Cuba señaló que su país había incluido una perspectiva de género desde el principio de su proceso de reforma del sector de la salud, que había estado en marcha desde los años sesenta. Suministró versiones en inglés y en español de un documento sobre el plan de acción multisectorial nacional de su país formulado para dar seguimiento a las recomendaciones de la Conferencia de Beijing, que analizaba las brechas por razón de género y proponía maneras de abordarlas. La Delegada del Canadá anunció que en septiembre, o a principios de octubre, se celebraría en su país un simposio sobre la creación y adaptación de herramientas para los análisis por sexo y género.

Los delegados de México y los Estados Unidos expresaron particular interés en el estudio de la mortalidad entre mujeres de la región fronteriza entre sus dos países y solicitaron que el Programa siguiera manteniéndolos al tanto de los resultados del estudio para que la información pudiera difundirse entre los encargados de formular las políticas. Se hicieron varias preguntas relativas a la infraestructura del Programa para apoyar sus diversos proyectos y llevar a la práctica su mandato en toda la Región. Además, se pidió más información acerca de los indicadores que el Programa estaba elaborando y sobre la disponibilidad del informe de la reunión de expertos mencionada por la Dra. Velzeboer.

La Dra. Velzeboer-Salcedo agradeció a los delegados que habían ofrecido establecer enlaces entre sus sitios en la Web y el sitio del Programa, observando que HDW estaba canalizando una parte cada vez mayor de sus energías a la difusión de información a través de la World Wide Web, puesto que la comunicación electrónica es obviamente un fenómeno que está ocurriendo en todos los países. Sin embargo, el Programa seguiría publicando las versiones impresas de sus documentos para llegar a quienes carecen de acceso a la Web. Además, toda la información que se incluye en su sitio de la Web puede imprimirse y así compartirse con comunidades y poblaciones de los países que quizá no tengan conexiones de Internet. En cuanto al estudio de la población femenina en la frontera de México/Estados Unidos de América, señaló que el Programa estaba explorando la posibilidad de ampliar el estudio para incluir tanto morbilidad como mortalidad.

En respuesta a las preguntas en cuanto a los indicadores, la Dra. Velzeboer-Salcedo señaló que el proceso de elaborar indicadores apropiados para vigilar el progreso hacia la equidad de género estaba apenas comenzando. Entre otras actividades, el Programa se proponía contratar a un consultor que prepararía una guía para que los países la utilizaran al efectuar análisis de la situación de salud con una perspectiva de género. Dado que el Programa está consciente de que las necesidades y las características varían según el país, se prestaría atención para que la guía pudiera adaptarse a las condiciones especiales de los países individuales. Además, el Programa estaba estudiando la forma de que todos los interesados (ministerios de salud y otros ministerios, las organizaciones de mujeres, ONG, donantes) participaran en la toma de decisiones acerca de cómo utilizar los datos y la información obtenidos de los análisis de la situación sanitaria. Con respecto al informe y a la documentación de la reunión de expertos, dijo que esos materiales eran muy voluminosos y todavía no estaban listos para la distribución. El Programa esperaba ponerlos al alcance del público en su sitio de la Web dentro de tres meses.

En cuanto a la infraestructura del Programa, la Dra. Velzeboer-Salcedo explicó que, además de la Oficina Regional que funciona en la sede de la OPS, el Programa tenía una red de puntos focales en los países, que ampliaban la capacidad del Programa para prestar cooperación técnica en el ámbito nacional. Además, el Programa se apoyaba en las contrapartes nacionales que habían recibido la capacitación de género y en materia de salud y habían participado en poner en funcionamiento las redes comunitarias y nacionales para la prevención de la violencia doméstica.

El Director agregó que, si bien el Programa tenía relativamente poco personal, tenía mucha capacidad de trabajo. El informe de la Dra. Velzeboer-Salcedo reflejaba solo una fracción de las innumerables actividades del Programa. Además de sus propios proyectos y actividades programáticas, HDW trabajaba en estrecha colaboración con otros

programas de la OPS para asegurar la presencia de una perspectiva de género en todas las facetas de la labor de la Organización. Sin duda alguna, en el curso de la reunión los delegados se darían mejor cuenta de la amplitud del trabajo del Programa.

Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud (documento MSD18/4)

Intervinieron en la exposición de este tema el Dr. Pedro Crocco (Asesor sobre la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), el Dr. Cesar Vieira (Coordinador, Programa de Políticas Públicas y Salud) y la Dra. Elsa Gómez (Asesora Regional en Mujer, Salud y Desarrollo).

El Dr. Crocco expuso un resumen del trabajo de la OPS en el ámbito de la reforma del sector de la salud, en particular por medio de la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud, un esfuerzo de coordinación entre la Organización y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Empezó por examinar los antecedentes de la participación de la OPS en la reforma del sector de la salud. Entre los sucesos dignos de mención se contaban la primera Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, en la cual se había tratado la reforma del sector de la salud, luego de lo cual la OPS había estado encargada de vigilar y evaluar los planes y programas para la reforma del sector de la salud en los países de las Américas; además, la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, celebrada en la Sede de la OPS en septiembre de 1995 conjuntamente con el 38.º Consejo Directivo, que adoptó la Resolución CD38.R14. Mediante dicha resolución se solicitaba al Director “que continúe trabajando con los Estados Miembros y otros organismos en el diseño y desarrollo de un proceso para la vigilancia de la reforma del sector salud en las Américas”. En respuesta al mandato para la colaboración interinstitucional y para apoyar las iniciativas de reforma del sector de la salud en los países, la OPS y la USAID habían emprendido conversaciones con miras a determinar las áreas prioritarias para la cooperación regional en la reforma de salud. El resultado de esas conversaciones había sido la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud, lanzada en 1997.

La Iniciativa tenía tres áreas principales de acción: el desarrollo de herramientas y metodologías para vigilar los procesos de reforma sanitaria, la vigilancia y la evaluación de dichos procesos, y los intercambios de experiencias entre los países de la Región en materia de reforma sanitaria. El primer paso al vigilar y evaluar la reforma sanitaria había sido definir el concepto. Sobre la base de la definición acordada en la Reunión Especial, la reforma del sector de la salud se entendía como un proceso encaminado a introducir cambios sustantivos en la estructura y las funciones del sector con miras a aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la eficacia de sus acciones y, por ende, satisfacer las necesidades de la población en asuntos de salud. Los criterios

mediante los cuales la OPS proponía evaluar los procesos de reforma del sector de la salud eran equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. La reforma ideal sería aquella en la cual los cinco aspectos hubiesen mejorado al final del proceso.

El primer año de la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud se había dedicado mayormente a formular metodologías y a generar información sobre el proceso de reforma para ayudar a los responsables de la toma de decisiones. La metodología para la vigilancia y la evaluación de la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe se había desarrollado en colaboración con varias divisiones y programas de la OPS, entre ellos el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo. Los esfuerzos futuros se centrarían en el mejoramiento de la metodología, especialmente mediante la incorporación de una perspectiva de género. En el sitio de la Web de la OPS puede obtenerse más información sobre la Iniciativa y las actividades de la OPS en el área de la reforma del sector de la salud (<http://www.paho.org>).

El Dr. Vieira resumió las actividades del Programa sobre Políticas Públicas y Salud en cuanto a la reforma del sector de la salud. El principal centro de interés del Programa había sido aumentar la equidad mediante actividades en sus ámbitos de especialidad, a saber, políticas de salud, legislación y economía. En la esfera de desarrollo de políticas y promoción de la causa, su principal actividad era la de “Administrar la reforma del sector de la salud para la mitigación de la pobreza,” que tenía como finalidad determinar cómo las reformas del sector de la salud en el Caribe —especialmente las relacionadas con la descentralización y cambios en el financiamiento del sector de la salud— estaban afectando a la situación de los pobres en esa Región. Otro objetivo era identificar los puntos de referencia, los parámetros y las buenas prácticas para orientar los procesos de reforma y asegurar que las reformas introducidas no terminaran por exacerbar las situaciones que se proponían corregir.

El Programa también estaba promoviendo el debate de la reforma sanitaria en los cuerpos legislativos nacionales y subregionales (en el Parlamento latinoamericano, el Parlamento centroamericano y el Parlamento andino), y estaba prestando cooperación técnica para la redacción de las leyes marco y otra legislación en relación con la reforma del sector de la salud y financiación de la atención de la salud. En el área de la investigación y el análisis de la situación, el Programa había compilado varias bases de datos para suministrar a los encargados de la toma de decisiones la información acerca de temas relacionados con políticas, legislación y finanzas en el terreno de la salud. Se han emprendido diversos estudios, entre ellos un estudio pionero sobre las cuentas nacionales de salud, encaminado a generar datos exactos, confiables y comparables sobre el gasto de salud en los países. Se espera que ese proyecto produjera información importante sobre la asignación de los recursos de salud a los países. Otro estudio estaba examinando las inequidades en el estado de salud, el acceso a los servicios de salud, su utilización y el

financiamiento de la atención de la salud. Un grupo interprogramático sobre las inequidades de salud había elaborado recientemente una propuesta para un estudio nuevo sobre la relación entre las inequidades, la pobreza, el grupo étnico y el género.

El Programa estaba colaborando con HDW para incorporar una perspectiva de género en sus actividades en el área de la reforma de la atención de salud. Había participado en un taller reciente sobre políticas de salud y reforma, organizado por HDW, y los dos programas habían iniciado recientemente un estudio conjunto, con el Programa de Salud de la Familia y Población, el BID y el Banco Mundial. Ese estudio era similar al estudio ya mencionado sobre las inequidades en el estado de salud, uso y acceso a los servicios, y gastos en salud, pero centrado concretamente en la dimensión de género. El Programa estaba organizando una sesión especial de las comisiones sobre la salud y asuntos de la mujer del Parlamento Latinoamericano, programada para mayo de 1999, para tratar diversos temas en relación con la salud de la mujer, la violencia en el hogar, y la reforma de la atención de salud. Ese suceso marcaría la primera vez que las dos comisiones colaboran en inquietudes comunes relacionadas con el género.

La experiencia hasta ahora había indicado que había extraordinario potencial para el trabajo interprogramático en los temas relacionados con la equidad de género y la reforma del sector de la salud. El Programa sobre Política Públicas y Salud estaba comprometido con la colaboración constante con HDW para mejorar la situación de los grupos sociales de la Región que padecen las mayores inequidades en el estado de salud y en el acceso a los recursos y los servicios de salud.

La presentación de la Dra. Gómez se centró concretamente en la incorporación de una perspectiva de género en los procesos de reforma del sector de la salud. Empezó con un examen del mandato institucional de la OPS para el trabajo en esta área y esbozó el marco conceptual para el análisis de la equidad de género en la reforma del sector de la salud. Luego resumió las consecuencias de la reforma sanitaria para la equidad de género y los retos principales que se plantean a incorporar una perspectiva de género en los procesos de reforma sanitaria. Finalmente, esbozó las estrategias para llevar a la práctica las propuestas del documento MSD18/4.

Los elementos conceptuales en los que se apoya la propuesta presentada en el documento fueron género, equidad y participación social. Enfocar la reforma sanitaria desde una perspectiva de género significaba reconocer que las diferencias establecidas socialmente entre los hombres y las mujeres eran los factores determinantes fundamentales en el acceso desigual de las mujeres y en el poder de ellas sobre los servicios y los recursos de salud, tanto a nivel macro como al nivel micro de la familia y el individuo. Las distinciones de género también conducían a diferencias en la forma en que hombres y mujeres contribuían al desarrollo sanitario y se beneficiaban de él. Es más, debido a que el

trabajo de la mujer en el terreno de la salud solía no retribuirse, sus contribuciones no se reflejaban en las cuentas nacionales de salud. La equidad de género en materia de salud significaba reducir las diferencias innecesarias o injustas entre los hombres y las mujeres en función de su riesgo de enfermarse o sufrir muerte o discapacidad por causas prevenibles, así como en su acceso a los servicios de salud. También significaba que había que corregir las inequidades por razón de sexo, ya que las mujeres pagaban proporcionalmente más por la atención de salud y contribuían más al desarrollo sanitario, mientras que recibían menos recompensas y beneficios que los hombres. La participación social desempeñaba una función primordial en el logro de la equidad. Las mujeres deben ser participantes activas al establecer las prioridades y tomar decisiones acerca de los procesos de reforma sanitaria.

El hecho de asignar particular importancia a los problemas de la mujer en los debates sobre la equidad y la reforma sanitaria se debe a que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud debido a su función reproductiva y a su mayor longevidad, a que el número de mujeres pobres es desproporcionadamente mayor que el de hombres, y ellas se ven, en general, más afectadas que los hombres por los aumentos o las reducciones de los servicios públicos. Además, las mujeres se encuentran en desventaja dentro del sistema de salud, ya que ellas reciben los salarios más bajos en el sistema formal de salud; son las principales proveedoras de atención de la salud en la familia, pero no reciben remuneración por su trabajo; y están subrepresentadas en las estructuras de poder que establecen las prioridades y asignan los recursos para la salud.

Al aplicar una perspectiva de género al análisis de los procesos de reforma del sector de la salud, la pregunta básica que debe hacerse es si los cambios propuestos ayudarían a reducir o, por el contrario, exacerbarían las inequidades por razón de sexo existentes en el terreno de la salud, en la satisfacción de las necesidades y en el acceso a los servicios y recursos apropiados, en el pago y el financiamiento de los servicios, en el equilibrio entre las contribuciones al desarrollo sanitario y las recompensas o los beneficios recibidos, y en la participación en la toma de decisiones. Algunas medidas de reforma, como la descentralización y las políticas encaminadas a mejorar la eficiencia, quizá en realidad empeoren la situación de las mujeres al aumentar la cantidad de trabajo sin remunerar que se espera de ellas. De igual manera, las reformas en el financiamiento de la atención de salud y la definición de canastas básicas de servicios de salud quizá den lugar a una mayor carga financiera para las mujeres, ya que muchos esquemas de seguro y paquetes básicos o bien no los cubren o cobran más por los servicios de salud que las mujeres necesitan durante sus años de maternidad o en la vejez.

Para superar los retos que plantea la incorporación de una perspectiva de género en los procesos de reforma del sector de la salud, el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo propuso una serie de estrategias y actividades encaminadas a generar y difundir

información sobre las inequidades por razón de sexo y la repercusión potencial de las reformas de salud sobre esas inequidades, fortaleciendo la capacidad técnica de los gobiernos para aplicar el análisis de los problemas de género a la formulación de políticas de salud, abogando por reformas de salud que conducirían a mayor equidad entre los sexos, e incluirían a las mujeres en la toma de decisiones acerca de las reformas y las políticas de salud. El documento ofrece una descripción más detallada de las actividades propuestas y también contiene una lista de las recomendaciones sugeridas, las cuales se pedía al Subcomité que considerara para inclusión en sus recomendaciones al Comité Ejecutivo.

El Subcomité apoyó las estrategias y recomendaciones contenidas en el documento, especialmente las que guardan relación con el desglose de los datos por sexo, desarrollo de indicadores de equidad entre los sexos, reconocimiento del valor del trabajo de las mujeres en el sector de la salud y una mayor participación de las mujeres en la identificación de prioridades, la toma de decisiones y la formulación de políticas. Se recalcó que, además de desglosar los datos por sexo, era importante desagregar por raza y por grupo étnico, para comprender mejor los diferentes riesgos para la salud y las barreras al acceso vistos por diferentes grupos de mujeres. En cuanto a la participación de las mujeres, se señaló que era muy difícil transformar palabras en hechos concretos. La necesidad de aumentar la participación y el liderazgo de las mujeres en el sector de la salud se había debatido durante años, y todavía en muchos países se sigue excluyendo a las mujeres de las estructuras de poder a todos los niveles. Se instó a los países a que intercambiaran información sobre experiencias y estrategias exitosas para el logro de una participación significativa de las mujeres. Garantizar a las mujeres el derecho de igualdad de tratamiento y oportunidades en todas las esferas —mediante la promulgación y cumplimiento de disposiciones legales especiales— se consideraba como un medio importante de progresar hacia una mayor equidad entre los sexos, como era la de promover su participación como representante elegido a todos los niveles del gobierno.

Varios delegados señalaron que la reforma del sector de la salud estaba ocurriendo en el contexto más amplio del ajuste económico y la reforma del Estado. Muchas de las medidas que se estaban introduciendo, como por ejemplo, reducir el tamaño del gobierno y disminuir los servicios públicos para limitar los costos, haría hasta más difícil lograr equidad entre los sexos en los procesos de reforma de la salud. Por consiguiente, sería esencial seguir haciendo resaltar los efectos negativos que ciertas propuestas de reformas sanitarias quizá tengan sobre las mujeres. Por ejemplo, en muchos países, se estaban promoviendo diversas modalidades de atención de la salud domiciliaria para asegurar la atención para los que habían perdido su cobertura de salud como resultado de las reducciones de los servicios públicos. Sin embargo, es evidente que esto aumentaría la carga sobre las mujeres, ya que con mayor frecuencia ellas serían las proveedoras de tal atención, a menudo sin remuneración.

Con relación al desarrollo de indicadores y la valoración del trabajo de las mujeres en las cuentas nacionales de salud, se consideraba importante encontrar indicadores que relacionaran las esferas productiva y reproductiva, para reflejar la cantidad de trabajo sin pagar y el tiempo que las mujeres dedican a sus familias y a las tareas relacionadas con su función reproductiva. Finalmente, se subrayó la importancia de coordinar las actividades con otros organismos del sistema interamericano, especialmente la Comisión Interamericana de Mujeres. Se señaló que la Comisión estaba preocupada con muchos de los mismos temas planteados por el Subcomité, en especial la equidad entre los sexos, la igualdad de oportunidades y la participación de las mujeres en las estructuras de poder y la toma de decisiones.

La Dra. Gómez respondió que el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo estaba trabajando estrechamente con la Comisión Interamericana de Mujeres en varias áreas, en particular en el proyecto de investigación sobre la frontera México/Estados Unidos de América. Además, recientemente se habían celebrado varias reuniones con miras a integrar los esfuerzos de todos los organismos interamericanos que trabajaban en los temas de mujeres.

El Dr. Vieira estuvo de acuerdo en que, en el desglose de las cuentas nacionales de salud, era importante tratar de medir el valor del trabajo no remunerado realizado por las mujeres, en las esferas productiva y reproductiva, para obtener un cálculo más exacto del “producto interno bruto de salud” en los países de la Región. También indicó que proporcionaría al Subcomité los resultados de otro estudio conjunto emprendido por el HDW y el Programa sobre Políticas Públicas y Salud, que había olvidado mencionar durante su intervención. Ese estudio abordaba la legislación sobre salud, género y reforma en Centroamérica. El Dr. Crocco recalcó que la Organización siempre estaba abierta a las propuestas de los Estados Miembros en cuanto a los indicadores posibles que debían usarse al vigilar los procesos de reforma sanitaria, e instó a los delegados a comunicar cualquier sugerencia que pudieran tener.

Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencias en Chile y Ecuador (documentos MSD18/5 y MSD18/6)

Sobre este punto del programa se hicieron dos exposiciones. En la primera de ellas, la Sra. Verónica Báez Pollier (Directora, Área de Salud, Servicio Nacional de la Mujer, Chile), en seguimiento en una ponencia presentada ante el Subcomité en 1996, describió las repercusiones de la reforma de la atención de salud en Chile sobre las mujeres y la equidad entre los sexos, asignando particular importancia a las prácticas discriminatorias de las ISAPRE (instituciones de salud previsional), que son entidades privadas que brindan cobertura de atención de la salud para sus afiliados. Posteriormente,

la Dra. Lola Villaquirán (Directora Ejecutiva, Consejo Nacional de Mujeres, Ecuador) esbozó el proceso que había conducido a la adopción de una ley sobre atención de salud gratuita para la madre en el contexto de la reforma sanitaria en su país.

La Dra. Báez empezó su exposición con un resumen del sistema chileno de atención de salud, en el cual las ISAPRE funcionaban al lado de FONASA, que es la entidad de seguro de salud del sector público. Explicó que si bien las Fuerzas Armadas tenían sus propios servicios de atención de la salud, y una proporción pequeña de la población paga por los servicios de salud de su propio bolsillo, la mayoría de los chilenos estaban cubiertos ya sea por FONASA o por una ISAPRE. En los subsectores tanto el privado como el público, la atención de la salud se financia mediante deducciones obligatorias del sueldo que alcanzan a 7%. En teoría, los chilenos estaban en libertad de elegir a sus proveedores de asistencia sanitaria, ya que la Constitución del país les garantizaba esa libertad. No obstante, en la práctica, la libertad para escoger estaba limitada por ciertas prácticas discriminatorias de las ISAPRE. Las mujeres, en particular, salían perjudicadas por dichas prácticas.

Dado que los trabajadores de bajos ingresos no podían generar el mismo nivel de ingresos para las ISAPRE, no fueron bien recibidos en el sistema de ISAPRE. En vista de que las mujeres ganaban menos que los hombres (por término medio, 65% de la cantidad ganada por los hombres con adiestramiento y responsabilidades de trabajo similares), los ISAPRE trataron de excluirlas de la cobertura. Además, cobraban primas más altas (además de la deducción del sueldo del 7%) y los copagos por las mujeres en edad fecunda porque se preveía que ellas iban a requerir más atención para el embarazo, el parto y otras necesidades en asuntos de salud reproductiva. Los cobros mensuales para las mujeres entre las edades de 18 y 34 años eran a menudo el doble de la cantidad pagada por los hombres en el mismo grupo de edad, aunque las mujeres ganaban menos. Es más, las ISAPRE no daban cobertura para la atención preventiva y programas de promoción de la salud, como vacunación y programas de alimentación complementaria. Los afiliados a las ISAPRE recibían esos servicios gratuitos del sistema público, pero la ISAPRE no estaba obligada a reembolsar al gobierno por el costo de esos servicios y seguía cobrando la deducción del sueldo de 7% de sus afiliados que recibían servicios gratuitos. Las ISAPRE también se negaban a cubrir el costo de los períodos de licencia con sueldo prenatal y posnatal a los cuales todas las mujeres chilenas tenían derecho por ley. El Estado estaba obligado a sufragar esos costos, hasta para las mujeres que eran afiliadas de una ISAPRE. En consecuencia, las ISAPRE, que daban cobertura de seguro a los sectores de ingresos más altos de la población, estaban siendo subsidiados por el sistema de atención de salud pública, que se financiaba mediante deducciones de sueldos de los sectores de bajos ingresos de la población chilena y, por consiguiente, tenían menos recursos.

Uno de los abusos más flagrantes de las ISAPRE era que excluían a las personas que tuvieran trastornos preexistentes, lo que abarcaba hasta afecciones congénitas como el síndrome de Down. Como las nuevas investigaciones han revelado vínculos genéticos en algunas enfermedades, como el cáncer de mama, quizá estas también se consideren como trastornos preexistentes —una perspectiva particularmente preocupante para las mujeres.

Desde principios de los años noventa, SERNAM había venido trabajando para poner de relieve esas prácticas discriminatorias de las ISAPRE y generar cambios en ellas. El estudio y las recomendaciones esbozadas en el documento MSD18/5 formaban parte de ese esfuerzo. Sin embargo, los intentos por introducir reformas en el sistema de ISAPRE o reducir sus prácticas discriminatorias habían encontrado la oposición firme de los legisladores, que estaban influidos por poderosos intereses económicos. Por ser un organismo estatal dedicado a defender las políticas públicas que beneficiarían a las mujeres, el SERNAM sintió que tenía una responsabilidad frente a otros países de la Región en poner de relieve las desventajas claras de las ISAPRE para las mujeres. Los partidarios del sistema de ISAPRE señalaron reducciones notables de la mortalidad materna e infantil logradas en Chile desde el inicio del sistema y el modelo de ISAPRE se había mostrado como algo digno de emulación por otros países. No obstante, antes de adoptar un sistema similar como parte de sus esfuerzos de reforma sanitaria, el SERNAM instó a los países a que consideraran con sumo cuidado las inequidades por razón de sexo inherentes en las ISAPRE.

La Dra. Villaquirán describió el proceso interinstitucional mediante el cual se formuló y adoptó la Ley Reformatoria de Maternidad Gratuita de 1998 sobre la atención de salud gratuita para las madres, así como las perspectivas para velar por su plena aplicación en el futuro. La ley representaba una propuesta de un nuevo modelo de atención de la salud encaminada a mejorar el acceso a los servicios para las mujeres y los niños; a reducir la mortalidad materna; a garantizar la atención de salud reproductiva integral; diversificar los proveedores de servicios; lograr la participación de los servicios de salud, los gobiernos municipales y las organizaciones comunitarias en la gestión de los recursos; y fortalecer la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones y el control social de la calidad de los servicios.

La ley se fundamentaba en una ley existente sobre atención gratuita de salud para las madres, que había sido adoptada cuatro años antes pero que no se estaba aplicando. La ley disponía que toda mujer ecuatoriana tuviera el derecho a recibir en forma gratuita atención de salud, de alta calidad durante el embarazo, el parto y el período posparto así como acceso a los programas de salud sexual y reproductiva. También contemplaba la atención de la salud sin costo para los recién nacidos y los niños de menos de cinco años. El financiamiento para esta atención provendría de un impuesto especial sobre las bebidas

alcohólicas, las bebidas gaseosas y los cigarrillos y dinero de otras fuentes, así como inversiones de recursos internacionales de cooperación.

La ley se formuló mediante un proceso cooperativo que incluía diversas instituciones, entre ellas el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud, un proyecto del Banco Mundial para la modernización de los servicios de salud (MODERSA), la OPS y el Centro para la Paternidad Responsable (CEPAR), una organización no gubernamental. La Comisión de Salud del Congreso Nacional también participó en el proceso. Desde el principio, el CONAMU había trabajado para lograr que la ley contemplara un paquete básico pero a la vez integral de atención de la salud reproductiva para las mujeres y de atención para los recién nacidos y los niños menores de cinco años, de conformidad con la estrategia para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Además, había promovido la creación de comités de usuarias para institucionalizar la participación y el control social por las mujeres de los servicios y para fomentar mejor calidad de la atención. En condiciones ideales, esos grupos tendrían el poder de expedir certificados de satisfacción del usuario, lo que habría tenido el mismo peso que la acreditación por los organismos oficiales y habría sido un requisito para transferir fondos a los proveedores de

servicios. Lamentablemente, la última disposición no se incluía explícitamente en la ley pero todavía quedaba la posibilidad de que pudiera incorporarse en la formulación de los reglamentos para la aplicación de la ley.

El CONAMU también había contribuido a ejercer presiones políticas sobre los legisladores y asegurar la aprobación de la ley por el Congreso Nacional. La ley fue adoptada por el Congreso y firmada por el Presidente del Ecuador en agosto de 1998. No obstante, había que superar ciertas dificultades antes de que la ley pudiera llevarse a la práctica plenamente. En particular, era necesario determinar qué sector de la población tendría derecho a recibir atención en forma totalmente gratuita. La nueva Constitución del país, adoptada también en agosto de 1998, preveía que todos los programas y servicios de salud se prestarían en forma gratuita y que los servicios públicos de atención médica se darían en forma gratuita a las personas que los necesitaran. Sin embargo, no se habían definido los servicios exactos que se incluían bajo el título de “salud pública” ni se había fijado un umbral de ingresos para determinar quién recibiría servicios médicos gratuitos. El gobierno había establecido recientemente un bono especial de solidaridad para a las mujeres de bajos ingresos que satisficieran ciertos criterios (niños menos de 18 años de edad, ingresos por debajo de un cierto nivel). Posiblemente, quizás se apliquen los mismos criterios para determinar quién recibiría atención gratuita de acuerdo con la nueva ley.

La aplicación de la ley sobre servicios gratuitos de maternidad, como la ejecución de otras políticas públicas concebidas para beneficiar a las mujeres, había requerido un proceso difícil de negociación y de cambios en las normas, las leyes, los procedimientos y las actitudes. CONAMU se había comprometido a perseverar en ese proceso porque consideraba que la adopción y la aplicación de la ley constituían un avance fundamental para mejorar las condiciones de salud de las mujeres y facilitarles el pleno ejercicio de sus derechos.

En la discusión de este tema por el Subcomité, se expresó preocupación en lo referente al punto de los trastornos de salud preexistentes y a la posibilidad de que una predisposición genética para ciertas enfermedades como el cáncer de mama quizá se usara como justificación para excluir a las mujeres de la cobertura de atención de la salud. Se señaló que, aunque los individuos no se excluyeran debido a trastornos preexistentes, los aseguradores todavía podrían discriminar contra ellos al cobrar tasas o primas más altas. Se hicieron varias preguntas sobre los pasos futuros que se contemplaban para corregir las inequidades por razón de sexo en el sistema de las ISAPRE de Chile. También se señaló que todas las ponencias escuchadas por el Subcomité durante la reunión habían ilustrado la necesidad de elaborar indicadores diferentes de los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad para reflejar mejor las inequidades por razón de sexo y la discriminación que las mujeres experimentaban en el sistema de atención de salud.

La Dra. Báez señaló que el problema principal con las ISAPRE era la ausencia casi total de control de sus actividades. Aunque se habían formulado varias propuestas excelentes para corregir los problemas citados en su informe, la obtención del apoyo legislativo para ellas había resultado muy difícil, en parte porque las mujeres estaban escasamente representadas en el Congreso Nacional. Además, los intereses económicos y políticos obstaculizaban las reformas. Recalcó que el SERNAM no se oponía a la existencia de un sistema privado de atención de salud privado. Sin embargo, insistió en que tal sistema debía ser transparente y estar reglamentado. Durante los próximos dos años, SERNAM estaría trabajando para aumentar la conciencia entre las autoridades sanitarias y los encargados de formular las políticas en lo referente a la necesidad de reglamentar las prácticas discriminatorias de las ISAPRE. También se ocuparía de informar a los usuarios acerca de los servicios que podrían esperar recibir si se afiliaran a una ISAPRE, ya que a menudo los servicios que en realidad se prestaban no correspondían a lo que se había prometido.

En cuanto al desarrollo de indicadores, dijo que SERNAM había realizado varios estudios que habían revelado claramente la necesidad de indicadores que mostraran mejor la condición general de las mujeres. Sin embargo, como ya se había señalado, era esencial tener datos desagregados por sexo, sin los cuales no era posible el análisis de los problemas desde una perspectiva de género. Con esa finalidad, el SERNAM había

propuesto que la variable de género se incorporara en todo el sistema estadístico nacional en Chile.

Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector de la salud en Centroamérica (documento MSD18/7)

La Dra. Lea Guido (Coordinadora Subregional para Centroamérica, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) resumió el documento sobre este tema, que amplió la información presentada antes por la Dra. Velzeboer acerca de las actividades del HDW en cuanto a la violencia por razón de sexo. Abordar la violencia por razón de sexo en el marco de los procesos y programas de reforma del sector de la salud había sido uno de los principales centros de interés de la cooperación técnica del Programa en Centroamérica en los últimos años. Su trabajo se basaba en la definición de violencia contra la mujer aprobada en Beijing en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, que abarcaba muchas clases de violencia por razón de sexo. Entre todas aquellas formas de violencia, el HDW había asignado prioridad a la violencia doméstica matrimonial/conyugal porque ocurría en todo el ciclo de vida, pero afectaba principalmente a las mujeres en edad fecunda (15-49 años).

El Programa había empleado tres estrategias principales en su cooperación técnica: análisis de la situación sanitaria con una perspectiva de género, encaminado a aumentar la visibilidad de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública; aplicación del análisis de los problemas de género en la formulación de políticas públicas y generación de políticas específicas para abordar la violencia por razón de sexo; y desarrollo de un modelo para un enfoque integral a la violencia en el hogar en el marco de la reforma del sector de la salud. La tercera estrategia formaba el núcleo del trabajo del Programa en esta área. El enfoque era integral puesto que contemplaba la acción a tres niveles: a nivel macro, o a nivel de las políticas públicas y el sistema legal; el meso, o nivel sectorial, donde se formulan las normas para los diversos sectores; y el nivel micro, o municipal, donde se forman las redes y la comunidad participa en abordar la violencia por razón de sexo. Debajo de cada nivel, había cuatro líneas de acción: detección de la violencia por razón de sexo, prevención de la violencia, tratamiento de las víctimas y la promoción de comportamientos no violentos.

El documento contenía un cuadro que presentaba los objetivos, las estrategias, la población destinataria y los actores participantes para cada línea de acción a los diversos niveles. La cooperación técnica del HDW se había concentrado especialmente en la función del sector de la salud a nivel meso, ya que el sector de la salud tenía un papel esencial que desempeñar al formular políticas concretas de acción sobre la violencia, en el diseño de paquetes o cestas básicas de servicios, y en abordar la violencia como un

problema de salud pública que tiene repercusiones sobre las mujeres en todo su ciclo de vida.

Actualmente se estaba aplicando el modelo en los siete países centroamericanos. El documento esbozaba los principales logros a nivel subregional y de país. También recomendaba que el Subcomité afirmara la necesidad de incorporar el modelo para abordar la violencia doméstica en los procesos de reforma del sector de la salud y de ese modo promover el tamizaje y la detección temprana de las personas afectadas por la violencia en el hogar; identificar los factores conducentes al desarrollo de comportamientos violentos en los jóvenes, así como los factores protectores que hacían a los hombres y a las mujeres resistentes ante la violencia en el hogar; promover la no violencia y las actitudes no discriminatorias; institucionalizar normas y procedimientos estandarizados para vigilar y abordar la violencia en el hogar; desarrollar actividades para controlar los incidentes repetidos de comportamiento agresivo, en coordinación con otros sistemas estatales y educacionales, con funcionarios encargados de la aplicación de las leyes, y ONG; y elaborar indicadores que permitirían evaluar las intervenciones.

El Subcomité recalcó la necesidad de promover comportamientos no violentos y de examinar los factores sociales que conducían a la violencia en el hogar, que era la expresión más extrema de la discriminación contra las mujeres. Desde una perspectiva estratégica, un enfoque de promoción de la salud se veía como uno de los medios más eficaces de abordar las raíces del problema. También se señaló que la violencia en el hogar no se limitaba a la violencia de los hombres contra las mujeres, sino también a la violencia de las mujeres contra otras mujeres, ya que las mujeres maltratadas a menudo perpetúan el ciclo de la violencia al maltratar a sus hijas. El establecimiento de vinculaciones entre el sector de la salud y el sector de los servicios sociales se consideraba crucial, ya que los proveedores de asistencia sanitaria quizá se mostraran renuentes a examinar activamente y a detectar la violencia en el hogar, a menos que estuvieran en condiciones de referir a las víctimas a servicios sociales apropiados para recibir asistencia.

Varios delegados señalaron que la exposición de este tema, al igual que otras anteriores, había puesto de relieve la necesidad de contar con indicadores especiales que revelaran las inequidades relacionadas el género, así como de hacer de éste un tema transversal en todas las políticas públicas y procesos de reforma de salud. Para efectuar cualquier cambio real, la perspectiva de género debe integrarse en todos los proyectos, programas y actividades en el sector de la salud, en lugar de agregarse como un anexo o apéndice. Se creía que la OPS podría ayudar a los países en este sentido al asegurar que la perspectiva de género se incluyera en todas sus actividades y al llevar a cabo investigaciones de política y desarrollo de metodologías que ayudarían a los gobiernos a introducir los problemas de género como un tema generalizado en sus políticas, especialmente las que guardan relación con la reforma del sector de la salud. La

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (comúnmente conocida como la Convención de Belém do Pará) —adoptada en 1995 y desde entonces ratificada por unos 30 países en la Región— se citó como prueba de la voluntad política de los gobiernos para afrontar la violencia por razón de sexo. Dicha Convención suministraba un marco legal y conceptual para abordar el problema.

La Dra. Guido estuvo de acuerdo en que la Convención do Belém do Pará representaba un hito en el movimiento de equidad entre los sexos. Como resultado de la convención, la violencia contra las mujeres se había reconocido como un delito penal, lo que anteriormente no ocurría en muchos países. Sin embargo, ella no ha bastado para tener leyes que sancionen a los perpetradores de la violencia en el hogar y, tal como había señalado el Subcomité, era necesario adoptar un enfoque más amplio que también procurara desmontar los mecanismos y los conceptos sociales que conducen a tal violencia. Por ese motivo, HDW estaba recalcando la promoción de la salud y la no violencia en las relaciones familiares como un componente importante del modelo. El Programa también reconoció que la violencia en el hogar, al igual que otros problemas de salud pública como el alcoholismo y la infección por el VIH/SIDA, no podía abordarlos exclusivamente el sector de la salud. Por consiguiente, el modelo recalca el concepto de las redes y la coordinación interdisciplinaria e intersectorial. A su modo de ver, las tres estrategias que HDW estaba promoviendo en su cooperación técnica (análisis de la situación sanitaria con una perspectiva de género, políticas públicas relativas al género y un modelo integral) ofrecieron un medio excelente para incorporar la equidad entre los sexos como un tema transversal en el proceso de reforma sanitaria.

Presentaciones por los Miembros del Subcomité sobre la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud en sus países

Intervinieron también los delegados de Brasil, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Paraguay y los Estados Unidos de América. En cada caso, los conferencistas empezaron con información general acerca de sus países respectivos y sobre el contexto social, político y económico donde se realizan los esfuerzos de reforma del sector de la salud así como con datos sobre la salud y la situación social de las mujeres. Toda esta información está disponible en los materiales escritos distribuidos por los conferenciantes, que pueden solicitarse a la Secretaría de la OPS. Los resúmenes que se dan a continuación hacen hincapié concretamente en las principales características de la reforma del sector de la salud en cada país y sus repercusión sobre la salud de la mujer y la equidad entre los sexos.

Brasil

La Dra. Tania di Giacomo (Asesora Especial, Ministerio de Salud, Brasil) señaló que el proceso de reforma del sector de la salud en el Brasil estaba configurado por los esfuerzos para frenar la inflación y estabilizar la economía del país. Aunque aquellos esfuerzos habían sido en gran parte exitosos, habían dado lugar al aumento del desempleo, lo que había creado mayor demanda de los servicios públicos. Al mismo tiempo, sin embargo, el Estado se había visto obligado a reducir los gastos y por ende no había podido prestar muchos servicios sociales. El sector de la salud no había sufrido recortes presupuestarios tan drásticos como otros sectores, pero sí se había reducido su presupuesto. En consecuencia, la contención de costos y el aumento de la eficiencia se encontraba entre los objetivos principales de la reforma sanitaria.

Ante las limitaciones financieras, el sector de la salud se había visto obligado a reordenar y reducir sus prioridades. Algunos programas se eliminaron, pero la salud de la mujer siguió siendo una prioridad y la inversión en la prestación de servicios a las mujeres había aumentado, a pesar de los recortes presupuestarios. Se crearon programas nuevos o se mejoraron los existentes en áreas como el tamizaje de cáncer cervicouterino y servicios preventivos y de salud para las mujeres que habían sufrido violencia sexual. Una área en la cual no se habían realizado mejoras —principalmente por razones económicas— era la de planificación de la familia. Anteriormente, el financiamiento para la adquisición de anticonceptivos había provenido principalmente de los organismos internacionales, pero ese financiamiento se había reducido. Además, el país había sancionado una ley que hacía responsable al Estado del suministro de los anticonceptivos. Irónicamente, esa ley había dado lugar a una disminución de la oferta de anticonceptivos, ya que no se había previsto ningún nuevo financiamiento para permitir a los funcionarios de salud en los estados y los municipios que los adquirieran.

La reforma sanitaria había producido algunos beneficios obvios para las mujeres, ya que la salud de la mujer se había definido como una prioridad y el gasto en esa área había aumentado. No obstante, el mismo hecho de que la salud de la mujer se había identificado como una prioridad también había producido repercusiones negativas para las mujeres. Para aumentar el financiamiento destinado a la salud de la mujer, había sido necesario eliminar otros programas y servicios, en especial la asistencia institucional para los discapacitados y los que tienen problemas de salud mental y había habido un cambio notable hacia la asistencia domiciliaria. Como resultado, las mujeres estaban dedicando considerablemente más tiempo y energía a la atención de familiares ancianos y enfermos en el hogar. Todavía no estaba claro si, en conjunto, los esfuerzos de reforma sanitaria hasta ahora habían mejorado la vida de las mujeres o habían exacerbado las inequidades por razón de sexo que ellas enfrentaban.

La Dra. Xinia Carvajal Salazar (Viceministra de Salud Pública, de Costa Rica) dijo que si bien el proceso de reforma sanitaria había estado en marcha en Costa Rica durante unos 10 años, la ejecución real de las actividades había empezado apenas unos 6 años antes. El modelo de atención de la salud revisado se basaba en los principios de la cobertura universal, la atención integral, la equidad en el acceso, la solidaridad en el financiamiento y la participación amplia por todas las fuerzas sociales. La salud se consideraba un producto social. El país había concebido una canasta integral de servicios básicos, en los cuales se había hecho un intento para incorporar los componentes que respondían a las necesidades concretas de las mujeres. Esos intentos no habían sido completamente exitosos, pero el paquete al menos incluía servicios para las víctimas de la violencia en el hogar y servicios de salud ocupacionales orientados hacia las mujeres.

Dentro del Ministerio de Salud Pública, se había decidido que la mejor manera de incorporar una perspectiva de género en los procesos de reforma sanitaria era mediante un enfoque transversal. En consecuencia, en lugar de crear una oficina especial dedicada al género y la salud de la mujer, el Ministerio había formado un grupo de consulta que constaba de las personas que se ocupaban activamente de la aplicación de la perspectiva de género en una amplia gama de disciplinas y sectores.

Un análisis de los componentes de la reforma sanitaria y del modelo de atención de la salud revisado desde las perspectivas de clase social, grupo étnico, y, en particular, género había revelado lo siguiente:

- la canasta de los servicios realmente no tenía en cuenta las especificidades de género, y hacía hincapié principalmente en los aspectos biológicos;
- no estaba aplicándose una perspectiva en el análisis de la situación sanitaria ni en la prestación de los servicios, lo que se debía en parte a la falta de socialización en materia de género de los trabajadores de atención de la salud;
- el modelo no estaba orientado hacia la prestación de atención integral, relativa al género;
- la participación de las mujeres en el sector de la salud estaba concentrada principalmente en la ejecución de los programas, especialmente los programas en relación con su función reproductiva; ellas tenían poca participación en la toma de decisiones o el liderazgo;
- aunque las mujeres constituían una proporción más gran de los trabajadores de atención de la salud, las posiciones de gestión seguían ocupándolas principalmente los médicos;

- los profesionales de asistencia sanitaria siguieron ganando más que sus contrapartes femeninas;
- el sistema para el adiestramiento de recursos humanos y el mercado de trabajo para los trabajadores de atención de la salud favorecían el acceso de los hombres a los puestos de gestión y limitaba las posibilidades de acceso de las mujeres al avance profesional; en algunos casos, esa discriminación estaba directamente vinculada a la función reproductiva de las mujeres.

En consecuencia, mucho quedaba por hacer para lograr la equidad entre los sexos para las mujeres. Como se había señalado reiteradamente durante los debates en el Subcomité, era esencial desarrollar indicadores concretos que harían las inequidades por razón de sexo visibles e integrar la perspectiva de género en todos los aspectos de la reforma de salud.

Cuba

La Sra. Belkis Feliú Escalona (Directora Nacional de Enfermería, Ministerio de Salud, Cuba) señaló que la Constitución Cubana establecía que todos los ciudadanos tenían el derecho a la atención y protección de su salud y establecieron que el Estado garantizaría ese derecho. De acuerdo con esos preceptos, el Estado había creado el Sistema Nacional de Salud, que brindaba cobertura universal en forma gratuita. Todo los cubanos, hombres y mujeres, independientemente de la edad y el estado socioeconómico o laboral, tenía acceso igual a los servicios de salud.

Según se mencionaba antes, la reforma sanitaria había sido un proceso en curso desde los años sesenta y se orientaba a mejorar todavía más la cobertura, la accesibilidad, la equidad y la calidad, para satisfacer las exigencias y las necesidades de la población, a la vez que se buscaba la eficiencia dentro del sector. La perspectiva de género se estaba incorporando en los procesos de reforma mediante un enfoque multisectorial en el cual las mujeres habían desempeñado una función primordial. La Federación Cubana de Mujeres había contribuido a formular políticas destinadas a permitir a las mujeres que ejercieran plenamente sus derechos en todas las esferas, lo que había fomentado su participación directa en la formulación de leyes en relación con las mujeres y las necesidades específicas de quienes fuesen jefas de familia, las que tuvieran discapacidades físicas, las madres solteras y otros grupos de mujeres. El gobierno cubano había manifestado su apoyo a la eliminación de toda forma de discriminación por razón de sexo mediante la ejecución del plan de acción nacional en seguimiento de la Conferencia de Beijing.

El país había elaborado un plan de atención integral para las mujeres, que incluía actividades de promoción de la salud así como servicios preventivos, curativos y rehabilitadores para las mujeres a lo largo de toda la vida. Ese plan fue complementado por un programa integral de salud maternoinfantil. Había también un programa educacional encaminado a prevenir y tratar las enfermedades de transmisión sexual, a promover la responsabilidad compartida en la vida sexual y familiar y a reducir los embarazos no deseados y los abortos. No obstante, había todavía algunas brechas en la satisfacción de necesidades propias de las mujeres en el terreno de la salud y en garantizar su participación en la toma de decisiones a los más alto niveles del sector de la salud. Por consiguiente, se hacía necesario examinar críticamente las políticas de salud existentes con miras a asegurar la incorporación de una perspectiva de género en los programas de salud, promoviendo la investigación en salud que conduciría a una mejor atención para las mujeres, y alentaría el desarrollo de nuevas políticas que facilitarían su acceso a cargos de gestión.

En cuanto a las repercusiones de aspectos concretos de la reforma del sector de la salud sobre la equidad de género, debido a la tendencia hacia la descentralización había ocurrido un cambio de la prestación de servicios en instituciones y se había pasado a la atención en el hogar. Sin embargo, había servicios de apoyo y recursos de las comunidades para reducir la carga que tal atención imponía sobre las mujeres y permitirles mantener su trabajo fuera del hogar. Aunque se habían adoptado ciertas medidas para aumentar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, estas de ninguna manera afectaban el acceso de las mujeres u otro grupo a los servicios.

Jamaica

La Sra. Margaret Lewis (Directora de la Unidad de Planificación y de Evaluación, Ministerio de Salud, Jamaica) dijo que la integración de una perspectiva de género en el desarrollo social y económico era una meta importante de las políticas del gobierno jamaicano. Esa integración había comenzado en varios sectores, entre ellos el de la salud. Para ello se estaba probando un sistema piloto de gestión de las cuestiones de género para el sector de la salud con miras a incorporar la planificación y la gestión con una perspectiva de género en el sector de la salud. La Sra. Lewis añadió que el sistema en cuestión reconocía las diferencias en las necesidades de las mujeres y los hombres y por ende, procuraba implantar mecanismos en el sistema de salud que abordaran equitativamente esas diferencias.

Históricamente, el sector de la salud se había centrado en los aspectos biológicos de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, y había puesto de relieve la función reproductiva de las mujeres. En consecuencia, se habían descuidado un poco las necesidades en asuntos de salud reproductiva de los hombres. El Programa de Salud de la

Familia introducido recientemente contemplaba un enfoque más integral a la atención de salud tanto para los hombres como las mujeres, según el cual los hombres se consideraban como posibles aliados para llevar a la práctica los programas de salud reproductiva, especialmente con relación a disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, en especial la infección por el VIH/SIDA; la participación en la planificación de la familia y la prevención de embarazos no deseados; la promoción de la maternidad sin riesgos, atención y desarrollo de los niños; y reducción del abuso y la violencia contra las mujeres.

Varios aspectos concretos del proceso de reforma sanitaria, entre ellos, la descentralización, reorganización de los servicios y financiamiento de la atención de salud, no habían tenido un impacto significativo sobre el acceso de las mujeres a la asistencia ni sobre la calidad de la atención prestada. Sin embargo, a la vez que se siguen buscando formas de contener los costos, es necesario planificar cuidadosamente para asegurar que algunos aspectos de la atención no recaigan sobre miembros de la familia o la comunidad (principalmente sobre las mujeres). En cuanto a la participación de las mujeres en el sector de la salud, ellas siguen estando subrepresentadas en las estructuras de toma de decisiones a alto nivel, aunque participaban a nivel de la gerencia media. La fuerza laboral femenina predomina en el sector de la salud, y las mujeres se encuentran en el centro de los servicios de salud formales e informales, en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de los enfermos.

Los esfuerzos futuros se centrarían en aumentar la recopilación y la disponibilidad de datos relativos al género en organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales, en mejorar la exactitud del registro y notificación de los datos de salud, en vigilar indicadores específicos para la integración de la perspectiva de género y la igualdad de género a nivel nacional y sensibilizar a todos los sectores de la población acerca de los roles y las cuestiones de género con miras a favorecer la integración y la equidad de género en todas las esferas de la vida.

Paraguay

La Dra. Carmen Frutos de Almada (Ministra de Salud, Paraguay) observó que los factores que contribuían a la exclusión social y a la inequidad en su país incluían no solo el sexo, sino también la edad, el nivel educacional, la ubicación geográfica, y el grupo étnico y el idioma. En las zonas rurales, especialmente, una gran parte de la población es indígena y habla solo guaraní.

El marco legal para los esfuerzos por lograr la equidad entre los sexos en los procesos de reforma del sector de la salud lo aporta la Constitución, el Código de Salud, la ley que establece el Sistema Nacional de Salud y diversas leyes antidiscriminatorias.

El Plan Nacional de Oportunidades para 1997-2001 establecía las políticas sobre igualdad de oportunidades que ayudarían a modificar los mecanismos que condujeron a la discriminación contra las mujeres en diversas esferas, incluida la salud. La política integral de salud de la mujer, formulada en 1998, tenía como propósito el mejoramiento del acceso de las mujeres a los servicios de salud y la calidad de la atención, el fortalecimiento de los programas preventivos, disminución de la mortalidad, respeto de los derechos sexuales y reproductivos, salud ocupacional relativa al género, la promoción de una perspectiva de género en el adiestramiento de recursos humanos y difusión de información acerca de salud de la mujer. La política también preveía la participación de las mujeres en calidad de usuarias en los programas de salud reproductiva al nivel de la comunidad, lo que marcaba un paso pequeño pero significativo hacia el logro de mayor equidad entre los sexos.

Aunque el proceso de reforma del sector de la salud es todavía incipiente en el Paraguay, se estaban prosiguiendo varias líneas de acción importantes encaminadas a aumentar la equidad entre los sexos y mejorar la calidad de vida para las mujeres, de conformidad con el plan de salud para 1998-2003. Estas líneas de acción incluían mejoramiento de la calidad técnica y humana de la atención; la puesta en práctica de la iniciativa de maternidad sin riesgo y atención de salud maternoinfantil gratuita; la atención a las enfermedades prevalentes y a los problemas de salud prioritarios de las mujeres; la puesta en práctica de un plan en los servicios de salud destinado a la prevención y el tratamiento de la violencia en el hogar; extensión de la cobertura de los servicios y reducción de las barreras para utilizarlo, lo que incluía el ajuste de las horas de funcionamiento de los servicios de salud; y mayor cobertura de los servicios de saneamiento básico y agua potable.

En cuanto a los efectos que tienen las medidas concretas de reforma del sector de la salud sobre las mujeres y la equidad entre los sexos, el proceso de descentralización, iniciado en 1998, había exacerbado las brechas en la equidad debido a las luchas de poder y a la competencia por los recursos. Los criterios de equidad no se estaban aplicando en la distribución de los fondos presupuestarios y, en consecuencia, las poblaciones marginadas tenían aun menos acceso a los servicios. Se estaba revisando la ley sobre la descentralización con miras a evitar que se agravaran los problemas. El costo creciente de los servicios de salud había conducido a una transferencia de la atención de la salud al entorno domiciliario, lo que aumentaba el volumen de trabajo de las mujeres. Al igual que en otros países, las mujeres participaban principalmente en la prestación de servicios y ejecución de actividades, pero tenían poco poder de toma de decisiones al nivel de la comunidad. Esto era especialmente cierto en el caso de las mujeres indígenas, en parte debido al predominio de los hombres y a la subordinación total de la mujer al hombre en la cultura guaraní. Sin embargo, las mujeres estaban bien representadas en puestos de autoridad dentro del Ministerio de Salud.

Estados Unidos de América

La Dra. Susan Wood (Directora Adjunta, Oficina de Salud de Mujer, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Estados Unidos de América) empezó por explicar que el sistema de atención de salud en los Estados Unidos era principalmente un sistema privado, aunque existían programas públicos para prestar atención de salud a los pobres, a quienes sufren de discapacidades prolongadas y a las personas mayores de 65 años. Una proporción significativa de la población, especialmente la población femenina, no estaba asegurada y por consiguiente tenía acceso limitado a la asistencia. Las mujeres pobres tenían 3,5 veces más probabilidad de carecer de seguro de salud que las mujeres no pobres y la pobreza era más común entre las mujeres que entre los hombres. Las mujeres hispanas y negras tenían dos veces más probabilidades que las mujeres blancas o asiáticas de ser pobres. Las mujeres también tenían menos probabilidades que los hombres de tener seguro de salud por medio de sus empleadores y era difícil para ellas costear un seguro privado por cuenta propia. Por consiguiente, era más probable que ellas dependieran de la cobertura financiada por fondos públicos, que no proporcionaba las mismas opciones o variedad en los servicios que ofrecían muchos planes privados de seguro de salud.

La ampliación de la cobertura de seguro se veía como crítica para mejorar el acceso de mujeres a los servicios y a la protección en el sistema de atención de salud. Algunas leyes aprobadas recientemente habían asegurado que las personas pudieran retener su cobertura de seguro aunque cambiaran de trabajo o quedaran desempleadas, y se había prohibido a las aseguradoras negar la cobertura alegando que se trataba de alguna enfermedad preexistente. Sin embargo, esto no les había impedido que aumentaran las primas hasta tal punto que la cobertura se había vuelto inasequible para muchos.

En respuesta a los problemas del acceso, así como de los costos de atención de la salud que aumentan aceleradamente, una propuesta de reformas sanitarias generalizadas en gran escala, se había presentado a comienzos de los años noventa, pero no había sido aprobada por el Congreso de los Estados Unidos. Por el contrario, la reforma de salud se estaba enfocando incrementalmente mediante la promulgación de disposiciones legales separadas que abordaban temas concretos. Un ejemplo de esto era una ley reciente que ordenaba una estadía mínima en el hospital para las mujeres que habían tenido una mastectomía. Hay una tendencia creciente hacia la “atención regulada,” un sistema según el cual los proveedores de asistencia sanitaria se organizan en grupos o redes con la intención de controlar los costos y la calidad y manejar el acceso a la atención de la salud. La atención regulada tenía potencial para mejorar la atención de la salud para las mujeres, especialmente porque asigna mucha importancia a los exámenes de detección y otros servicios preventivos; sin embargo, también tenía potencial para restringir su acceso a la atención apropiada. El país tenía varias iniciativas de calidad encaminadas a asegurar la

calidad de la atención de la salud y una mayor satisfacción de los usuarios. Recientemente se había propuesto una declaración de los derechos de los pacientes que incluía varias disposiciones que estaban particularmente relacionadas con las mujeres. También había iniciativas en marcha para aumentar la enseñanza y la investigación sobre la salud de la mujer. Además, la Secretaría de Salud había hecho de la mejora de la salud de la mujer una prioridad especial dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales.

En los debates realizados en el seno del Subcomité de las diferentes exposiciones, se reiteró la necesidad de contar con datos desglosados por sexo, con indicadores relativos al género, análisis de la situación sanitaria desde una perspectiva de género y la incorporación del género como un tema transversal. Se recalcó que estos asuntos debían estar incluidos entre las recomendaciones que el Subcomité estaría presentando al Comité Ejecutivo. También se recalcó que los esfuerzos para aumentar la toma de conciencia del público sobre los temas en relación con la equidad entre los sexos deberían continuar en toda la Región. Los talleres sobre género y salud preparados por el HDW se consideraban como un buen vehículo para esa finalidad.

El Subcomité señaló que otro tema recurrente de los debates durante la reunión había sido la pesada carga impuesta sobre las mujeres debido a las múltiples funciones que debían desempeñar como amas de casa, madres, empleadas y cada vez más, proveedoras de atención de salud en el hogar. Un delegado mencionó un estudio que había encontrado que las mujeres mencionaban el estrés como su preocupación de salud número uno. En este sentido, se subrayó la necesidad de asegurar que los servicios de salud mental estuvieran incluidos en los paquetes básicos de atención de la salud.

Varios delegados observaron que el logro de la equidad de género también significaba tener en consideración las necesidades especiales de los hombres y abordar los problemas que hacían que los hombres murieran antes que las mujeres. La violencia, en particular, se citaba como una causa grave de morbilidad y mortalidad prematura entre los hombres de muchos países.

Se señaló que, debido a que los roles sociales de las mujeres habían cambiado y ellas se habían vuelto más activas en esferas tradicionalmente dominadas por los hombres, quizá tuvieran tendencia a adquirir hábitos como el consumo de tabaco, que anteriormente había sido más común entre los hombres. Varios delegados expresaron inquietud por el aumento del tabaquismo entre las mujeres y las niñas. Es más, cada vez era más común que las campañas de mercadeo de las empresas tabacaleras se dirigieran a las mujeres, especialmente en los países en desarrollo. Considerando estas inquietudes, se sugirió que el Subcomité debería recomendar la incorporación de una perspectiva de género en la convención regional propuesta sobre la lucha antitabáquica.

Finalmente, se señaló que la reunión del Subcomité había reunido a un grupo extraordinariamente talentoso de profesionales de la salud, a quienes correspondía el mérito de lo fructífero de los debates. Es más, los delegados eran personas en posiciones de autoridad que podría tener una influencia real al promover un programa de salud de la mujer y generar mayor equidad entre los sexos en sus países. Para seguir fomentando el intercambio entre los líderes en el ámbito de la salud de la mujer y la equidad entre los sexos, se proponía que se establecieran o fortalecieran las redes para el intercambio de ideas e información.

Otros asuntos

Se señaló que la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, se reuniría en Nueva York a principios de marzo de 1999 y abordaría muchos temas en relación con la salud. Se sugirió que los Estados Miembros quizá desearan aprovechar ese suceso sumamente visible para proponer algunas recomendaciones que reflejaran las inquietudes comunes expresadas durante la reunión del Subcomité con relación a la reforma sanitaria, la violencia, la integración de una perspectiva de género en las políticas de salud y otros temas.

Se hicieron varias sugerencias con respecto a posibles temas a ser tratados en la 19.^a Reunión del Subcomité. Entre ellos: indicadores de equidad entre los sexos y los instrumentos y las metodologías para el análisis de la situación sanitaria con respecto al género, violencia contra las mujeres y el avance hacia la incorporación de la prevención de la violencia en los esfuerzos de reforma del sector de la salud, el consumo de tabaco entre las mujeres e incorporación de una perspectiva de género en las iniciativas de lucha antitabáquica, el embarazo de adolescentes y seguimiento de las recomendaciones y la Plataforma de Acción de la conferencia de Beijing, la conferencia de El Cairo, y otras reuniones internacionales en las cuales se han abordado los temas de la mujer.

Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Subcomité presentó las siguientes recomendaciones al Director para la consideración por el Comité Ejecutivo.

La 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo,

Consciente de que

Distintas formas de discriminación son generadas o exacerbadas por los procesos de reforma del sector salud (RSS) y que la OPS debe ejercer un rol crítico trabajando con

los Estados Miembros para hacer frente a los desafíos que plantea la búsqueda de la equidad de género y el perfeccionamiento de las políticas y procesos de reforma;

Que estos desafíos incluyen: la disponibilidad de información de mejor calidad y con desglose por sexo; la instrumentación de sistemas de vigilancia para dar seguimiento y evaluar el impacto de la RSS; el fortalecimiento de alianzas que incluyan otras agencias de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, bancos de desarrollo e instituciones financieras, ministerios nacionales y sociedad civil; la identificación y superación de barreras que impiden el progreso hacia el logro de objetivos de equidad; el establecimiento y/o fortalecimiento de redes y canales efectivos de información y comunicación; el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los Gobiernos en las Conferencias Internacionales de Beijing, Cairo, Copenhague y Belem do Pará,

Recomienda,

Que en su capacidad de órgano asesor del Comité Ejecutivo, y después de tomar conocimiento del Informe del Subcomité, haga suyas las recomendaciones siguientes:

Que los Estados Miembros

- capten y hagan disponibles estadísticas de salud desagregadas por sexo en las áreas de mortalidad, morbilidad, coberturas y utilización de servicios, y situación de los recursos humanos en salud;
- definan, con la participación de representantes del sector público, las oficinas nacionales de la mujer, y los grupos de la sociedad civil que aboguen por la equidad de género, un conjunto de indicadores básicos para realizar un análisis de situación y dar seguimiento a los efectos de la RSS sobre las inequidades de género;
- desarrollen el análisis de situación (nacional y local) y conduzcan la vigilancia de la RSS, también con la participación de representantes del sector público, las oficinas nacionales de la mujer, y los grupos de la sociedad civil que aboguen por la equidad de género;
- incentiven investigación con enfoque de género, en relación con los impactos de la RSS sobre distintos grupos socioeconómicos, geográficos, étnicos y etarios;
- amplíen el ámbito de las reformas de salud para incluir una dimensión de promoción de la salud que genere una cultura no discriminatoria;

- aborden explícitamente, dentro de los marcos regulatorios de la provisión de servicios por parte del sector privado, las necesidades de salud reproductiva de las mujeres y las inequidades de género en el acceso;
- garanticen que el contenido de los paquetes básicos de servicios responda a las necesidades prioritarias de las mujeres y enfatizan, como derecho básico, la inclusión de servicios de planificación familiar y emergencias obstétricas y la incorporación de servicios relacionados con violencia doméstica;
- Articulen en los distintos niveles de atención, y en coordinación con otros servicios sociales, actividades de prevención, detección y atención de la violencia doméstica y el abuso sexual en contra de las mujeres.
- proporcionen acceso gratuito a servicios preventivos, tales como inmunización, control de crecimiento, anticoncepción, atención prenatal, detección del cáncer cérvico-uterino, y prevención de enfermedades de transmisión sexual y la infección con VIH;
- contemplen medidas redistributivas del costo de los servicios de salud reproductiva (planificación familiar, atención prenatal, atención del parto, descanso materno, amamantamiento), de manera que no recaiga exclusivamente sobre las mujeres;
- extiendan coberturas de servicios de salud a trabajadores(as) en el sector informal y en ocupaciones temporales o de tiempo parcial en las cuales predominan las mujeres;
- consideren el establecimiento o fortalecimiento de mecanismos de apoyo al cuidado domiciliario que recae predominantemente sobre las mujeres, y que ha aumentado volumen por los procesos de descentralización y reducción de costos en los servicios;
- establezcan mecanismos de apoyo para estimular y fortalecer la participación social de las mujeres en las estructuras de decisión comunitaria en salud, sin con ello aumentar su carga de trabajo;
- formen comisiones nacionales sobre género y salud que incluyan representantes de distintas instancias del Ministerio de Salud, de otros ministerios, de las Oficinas Nacionales de la Mujer y de organizaciones no gubernamentales, con el fin de asesorar los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas.

Que la OPS

- compile, construya y divulgue indicadores de salud de la mujer y de inequidades de género en la salud y el desarrollo humano;
- construya indicadores de la contribución económica del trabajo no remunerado en salud, para ser introducidas en los sistemas de cuentas nacionales;
- elabore guías metodológicas para la realización de análisis de situación de salud desde una perspectiva de género;
- elabore y divulgue un documento que alerte a los gobiernos y la sociedad civil sobre las medidas de reforma que atenten contra las mujeres y la equidad de género;
- realice actividades de abogacía por la equidad de género ante instituciones bilaterales y multilaterales de financiamiento de la RSS;
- apoye técnicamente a los países, con la participación de las unidades técnicas más directamente involucradas —Mujer, Salud y Desarrollo, Políticas de Salud, Análisis de la Situación de Salud, y Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud— para que, desde una perspectiva de género, definan indicadores básicos, analicen la situación de salud, y evalúen los efectos de la RSS;
- apoye el proceso de sensibilización en género por parte de los gestores de políticas y de los planificadores de la salud;
- desarrolle contenidos y metodologías sobre género y salud para incorporar en los currícula de formación de profesionales de la salud;
- incorpore la perspectiva de género en el desarrollo de la propuesta convención regional antitabáquica y en otros instrumentos regionales que apoyan o complementan el marco de la convención;
- fortalezca el sistema de puntos focales nacionales del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

El Director elogió al Subcomité por su decisión de centrar las recomendaciones en unos cuantos temas principales y felicitó a los delegados por haber resumido tan bien los principales temas que es necesario tratar en el futuro inmediato. Dijo que las recomendaciones eran prácticas y factibles. La Secretaría podría comprometerse sin ninguna reserva a ejecutar las que fuesen pertinentes para el trabajo de la Organización a

los niveles regional y nacional y sería responsable ante el Subcomité de llevar a cabo las actividades que le pedían. Las recomendaciones a los Estados Miembros reflejaban el conocimiento de los delegados de las condiciones en los países y de las posibilidades para llevarlas a la práctica exitosamente. Esperaba que los delegados promoverían las recomendaciones cuando regresaran a sus países, ya que solo mediante la promoción de la causa de manera uniforme y persistente a nivel nacional estas se convertirían en puntos de debate se traducirían en acciones en los países. La Organización tenía ideas claras acerca de cómo se expresaban las inequidades por razón de sexo y cómo quizá sea posible resolverlas, pero su cooperación técnica solo podría ayudar los Estados Miembros en la medida en que estos desearan tomar medidas para abordar el tema.

Invitó a los delegados a que presentaran cualquier comentario escrito que ellos o sus colegas en el país pudieran tener en cuanto a recomendaciones u otros documentos presentados durante la reunión. Sería motivo de gran satisfacción para los funcionarios de la Secretaría saber que los documentos habían sido útiles para impulsar el debate en los países.

Finalizó diciendo que a veces se le había tildado de romántico debido a su optimismo de que el mundo podría ser un lugar mejor gracias a lo que las personas hicieran durante su vida. Sin embargo, consideraba que el optimismo estaba plenamente justificado en el área de la equidad de género ya que se contaba con las herramientas y las capacidades para producir un mejoramiento real.

Clausura de la sesión

La Presidenta agradeció a todos los participantes sus intervenciones y comentarios excelentes. Aseguró al Director que su romanticismo no estaba mal orientado y observó que el romanticismo natural de las mujeres ya había empezado a ser traducido en acciones en los países. Instó a los delegados a que consideraran las recomendaciones como un compromiso con la acción que validaría el trabajo que habían hecho juntos durante la reunión. Luego declaró clausurada la 18.^a sesión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, Vicepresidencia y Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS llevadas a cabo en los niveles regional y de país
5. Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud
6. Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencias en Chile y Ecuador
7. Presentaciones por los Miembros del Subcomité sobre la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud en sus países
8. Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector de la salud en Centroamérica
9. Otros asuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

<i>No. del documento</i>	<i>Título</i>
MSD18/1	Orden del día
MSD18/2	Lista de participantes
MSD18/3	Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS llevadas a cabo en los niveles regional y de país
MSD18/4	Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud
MSD 18/5	Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencia en Chile. Salud previsional y cobertura femenina
MSD18/6	Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencia en Ecuador. La aplicación de la Ley Reformativa de Maternidad Gratuita como un aporte a la reforma del sector salud
MSD18/7	Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector de la salud en Centroamérica

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**BRAZIL
BRASIL**

Dra. Tania di Giacomo Lago
Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher
Ministério da Saúde
Brasília

Ms. Lucia R. Pires
Second Secretary
Brazilian Mission to the Organization of American States
Washington, D.C.

COSTA RICA

Dra. Xinia Carvajal Salazar
Viceministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
San José

CUBA

Dr. Carlos Dotres Martínez
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Licda. Belkis Feliú Escalona
Directora Nacional de Enfermería
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

CUBA (cont.)

Dr. Antonio González Fernández
Jefe, Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Manlio Hernández Carbonell
Tercer Secretario
Misión Permanente de Cuba ante las Naciones Unidas
New York, N.Y.

Sr. Roberto García
Second Secretary
Cuban Interests Section
Washington, D.C.

JAMAICA

Ms. Margaret Lewis
Director of the Planning and Evaluation Unit
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Dra. Carmen Frutos de Almada
Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Sra. Haydé de Carminola de Aquino
Ministra de la Mujer
Ministerio de la Mujer
Asunción

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

PARAGUAY (cont.)

Sr. Julio César Arriola
Ministro, Representante Alterno
Misión Permanente del Paraguay ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Elva Fleitas de Franco
Directora General de Programas de Salud
Ministerio de Salud y Pública y Bienestar Social
Asunción

Dra. Marta Gamarra de Godoy
Secretaria General
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Dra. Sofía Cardozo de Aquino
Directora, Región Sanitaria (Alto Paraná)
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr. Susan F. Wood
Deputy Director
Office of Women's Health
U.S. Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
International Health Officer for the Americas
Office of International and Refugee Health
Office of Public Health and Science
Rockville, Maryland

**OBSERVERS
OBSERVADORES**

**MEMBER STATES
ESTADOS MIEMBROS**

**CANADA
CANADÁ**

Ms. Diane Ponée
Director, Women's Health Bureau
Health Canada
Ottawa, Ontario

CHILE

Sra. Ana Ayala González
Encargada del Programa Salud de la Mujer
y de la Prioridad Nacional Salud Sexual y Reproductiva
Ministerio de Salud
Santiago

Dra. Verónica Báez Pollier
Encargada de Salud
Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)
Santiago

ECUADOR

Dra. Lola Villaquirán
Directora Ejecutiva
Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU)
Quito

Dra. Ximena Abarca Durán
Especialista de Salud
Consejo Nacional de Mujeres
Quito

OBSERVERS (*cont.*)
OBSERVADORES (*cont.*)

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO
MÉXICO

Lic. Guillermo Reyes Castro
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Lic. Mariangeles Argüello
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

URUGUAY

Sra. Susana Rosa
Delegada Alternata
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

OBSERVERS (*cont.*)
OBSERVADORES (*cont.*)

ASSOCIATE MEMBERS
MIEMBROS ASOCIADOS

PUERTO RICO

Dra. Marta Bustillo Hernández
Instructora/Investigadora
Centro Mujer y Salud
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
San Juan

OTHER OBSERVERS
OTROS OBSERVADORES

Ms. Madeline F. Boscoe
Executive Coordinator
Canadian Women's Health Network
Winnipeg, Manitoba
Canada

Ms. Marilyn Forbes
Permanent Secretary
Ministry of Health, Education, Social Welfare and Social Security
Grand Turk
Turks and Caicos Islands

Ms. Monica Riutort
Director, Latin America
Women's College Hospital
WHO Collaborating Center in Women's Health
Toronto, Canada

Ms. Monica Wilson
Primary Health Care Manager
Ministry of Education, Social Welfare and Social Security
Grand Turk
Turks and Caicos Islands

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

***Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión***

Sir George Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development

Dr. José Antonio Solís
Director, Division of Health Promotion and Protection

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development

Dr. Ciro De Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director
Asesores del Director

Dr. Juan Manuel Sotelo
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

Technical Secretary
Secretaría Técnica

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo
Coordinator
Women, Health, and Development Program

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicios de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona